



**FONDAZIONE S. ANGELA MERICI ETS**  
**RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**DESENZANO DEL GARDA (BS)**

**RICHIESTA D'AMMISSIONE**

*Mod. 1.1.1 - rev.7 del 05-2026*

**TIPO DI RICOVERO RICHIESTO:**

- RICOVERO DEFINITIVO  
 RICOVERO TEMPORANEO: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_  
figli nr. \_\_\_\_ di cui maschi \_\_\_\_ femmine \_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Attualmente ricoverato/a c/o \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore  
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 e della tessera sanitaria dell'interessato
- fotocopia della carta d'identità e del Codice fiscale dei richiedenti
- fotocopia del verbale di accertamento di invalidità (se in possesso)
- esenzioni ticket
- **valutazione clinico - funzionale compilata dal medico di medicina generale (allegata)**
- **documentazione sanitaria recente (dimissioni ospedaliere, accessi in P.S., visite specialistiche)**

#### 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 E.T.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 E.T.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

- sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni);
- 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 \_\_\_\_\_



**FONDAZIONE S. ANGELA MERICI ETS**  
**RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**DESENZANO DEL GARDA (BS)**

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / SPECIALISTA**

Mod. 1.1.2 - rev. 3 del 05-2026

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**SEZIONE PATOLOGIE IN ATTO**

	ASSENTE	LIEVE	MODERATA	GRAVE	MOLTO GRAVE
<b>CARDIACA</b> (solo cuore)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>VASCOLARI</b> (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>IPERTENSIONE</b> (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>RESPIRATORIE</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>O.O.N.G.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>APPARATO G.I. SUPERIORE</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>APPARATO G.I. INFERIORE</b> (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>EPATICHE</b> (solo fegato)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>RENALI</b> (solo rene)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE</b> (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>SISTEMA MUSCOLO- SCHELETRICO-CUTE</b> (muscoli, scheletro, legamenti)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO</b> (non include la demenza)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>ENDOCRINE – METABOLICHE</b> (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					
<b>PSICHIATRICO – COMPORTAMENTALI</b> (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
<i>Diagnosi</i> .....					

**Legenda patologie in atto:**

1-**Assente** nessuna compromissione di organo/sistema

2-**Lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)

3-**Moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)

4-**Grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)

5-**Molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)



# FONDAZIONE S. ANGELA MERICI ETS

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

DESENZANO DEL GARDA (BS)

## FUNZIONE

	Dipendenza completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza
	1	2	3	4	5
DEAMBULAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SCALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USO DEL WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA INTESTINALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTINENZA URINARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENE PERSONALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAGNO/DOCCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONFUSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRRITABILITA'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IRREQUIETEZZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>ASPETTI PSICO-SENSORIALI</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CAPACITA' DI COMUNICARE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VISTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UDITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEMENTIA: NO  SI  se si MMSE /30

DISTURBI COMPORTAMENTALI NO  SI

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Deliri                                      | <input type="checkbox"/> Allucinazioni         |
| <input type="checkbox"/> Agitazione                                  | <input type="checkbox"/> Depressione/disforia  |
| <input type="checkbox"/> Ansia Euforia/esaltazione                   | <input type="checkbox"/> Apatia/indifferenza   |
| <input type="checkbox"/> Disinibizione                               | <input type="checkbox"/> Irritabilità/labilità |
| <input type="checkbox"/> Attività motoria (wandering)                | <input type="checkbox"/> Sonno                 |
| <input type="checkbox"/> Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione |  |



**FONDAZIONE S. ANGELA MERICI ETS**  
**RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**DESENZANO DEL GARDA (BS)**

---

- MALATTIA PROGRESSIVA S.N.C.:**  NO  SI .....
- ESITI DI ICTUS:**  NO  SI
- RECENTI FRATTURE (ultimi 6 mesi):** .....
- TRAUMA/INTERVENTO CHIRURGICO:**  NO  FRATTURA FEMORE  ALTRE FRATTURE
- DIPENDENZA**  NO  ALCOOL  STUPEFACENTI  ALTRO
- NEOPLASIA MALIGNA:**  NO  SI .....
- LESIONI DA DECUBITO**  NO  SI
- CATETERE URINARIO**  NO  SI
- CONTENZIONE PERMANENTE**  NO  SI  SOLO SPONDINE
- AUSILI PER IL MOVIMENTO**  NO  bastone/gruccia  arto artificiale  carrozzina
- GESTIONE INCONTINENZA**  NO  
 catetere vescicale  ano artificiale  presidi assorbenti
- GESTIONE DIABETE**  NO  solo dieta  antidiabetici orali  insulina
- ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE**  NO  Sondino Naso Gastrico  
 PEG  RIG  Parenterale Totale
- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**  NO  
 O2 Terapia (L/min: )  ventilazione assistita  invasiva
- TRATTAMENTO DIALITICO**  NO  
 dialisi peritoneale  dialisi extracorporea (n° \_\_\_\_ volte/sett)

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO:**

---

---

---

---

---

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

**Firma e Timbro del Medico** \_\_\_\_\_