



**FONDAZIONE "S. ANGELA MERICI" O.N.L.U.S.**  
**RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**DESENZANO DEL GARDA (Bs)**

**RICHIESTA D'AMMISSIONE**

*Mod. 1.1.1 - rev.6 del 10-2024*

**ATTENZIONE: LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE RINNOVATA OGNI 12 MESI**

Si chiede l'ammissione del/la sig./sig.ra: \_\_\_\_\_  
Nato /a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ figli viventi  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_  
Attualmente ricoverato/a c/o \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA D'AMMISSIONE**

- Perdita dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana;  
 Problemi sanitari non gestibili al domicilio;  
 Problemi socio ambientali: \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTI**

1. Nome e cognome \_\_\_\_\_  
 Grado di parentela \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
2. Nome e cognome \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

----- **RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA** -----

Data presentazione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° protocollo \_\_\_\_\_

Consegnata copia della presente richiesta al sig./sig.ra \_\_\_\_\_

**Documentazione incompleta e/o note** \_\_\_\_\_

## CONTESTO SOCIO-AMBIENTALE

### La persona interessata all'ingresso in RSA vive attualmente:

- solo/a       con coniuge/convivente       con figli coniugati       con figli non coniugati  
 in comunità (RSA, casa albergo o simili)       altro \_\_\_\_\_

### Principale fornitore di assistenza (indicare nome, parentela e numero telefonico):

\_\_\_\_\_

Amministratore di sostegno:  NO;  SI: \_\_\_\_\_  
(nome e recapito telefonico)

### I sottoscrittori delle presente, dichiarano che la persona interessata all'ammissione in RSA:

- è residente nel comune di ....., in via ....., n. ...., Cap. ...., dal .....;  
 che lo stato di famiglia è composto dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

*In alternativa allegare certificato contestuale di residenza e stato di famiglia*

### Già utente dei servizi territoriali?

- NO       A.D.I.       S.A.D       Altro \_\_\_\_\_

### Invalidità:

- SI: (indicare la percentuale) \_\_\_\_\_       SI con assegno di accompagnamento  
 NO  
Se NO è stata inoltrata domanda? \_\_\_\_\_ in quale data \_\_\_\_\_

### Scolarità:

- nessun titolo di studio/analfabeta       Licenza elementare  
 Licenza scuola media inferiore o avviamento       Scuola professionale  
 Diploma scuola superiore       Laurea

Precedente attività lavorativa prevalentemente svolta: \_\_\_\_\_

Pensione: da lavoro  - minima/sociale  - reversibilità  - nessuna  altro \_\_\_\_\_  
(allegare eventualmente fotocopia del modulo MOD. OBIS M)

## AI FINI DELL'AMMISSIONE IL RICHIEDENTE DICHIARA

1. di essere a conoscenza che l'eventuale accoglimento definitivo è subordinato ad un periodo di osservazione della durata di un mese durante il quale verrà verificata la compatibilità dell'Ospite con la struttura;
2. di impegnarsi ad accompagnare l'ospite presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) in caso di ingresso, dotandolo degli effetti personali meglio specificati nel prospetto informativo; il corredo dovrà essere integrato di volta in volta su richiesta della Fondazione;
3. di impegnarsi a provvedere personalmente, o a mezzo dei propri incaricati, a riprendere in consegna l'Ospite in caso di fine del rapporto instaurato con la R.S.A, sia nel caso di dimissioni volontarie che di dimissioni disposte dalla Struttura;
4. di accettare incondizionatamente qualsiasi spostamento di reparto o di letto per esigenze dell'Ente;
5. di aver preso conoscenza del Regolamento concernente le rette e delle norme comportamentali dei parenti e visitatori riportate nella Carta dei Servizi.

