

## DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

### Dati dell'interessato:

Cognome..... Nome .....

Sesso F  M  Stato civile ..... Data di nascita .....

Luogo di nascita ..... Provincia.....

Residenza in via .....n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico.....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) .....

Carta Regionale dei Servizi (*allegare copia fronte-retro*).....

Carta d'identità (*allegare copia*).....

Amministratore di Sostegno: Sì  No  Tutore: Sì  No

Tipo di pensione/i: .....

Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....

Indennità di accompagnamento: Sì  No

Esenzione ticket sanitario per: .....

Pratiche in corso per: .....

**CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)**

In modo temporaneo dal ..... al .....  In modo definitivo

### Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico.....

Cognome..... Nome .....

Data di nascita..... Luogo di nascita ..... Prov.....

Residenza in via.....n. .... Comune .....

Prov.....C.A.P. .... Recapito telefonico.....

Recapito e- mail .....

Carta identità (*allegare copia*) ..... Codice fiscale (*allegare copia*).....

**Sono parte integrante della presente domanda:**

- 1. la scheda sociale (All. A)**
- 2. la scheda sanitaria (All. B)**
- 3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile**
- 4. autocertificazione (in All. A) del nucleo familiare originario (coniuge vivente e tutti i figli viventi)**
- 5. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata)**

Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente Gestore in caso di accoglimento della domanda

AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/00 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.

**Il sottoscritto dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria.**

Data,.....

Firma dell'interessato

**N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N° 445/2000 ART.4, COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:**

Cognome e nome del compilatore della domanda .....

Firma

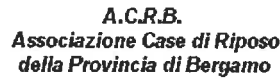
Cognome..... Nome..... Firma

LA PRESENTE DOMANDA HA VALIDITÀ MASSIMA DI UN ANNO DALLA DATA DELLA SUA PRESENTAZIONE, SALVO NECESSITÀ DI ULTERIORI CHIARIMENTI E/O INTEGRAZIONE DOCUMENTALE NECESSARIA ALLA RSA PER LA GESTIONE DELLA DOMANDA E/O DELL'EVENTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA

Area riservata alla RSA

Classe SOSIA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE**  
**(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)**

**COGNOME**..... **NOME** .....

**Scheda compilata da:**

- sig./ra .....in qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*) .....
- Ass.te Sociale (Cognome e nome) ..... del territorio di .....

**USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI**

- ADI  RSA Aperta
- SAD  CDI
- Assistente Familiare
- Altro (*specificare*) .....

**INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI**

*attualmente la persona vive:*

- solo
- in altra struttura
- Altro (*specificare*) .....

**L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI**

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*) .....

**PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	RECAPITO E-MAIL

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

*Se NO*, perché .....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

*Se SI'*, indicare dove e il periodo .....

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA .....

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**  
.....

**PROTESI E AUSILI IN USO**

- |   |                                    |                               |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> deambulatore                       | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> materassino e cuscino antidecubito | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> letto ortopedico                   | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> presidio per incontinenza          | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> altro ( <i>specificare</i> ) ..... |                                    |                               |

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi,etc.)
- zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE**

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

**BAGNO**

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:  
Sì  No

**RISCALDAMENTO**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

**I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)**

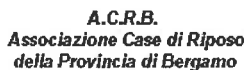
- Sì
- No

**AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

*Data,* **FIRMA**  
\_\_\_\_\_



**SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)**

**NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO** \_\_\_\_\_

*Patologie attive*


*Anamnesi patologica remota*


*Terapia – principio attivo*

*Posologia*

*Durata*


**Allergie / intolleranze** \_\_\_\_\_

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? :  NO  SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

\_\_\_\_\_

**SITUAZIONE CLINICA ATTUALE**

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. emie)					
Patologie epatiche (solo fegato)					
Patologie renali (solo rene)					
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"					
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi					

**MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)**

Trasferimento letto sedia

- 1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
- 2 Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- 3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona

- 4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
- 5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

Deambulazione

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione

- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

#### Locomozione su sedia a rotelle

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

#### Igiene personale

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

#### Alimentazione

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

### COGNITIVITÀ (barrare tutte le voci di interesse)

#### Confusione (stato mentale)

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

#### Irritabilità

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

#### Irrequietezza (stato comportamentale)

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Ricoveri ospedalieri recenti:  NO  SI \_\_\_\_\_

Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.)  
indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento \_\_\_\_\_

#### Lesioni da decubito

assenti  iniziali  gravi  multiple

Sede (specificare \_\_\_\_\_)

#### Reattività emotiva

- Collaborante  
 E' estraniato dal mondo circostante  
 Depressione  
 Stato ansioso  
 Agitazione con spunti aggressivi

#### Incontinenza

Urinaria	Fecale
<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente
<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> occasionale
<input type="checkbox"/> abituale	<input type="checkbox"/> abituale
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza	

