

ISTRUZIONI

PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INGRESSO IN RSA

DOCUMENTI DA COMPILARE

 in maniera esaustiva e da firmare ove indicato:

1	Domanda di ingresso	Può essere compilata dall'interessato o da un familiare di riferimento.
2	Scheda di valutazione sociale	Può essere compilata dall'interessato o da un familiare di riferimento o dall'Assistente Sociale del Comune di residenza.
3	Scheda sanitaria	Deve essere compilata dal medico di famiglia o di reparto ospedaliero/ struttura sanitaria ove l'interessato è ricoverato. Verbale Invalidità se presente
4	Impegnativa economica	Deve essere compilato con i dati dell'interessato ed i dati del familiare (o altra persona) che si assume in via solidale l'impegno alla corresponsione della retta.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

 alla domanda in fotocopia

- Carta Identità e Tessera Sanitaria Interessato
- Carta Identità e Tessera Sanitaria Familiare di riferimento (impegnato in via solidale)
- Eventuali certificazioni sanitarie



Per la presentazione della domanda

- scrivere una mail a oasi@bergamosanita.it
- telefonare allo **0345.22393** (ufficio amministrativo)

Si ricorda che la domanda ha validità di 12 mesi, trascorsi i quali - senza essere stati contattati per l'ingresso in RSA - il richiedente dovrà confermare per iscritto di voler mantenere attiva la richiesta, rimandando la scheda sanitaria aggiornata.

Si chiede inoltre di comunicare tempestivamente l'annullamento della richiesta qualora siano sopravvenute altre esigenze o soluzioni assistenziali.



DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

Dati dell'interessato:

Cognome	Nome
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	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 – Codice Assistito (allegare copia)	
Carta d'identità (allegare copia)	
Amministratore di Sostegno: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tutore : Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo di pensione/i	
Tipo di invalidità: % di invalidità civile	
Indennità di accompagnamento	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Esenzione ticket sanitario per:	
Pratiche in corso per:	
CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)	
<input type="checkbox"/> In modo temporaneo dal al	<input type="checkbox"/> 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 d'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 "RSA Oasi San Pellegrino" 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

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 _____
--------------------------------	---------------------------	-------------------



A.C.R.B.
Associazione Case di Riposo
della Provincia di Bergamo



SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE

COGNOME..... NOME

Scheda compilata da:

- sig./ra in qualità di (rapporto Familiare o Giuridico).....
 Assistente Sociale (Cognome e Nome) del territorio di

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI SAD Assistente familiare RSA Aperta CDI
 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 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 (specificare) | | |

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 DELLA RICHIESTA DI 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

ALLEGATO B : COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE O DI UNITA' 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, ernie)					
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

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 metri 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 percorre 50 metri 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 difficili
- 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.

COGNITIVITA'

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 _____)

Incontinenza

Urinaria

- assente
- occasionale
- abituale
- catetere a permanenza

Fecale

- assente
- occasionale
- abituale

Reattività emotiva

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

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
- Abuso 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

IN RIFERIMENTO ALLA DOMANDA DI RICOVERO

relativa al Sig./Sig.ra(Ospite) _____

nato/a il ____/____/19____ a _____ residente a _____

il/la sottoscritto/a _____

In qualità di _____

nato/a il ____/____/19____ a _____ residente a _____

in Via _____ n° _____ tel. ____/____/____

- ◆ **SI ASSUME** in via solidale l'impegno alla corresponsione della retta di degenza nella misura e nelle modalità determinate dall'Amministrazione dell'Ente.
- ◆ **RICONOSCE** che la sottoscrizione di questa impegnativa costituisce una promessa unilaterale di pagamento agli effetti di cui all'art. 634 c.p.c.

San Pellegrino Terme, ____/____/____

Firma _____