### **IMPORTANTE - IL RICHIEDENTE E' INFORMATO RISPETTO A QUANTO SEGUE**

- A. trascorso un anno dalla consegna della presente richiesta di ammissione, nel caso la stessa non sia stata evasa, sarà necessario RINNOVARLA formalmente contattando l'Ufficio Segreteria/URP. In caso di mancato rinnovo, la domanda verrà rimossa dalla lista d'attesa;**
- B. l'inserimento in lista d'attesa implica l'impegno dei familiari a valutare la nomina dell'Amministratore di Sostegno (AdS) a favore dell'interessato all'ingresso in RSA, al fine di fornire una protezione giuridica mirata allo stato di salute e alla gestione patrimoniale. Al riguardo la Fondazione consegna una sintetica informativa;**
- C. per gli interessati in lista d'attesa per l'ingresso al nucleo Alzheimer, la nomina oppure l'attivazione del percorso finalizzato alla nomina dell'AdS, darà titolo di precedenza all'ingresso in RSA.**
- D. in tutti i casi in cui, da parte della Fondazione, sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni nonché per ogni eventuale necessità, l'ospite o il suo rappresentante legale o i suoi familiari, potranno rivolgersi al Difensore Civico del Comune di Desenzano oppure, per altre eventuali necessità, all'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP dell'ATS di Brescia – via Duca degli Abruzzi 15 Brescia, tel.030/3838255 o all'Ufficio Pubblica Tutela dell'ATS di Brescia.**

Desenzano d/G., li \_\_\_\_\_

I Richiedenti \_\_\_\_\_

L'Interessato \_\_\_\_\_

#### **DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE CON LA PRESENTE RICHIESTA D'AMMISSIONE**

- fotocopia della carta d'identità dell'interessato
- fotocopia della carta d'identità e del Codice fiscale dei richiedenti
- fotocopia della Carta regionale dei servizi (tessera sanitaria)
- fotocopia del verbale di accertamento di invalidità (se in possesso)
- **valutazione clinico - funzionale compilata dal medico di medicina generale**

#### **ALLEGATI CONSEGNATI DALL'UFFICIO CON LA PRESENTE DOMANDA:**

**Allegato A:** Regolamento rette e modalità d'ingresso

**Allegato B:** Importo rette per l'anno in corso

**Allegato C:** Corredo d'ingresso

**Allegato D:** informativa relativa alla nomina dell'Amministratore di sostegno

**CARTA DEI SERVIZI** [ ] è data informativa sulla possibilità di scaricarla dal sito [www.rsadesenzano.it](http://www.rsadesenzano.it)  
[ ] a richiesta dell'interessato viene consegnata una copia cartacea

## Informativa all'interessato sul trattamento dei dati personali

**Gentile Signora/Egregio Signore,**

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la Fondazione S. Angela Merici O.N.L.U.S., in qualità di Titolare del trattamento (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare") Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali del richiedente e/o quelli riguardanti i familiari, i soggetti legalmente responsabili e/o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso. La Fondazione dovrà raccogliere e trattare dati personali comuni e particolari (vale a dire dati idonei a rivelare la vita sessuale, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere della persona) nonché dati relativi alla salute della persona.

### **Titolare del trattamento:**

Il Titolare del Trattamento è la Fondazione S. Angela Merici O.N.L.U.S.

### **Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)**

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai seguenti recapiti email: [ufficioprivacy@rsadesenzano.it](mailto:ufficioprivacy@rsadesenzano.it)

### **1. Finalità e base giuridica del trattamento**

I dati personali forniti direttamente dall'interessato o altrimenti acquisiti dalla domanda d'inserimento, saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) **di legge:** connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché impartite da autorità a ciò legittimate;
- b) **Legittimi interessi:** cioè dirette esclusivamente per l'inserimento in lista d'attesa in RSA.

### **2. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali**

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità, punto 1 lett. a), b) e c) connesse ad obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie nonché una corretta instaurazione, gestione connesso alla procedura di accoglienza in RSA. Si precisa che, in caso di mancato conferimento, la domanda di ammissione in R.S.A. non potrà essere accolta.