#### Disturbi del comportamento in fase attiva

- Deliri  
 Aggressività  
 Allucinazioni  
 Tentativi di fuga  
 Irrequietezza motoria (wandering, affaccendamento, ...)  
 Depressione  
 Disinibizione

Peso kg: \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_

- Disfagia:  NO  SI  
 - Nutrizione artificiale:  PEG  SNG  NPT  
 - Respirazione:  normale  ossigeno (n° \_\_\_\_\_ h/die)  
 Tracheostomia  Ventilazione artificiale  
 - Dialisi:  NO  SI  
 - Abusa di sostanze alcoliche?  NO  SI  In passato  
 - Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?  NO  SI  
 - Richiede trattamento riabilitativo?  NO  SI  
 specificare: \_\_\_\_\_

Data,

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa

*Fondazione*  
**“CASA DI RIPOSO DI SPIRANO ONLUS”**

Via A. Locatelli n. 25 - 24050 Spirano - Bergamo

Telefono 035877162

E-mail: [rsa.spirano@virgilio.it](mailto:rsa.spirano@virgilio.it) – Pec: [rsa.spirano@legalmail.it](mailto:rsa.spirano@legalmail.it)

---

Gentile Ospite,  
Gentile Amministratore di sostegno,  
Gentile Tutore o Caregiver,

## **Informativa ex art. 13 Regolamento UE 2016/679**

### **Titolare del trattamento**

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (infra: “**Regolamento**”), i suoi Dati Personali, raccolti ai fini della esecuzione delle prestazioni di consulenza previste nel mandato, nonché per riscontrare vostre specifiche richieste di assistenza o informazioni saranno trattati da parte di:

**\* Fondazione “CASA DI RIPOSO DI SPIRANO ONLUS”** con sede in Spirano (BG) - Via Antonio Locatelli, 25 - in qualità di titolare del trattamento (“**Titolare**”).

### **Tipi di dati oggetto del trattamento**

Il Titolare tratterà i dati personali e i dati appartenenti a categorie particolari, così come definiti dal Regolamento, raccolti durante l'esecuzione del mandato, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il suo nome, cognome, numero di telefono fisso e mobile, il suo stato di salute, sue fotografie o video. Va pure osservato che i dati di cui siamo o potremo venire in possesso e da Lei forniti possono essere inerenti anche a Suoi familiari.

### **Finalità, base giuridica e facoltatività del trattamento**

I suoi Dati Personali saranno trattati per le seguenti finalità: **GESTIONE DELLA LISTA DI ATTESA PER INGRESSO IN RSA**. Le basi giuridiche del trattamento sono l'esecuzione di misure precontrattuali ed adempiere ad un obbligo legale e il consenso esplicito al trattamento per i dati appartenenti a categorie particolari.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate è facoltativo, ma in difetto il Titolare non sarà in grado di gestire la sua richiesta.

### **Destinatari dei dati personali**

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:

- persone fisiche autorizzate dalla Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizione di un accordo di riservatezza (es. dipendenti, operatori socio-sanitari e assistenziali, amministratori di sistema, volontari);
- soggetti, enti o autorità competenti a cui sia obbligatorio o richiesto comunicare i suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità (per esempio ad autorità pubbliche, Regione, enti locali, ATS, etc.);
- soggetti che gestiscono le liste di attesa a livello superiore (associazioni di categoria, consorzi, ATS, uffici regionali)
- società terze l'adempimento degli obblighi di natura amministrativo-fiscale, consulenti, istituti di credito per finalità contabili-amministrative, alcuni dei quali agiscono in qualità di responsabili del trattamento.

Per quanto concerne l'eventuale trasferimento dei Dati verso Paesi Terzi, il Titolare rende noto che il trattamento avverrà secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali ad esempio il consenso dell'interessato, l'adozione di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea, la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA Privacy Shield) od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea. È possibile avere maggiori informazioni, su richiesta, presso il Titolare.

### **Conservazione dei dati personali**

I suoi Dati Personali contenuti nella cartella sanitaria saranno conservati, secondo disposizioni di legge, per tempo illimitato. Gli altri dati saranno conservati per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto. È fatto salvo in ogni caso l'ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile.

### **I suoi diritti ex artt. 15 e ss. del Regolamento**

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento. In qualsiasi momento

potrà revocare il consenso già prestato (art. 7(3) del Regolamento), senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca del consenso.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare al seguente indirizzo : **Fondazione "CASA DI RIPOSO DI SPIRANO ONLUS" – Via Antonio Locatelli, 25 – 24050 Spirano (BG)**;

o alla seguente casella di posta PEC : **rsa.spirano@legalmail.it**

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati sia contrario alla normativa in vigore.

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Letta e compresa l'informativa ex art.13 Regolamento UE 2016/679,

**acconsento al trattamento di categorie particolari di dati personali come sopra indicati.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Nota:** la firma dovrebbe essere del soggetto cui si riferisce la domanda, se il soggetto non è in grado di firmare o di intendere è ammessa la firma del Caregiver. La situazione del soggetto verrà rivalutata in fase di ingresso in struttura.