

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA

COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
SESSO	
STATO CIVILE	
RESIDENTE A (*)	
IN VIA	
CAP	
RECAPITO TELEFONICO	
CODICE FISCALE	
CODICE SANITARIO	
TITOLO DI STUDIO	
N.RO FIGLI MASCHI	
N.RO FIGLIE FEMMINE	
ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO	O SÌ O NO O DOMANDA PRESENTATA
ASSISTENZA DOMICILIARE	O SÌ O NO
DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	
DATA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA	

(*) I residenti di Gavardo devono autocertificare la residenza da almeno un anno alla data di presentazione della domanda.

FIRMA DEL RICHIEDENTE


.....

FAMILIARE DI RIFERIMENTO

COGNOME/NOME	
RESIDENTE A	
IN VIA	
TEL.	
EMAIL	
CODICE FISCALE	
RAPPORTO DI PARENTELA	

Prego selezionare:

CODICE REG.	POSIZIONE NELLA PROFESSIONE AL MOMENTO DI INGRESSO
08	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – CASALINGA (CHE HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO)
09	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – PENSIONATO (CHE HA LAVORATO)
10	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – INVALIDO – INABILE (ANCHE SE PENSIONATO)
11	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO – DISOCCUPATO
12	NON LAVORA MA HA SVOLTO UN LAVORO RETRIBUITO - ALTRO
14	NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO – CASALINGA (CHE NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO, ANCHE SE CON PENSIONE)
16	NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO – INVALIDO, INABILE (CHE ON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO)
17	NON HA MAI SVOLTO LAVORO RETRIBUITO - ALTRO

CODICE REG.	SITUAZIONE PENSIONISTICA
0	NESSUNA PENSIONE
1	ANZIANITÀ/VECCHIAIA
2	SOCIALE
3	TIPOLOGIA SPECIALE (GUERRA, INAIL ETC....)
4	REVERSIBILITÀ
5	INVALIDITA'

FIRMA DEL RICHIEDENTE



.....

DA COMPILARE IN CASO DI IMPEDIMENTO DEL RICHIEDENTE

Il parente di riferimento, il Sig./ la Sig.ra PER
RAGIONI CONNESSE ALLO STATO DI SALUTE del richiedente chiede l'ammissione del Sig./
della Sig.ra di cui alla domanda presso codesta RSA.

⇒ FIRMA.....

REGOLE GENERALI

L'Ospite si impegna:

1. A coprire il posto in R.S.A. nel più breve tempo possibile. L'eventuale rinuncia comporta lo spostamento della domanda in coda alla lista di attesa. Dopo tre rinunce la domanda verrà eliminata dalla lista di attesa.
2. Ad effettuare il pagamento della retta di degenza stabilita dalla amministrazione della R.S.A. come indicato nel contratto di assistenza socio-sanitaria;
3. Ad effettuare il versamento della cauzione consistente nel versamento della somma di € 1.700,00 prima dell'ingresso dell'ospite in struttura;
4. Ad acconsentire allo spostamento della propria residenza presso la Struttura;
5. A fornire tutta la documentazione che verrà richiesta al momento dell'ingresso in struttura.

SI PRECISA CHE LA FONDAZIONE RICOVERO LA MEMORIA NON È AUTORIZZATA AD OSPITARE PAZIENTI AFFETTI DA ALZHEIMER.

Con la sottoscrizione della domanda si accettano le condizioni indicate nel contratto di assistenza socio-sanitaria, nel Regolamento dell'Ente e nella Carta dei Servizi dei quali si dichiara di aver preso visione.

Gavardo, lì.....

FIRMA PER ACCETTAZIONE



.....

ULTERIORI RECAPITI TELEFONICI

.....
.....

ANNOTAZIONI

.....

.....

.....

La informiamo che i dati personali forniti verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE n. 2016/679 (c.d. GDPR) e del D.Lgs 196/2003 s.m.i. Il Titolare del trattamento è la Fondazione La Memoria ONLUS. I dati, anche particolari, saranno trattati con lo scopo di fornire i servizi richiesti (es: gestione della domanda di ammissione e della lista di attesa). In assenza del conferimento, non sarà possibile offrire i servizi richiesti. I dati non saranno diffusi, ma trattati dal personale della struttura e da terzi (tra cui i responsabili del trattamento) solo in conformità alle finalità indicate e per adempiere ad obblighi di legge. In qualsiasi momento sarà possibile esercitare i diritti di cui agli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del GDPR (accesso, rettifica, cancellazione dei dati, limitazione e opposizione al trattamento, portabilità dei dati). Potrà inoltre essere proposto reclamo alla competente Autorità di Controllo (art. 13 par. 2 lett.

d) del GDPR). I dati verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. I dati verranno trattenuti per tutta la durata del servizio e verranno archiviati per il periodo obbligatorio richiesto dalla legislazione vigente. Per qualsiasi informazione in merito al trattamento dei dati personali, scrivere a amministrazione@fondazionelamemoria.it

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (c.d. GDPR) e di avere espresso consenso al trattamento dei dati, anche particolari.