### **3. Conservazione dei dati personali**

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Regolamento in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità cui al punto 1 per le quali i dati personali sono trattati o per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia".

### **4. Modalità e logica del trattamento**

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

### **5. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati**

I dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili (art. 28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati che agiscono sotto l'autorità del Titolare e/o del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità indicate al punto 1. Precisamente, i dati saranno comunicati a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema ecc...);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni

- Organismi sanitari pubblici e privati, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della fondazione.

## 6. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

## 7. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- l'opposizione al trattamento;
- la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.;

qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione (art. 77 cit.).

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**Il richiedente l'ammissione dell'ospite**

Sig. /sig.ra \_\_\_\_\_

**L'interessato all'ingresso**

Sig. /sig.ra \_\_\_\_\_

**L'Amministratore di sostegno o tutore**

Sig. /sig.ra \_\_\_\_\_

➤ Compiutamente informato ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa che precede, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ - Firma \_\_\_\_\_

## VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

(riservata al medico di Medicina Generale)

Mod. 1.1.2 – rev. 1 del 05-2013

Nome \_\_\_\_\_

(nome e cognome assistito/a)

data nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Attività avanzate della vita quotidiana (I.A.D.L.)

(SI: funzione conservata; NO: funzione persa)

Capacità di usare il telefono	SI	NO	Biancheria	SI	NO
Fare acquisti	SI	NO	Utilizzo mezzi di trasporto	SI	NO
Preparazione del cibo	SI	NO	Responsabilità nell'uso dei farmaci	SI	NO
Governo della casa	SI	NO	Capacità di maneggiare il denaro	SI	NO

### Attività di base

(Grado di autonomia nelle attività di base)

Funzione	Incapace di eseguire il compito	Tenta di eseguire il compito ma è incapace	Richiesta di aiuto moderato	Richiesto aiuto minimo	Totalmente autonomo
Igiene personale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare il bagno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Alimentazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso toilette	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Fare le scale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Vestirsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere intest.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Sfintere vescicale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Trasferimenti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Deambulazione	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10
Uso carrozzina	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10

### Profilo cognitivo e comportamentale:

*funzioni corticali superiori:*

Funzione	Normale	Deficit		
		Lieve	Moderato	Grave
Memoria				
Orientamento spaziale				
Orientamento nel tempo				
Giudizio critico				
Linguaggio/comprendione				
Riconoscimento persone				

*Disturbi del comportamento*

	<i>assente</i>	<i>lieve</i>	<i>mod.</i>	<i>grave</i>		<i>assente</i>	<i>lieve</i>	<i>mod.</i>	<i>grave</i>
Deliri					Depressione				
Wandering					Anoressia				
Aggressività					Irritabilità				
Allucinazioni					Insonnia				

**DIAGNOSI NOTE IN ORDINE DI GRAVITA'**

Patologia		Gravità*			
01		1	2	3	4
02		1	2	3	4
03		1	2	3	4
04		1	2	3	4
05		1	2	3	4
06		1	2	3	4
07		1	2	3	4
08		1	2	3	4
09		1	2	3	4
10		1	2	3	4
11		1	2	3	4
12		1	2	3	4

\* 1: lieve; 2: moderata; 3: grave; 4: molto grave.

**Eventuali ricoveri ospedalieri e/o interventi chirurgici rilevanti:**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; problema clinico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_; problema clinico: \_\_\_\_\_

**Interventi sanitari specifici:**  catetere vescicale a dimora;  SNG (sondino naso-gastrico)

P.E.G. (protesi endo-gastrica per nutrizione enterale);  Ossigenoterapia domiciliare;

Piaghe da decubito (stadio \_\_\_\_\_);  Colostomia;  Cure palliative;  Altro \_\_\_\_\_

**Terapia in atto:** \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_

=====

Si certifica che \_\_\_\_\_  è affetto/a  non è affetto/a  
(nome e cognome assistito/a)

da patologie infettive in atto o pregresse che ne controindicano l'inserimento in comunità.

Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_