Firma per presa visione

.....

PROTOCOLLO INGRESSI

DEFINIZIONE

Il Protocollo individua i criteri per la definizione della lista d'attesa per l'accesso ai posti accreditati della RSA.

OBIETTIVI

Il protocollo ha la finalità di garantire ai potenziali utenti anziani trasparenza, tempestività e appropriatezza nell'accesso ai posti letto accreditati nel rispetto delle norme statutarie.

Destinatari del presente protocollo sono gli anziani con minimo 65 anni di età con compromissione dell'autosufficienza ed anziani affetti da demenza.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE E VALIDITA' DELLA DOMANDA

Per ottenere l'iscrizione alla graduatoria è necessario presentare la domanda di ammissione ritirandola presso l'Ufficio Amministrativo della Fondazione o scaricandola dal sito internet www.fondazionelamemoria.it

L'elenco della documentazione da presentare è riportato nel modulo di domanda di ammissione.

La domanda avrà validità per 2 anni dalla data di presentazione per i residenti del comune di Gavardo e 1 anno per i non residenti. In caso non siano forniti aggiornamenti oltre i termini indicati, la domanda sarà considerata scaduta e dovrà essere successivamente ripresentata.

In caso di valutazione di domanda con giacenza nelle liste di attesa superiore ai sei mesi sarà richiesto un aggiornamento dell'interesse all'ingresso in struttura.

RICEZIONE DELLA RICHIESTA

La richiesta di ammissione alla RSA deve essere presentata e sottoscritta dall'utente, da un suo parente o dall'amministratore di sostegno.

La domanda viene protocollata e inserita in graduatoria solo se completa di ogni sua parte; indicando la capacità economica del richiedente o di chi per esso per la copertura della retta. È necessaria la compilazione della scheda medica a carico del MMG e può essere allegata/sostituita da documentazione specialistica o valutazione UCAM.

La lista viene periodicamente aggiornata e vengono raccolti i dati riguardo alla situazione sanitaria, sociale e assistenziale. Comunicazioni relative ad eventuali variazioni dello stato di salute e della documentazione sanitaria ed accompagnatoria sono a carico del richiedente o suo delegato.

VALUTAZIONE

La valutazione viene effettuata in funzione delle informazioni raccolte e dalle schede di valutazione allegate alla domanda di ammissione.

La valutazione clinica e funzionale è effettuata da un'equipe multidisciplinare interna alla Fondazione composta da:

- Direttore sanitario o medico da lui delegato;
- Direttore;
- Coordinatore infermieristico;

Ogni figura contribuisce in modo equivalente e in base alla sua competenza e professionalità integrandosi

con le altre.

La valutazione ha la funzione di individuare, sempre nel rispetto del presente Regolamento, attraverso una lettura multidimensionale, le persone con maggiore priorità.

Nella valutazione si pone l'attenzione:

- Alla gravità della situazione sanitaria
- All'inadeguatezza delle risorse domiciliari
- Alla presenza o meno di una rete familiare in grado di assistere a domicilio la persona
- Al carico di lavoro e all'organizzazione in essere nel reparto rispetto al momento dell'eventuale ingresso
- Alla pregressa conoscenza dell'utente, quale fruitore di altri servizi erogati a vario modo dalla Fondazione stessa (A.D.I. – pasti a domicilio – Misura 4 ecc.)

CRITERI DI FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI INGRESSO ED ISCRIZIONE NELLA LISTA D'ATTESA

La lista di attesa è composta da una graduatoria delle domande di ingresso poste in ordine progressivo secondo i seguenti criteri:

- Cronologico
- Rispetto del rapporto nel numero di ingressi tra residenti e non residenti (2:4)
- Scala di gravità della situazione socio-assistenziale e sanitaria del richiedente:
 - o codice rosso = URGENTE (U)
 - o codice giallo = STABILE (S)
 - o codice verde = NON URGENTE (N)

INGRESSO

Al liberarsi di un posto vengono valutati i potenziali ingressi secondo i seguenti criteri:

- Compatibilità della situazione clinica dell'ospite con i servizi erogati dalla Fondazione;
- Urgenze segnalate da ATS/ASST/MMG/Comune di residenza;
- Gravità della situazione sanitaria;
- Inadeguatezza delle risorse domiciliari;
- Grado di presenza di una rete familiare in grado di assistere a domicilio la persona;
- Sesso.

In tale sede viene anche aggiornata la lista di attesa ed eventualmente la scala di gravità della situazione socio-assistenziale e sanitaria integrando con le informazioni aggiuntive raccolte.

In caso di rinuncia la domanda verrà posta in coda alla graduatoria di ammissione.

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALL'INGRESSO

All'ingresso dell'Ospite verrà chiesto di portare la seguente documentazione/materiale:

- Carta di identità e tessera sanitaria in formato originale
- Copia delle esenzioni in corso di validità
- Copia del verbale di invalidità e indennità di accompagnamento
- Terapie in corso e farmaci in uso
- Corredo base
- Documentazione sanitaria recente e certificati vaccinali
- Tessera elettorale

RETTE IN VIGORE

Le rette giornaliere a carico degli utenti presenti in R.S.A. al 31.01.2020 sono state determinate come segue:

A decorrere dal 01.02.2020, la retta giornaliera sarà:

- Ospiti residenti nel Comune di Gavardo € 58,00
- Ospiti NON residenti nel Comune di Gavardo € 62,00

A decorrere dal 01.03.2025, la retta giornaliera sarà adeguata come segue:

- Ospiti residenti nel Comune di Gavardo € 60,50
- Ospiti NON residenti nel Comune di Gavardo € 64,50

A decorrere dal 01.01.2026, la retta giornaliera sarà adeguata come segue:

- Ospiti residenti nel Comune di Gavardo € 63,00
- Ospiti NON residenti nel Comune di Gavardo € 67,00

Le rette di ricovero vengono stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione e possono subire variazioni al verificarsi di diverse situazioni economiche e finanziarie nel corso dell'esercizio di competenza.

La retta di ricovero è comprensiva di: vitto, alloggio, assistenza di base, assistenza medica ed infermieristica, assistenza farmaceutica, riabilitativa, materiale sanitario vario, ausili per incontinenti, attività di animazione, parrucchiera, barbiere, callista, pulizia dei locali, lavaggio e stiratura della biancheria.

Il servizio di etichettatura dei capi all'ingresso è a carico dell'utente al costo una tantum di € 50,00.

Le rette sopra riportate sono al netto del contributo regionale senza il quale dovrebbero essere maggiorate dell'importo giornaliero determinato per gli ospiti non autosufficienti totali e parziali.

Entro il 15 maggio di ciascun anno, viene rilasciata agli ospiti tramite gli uffici amministrativi, apposita dichiarazione prevista dalla DGR XI/1298 del 25/02/2019, attestante le componenti della retta relative alle prestazioni sanitarie ed alle prestazioni non sanitarie, riguardanti l'anno precedente.

In caso di assenze superiori a 15 gg continuativi verrà applicato uno sconto pari ad 1/3 della retta a partire dal 16° giorno

Al momento dell'ammissione deve essere versato, quale cauzione, un importo di euro 1.700,00 (millesettecento/00).

CORREDO BASE RSA LA MEMORIA

All'atto dell'ingresso l'ospite dovrà essere munito del seguente corredo:

CORREDO ESTATE

	QUANTITA'
CAMICIE DA NOTTE/PIGIAMI	6
MAGLIE INTIME/CANOTTIERE	8
CALZE IN COTONE	8
FELPE COTONE	5
MAGLIETTE T-SHIRT	6
PANTALONI IN COTONE	6
SANDALI/PANTOFOLE CHIUSE	1 + 1
MUTANDE (solo se utilizzate)	8
GIUBBINO PRIMAVERA	1

CORREDO INVERNO

	QUANTITA'
PIGIAMA	6
MAGLIE INTIME/CANOTTIERE	8
MAGLIETTE T-SHIRT O POLO	6
CALZE IN COTONE	8
MUTANDE (solo se utilizzate)	8
FELPE/PILE CON CHIUSURA A ZIP *	6
PANTALONI FELPATI *	6
SCARPE CHIUSE O PANTOFOLE CHIUSE	1
GIUBBINO INVERNALE	1

* In alternativa è possibile sostituire il completo pantaloni/felpa con delle tute da ginnastica con chiusura a zip

All'ingresso, su ogni capo, verrà apposto in posizione ben visibile (zona nuca) il contrassegno con il nome dell'ospite. Il servizio è erogato al pagamento una tantum di € 50,00.

Note importanti:

- E' richiesto l'utilizzo di capi di abbigliamento che siano comodi e pratici per l'Ospite e per le manovre di vestizione e svestizione.
- I capi di abbigliamento vengono sottoposti a lavaggi ad alta temperatura, è quindi fortemente consigliato l'uso di fibre naturali e resistenti (es. cotone).
- La Fondazione declina ogni responsabilità su eventuali danni riportati a indumenti delicati (es lana, seta).
- Sarà cura dei famigliari il ripristino del corredo durante la degenza dell'Ospite (es. articoli lisi dall'uso)

A CURA DEL MEDICO DI BASE
SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA PER INSERIMENTO IN RSA

Il/La Signor/a _____ nato/a a _____

il _____ Residenza _____

Tessera sanitaria _____

Titolare di invalidità: SI NO - Voucher SI NO

MdMG Dott. _____

PATOLOGIE IN ATTO
1-ASSENTE 2-LIEVE 3-MODERATO 4-GRAVE 5-MOLTO GRAVE

CARDIACA -solo cuore DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
VASCOLARI -sangue, vasi, midollo, sist. linfatico- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
IPERTENSIONE ARTERIOSA -solo cuore- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
RESPIRATORIE -polmoni, bronchi, trachea- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
O.O.N.G.L.-occhio, orecchio, naso, gola, laringe- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
APPARATO G.I. SUPERIORE-esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
APPARATO G.I. INFERIORE -intestino, ernie- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
EPATICHE-solo fegato- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
RENALI -solo rene- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE -ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO-CUTE -muscoli, scheletro, tegumenti- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO -non include la demenza- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
ENDOCRINE ETABOLICHE-diabete, infezioni, stati tossici- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5
PSICHIATRICO COMPORTAMENTALI-demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi- DIAGNOSI.....	1	2	3	4	5

TERAPIE IN ATTO

DIALISI: SI NO

NEOPLASIA MALIGNA: SI NO

AIDS: SI NO

MALATTIA PROGRESSIVA DEL SNC: SI NO

ACCIDENTI CEREBRALI: SI NO

ESITI: AFASIA DISFASIA EMI PARA TETRA
 PLEGIA PARESI DISFAGIA

TRAUMA - INTERVENTO CHIRURGICO: NO FRATTURE FERMORE
 ALTRE FRATTURE

LESIONI DA DECUBITO SI NO

DIPENDENZA NO ALCOOL FUMO STUPEFACENTI

CADUTE NEGLI ULTIMI MESI SI NO N. CADUTE _____

CONTENZIONE FISICA PERMANENTE SI NO

Terapie in corso:

AUSILI

AUSILI PER IL MOVIMENTO: NO BASTONE ARTO ARTIFIC CARROZZINA ALTRO

GESTIONE INCONTINENZA: NO PANNOLONI CATETERE VESCIC. ANO ARTIF. ALTRO

GESTIONE DIABETE: NO SOLO DIETA ANTID.ORALI INSULINA

ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE: NO SGN PEG PARENTALE

INSUFF. RESPIRATORIA: NO OSSIGENO TERAPIA VENTILATORE ALTRO

TRASFERIMENTO LETTO - SEDIA
<input type="checkbox"/> Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
<input type="checkbox"/> Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
<input type="checkbox"/> Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
<input type="checkbox"/> Occorre una persona per garantire sicurezza e/o infondere fiducia
<input type="checkbox"/> Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante i trasferimenti
DEAMBULAZIONE
<input type="checkbox"/> Dipendenza rispetto alla locomozione
<input type="checkbox"/> Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
<input type="checkbox"/> Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
<input type="checkbox"/> Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
<input type="checkbox"/> 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 metri senza aiuto o supervisione
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE
<input type="checkbox"/> Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
<input type="checkbox"/> Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto per brevi tratti in piano
<input type="checkbox"/> Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto ecc..
<input type="checkbox"/> Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per tratti difficili
<input type="checkbox"/> Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri
IGIENE PERSONALE
<input type="checkbox"/> Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
<input type="checkbox"/> E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
<input type="checkbox"/> E' necessario assisterlo in una o più circostanze dell'igiene personale
<input type="checkbox"/> E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
<input type="checkbox"/> Totale indipendenza
ALIMENTAZIONE
<input type="checkbox"/> Paziente totalmente dipendente, va imboccato
<input type="checkbox"/> Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
<input type="checkbox"/> Riesce ad alimentarsi sotto supervisione, l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
<input type="checkbox"/> Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni.. la presenza di un'altra persona è indispensabile
<input type="checkbox"/> Totale indipendenza nel mangiare
CONFUSIONE

<input type="checkbox"/> Paziente totalmente confuso, comunicazione ed attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
<input type="checkbox"/> E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
<input type="checkbox"/> Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e tempo
<input type="checkbox"/> E' perfettamente lucido
IRRITABILITA'
<input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
<input type="checkbox"/> Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
<input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
<input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità ed è calmo
IRREQUIETEZZA
<input type="checkbox"/> Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
<input type="checkbox"/> Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione toccando continuamente vari oggetti
<input type="checkbox"/> Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà a tenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti
<input type="checkbox"/> Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Timbro e firma del medico


