

Data presentazione domanda: ...../...../.....

n. prot. domanda: .....

Data ingresso: ...../...../.....

Numero di biancheria .....

## DOMANDA di INGRESSO in R.S.A.

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a il ..... nel Comune di .....  
Codice fiscale ..... residente in .....  
via ..... n. .... telefono fisso.....  
n. telefono cellulare ..... e-mail .....  
in qualità di: ☐ richiedente ☐ figlio ☐ Tutore ☐ Amm. Sostegno ☐ Servizi Sociali ☐ altro: specificare .....

### CHIEDE

l'ammissione in R.S.A. in nome e per conto del Sig./a .....  
nato/a il ..... nel Comune di .....  
residente in..... via ..... n. ....  
C.F. .... Codice esenzione ..... Stato civile .....  
N. figli maschi ..... N. figli femmina ..... Professione svolta in passato .....  
Grado di istruzione ☐ lic. elem. ☐ media inferiore ☐ superiore ☐ laurea

**La presente richiesta**, che viene effettuata con il consenso del ricoverando, **è motivata da:**

(barrare solo la motivazione ritenuta prevalente)

☐ ha perso l'autonomia fisica/psichica ☐ la famiglia non è in grado di provvedere ☐ vive solo ☐ l'alloggio è inadeguato  
☐ altro (specificare) .....

**Necessità di ingresso:** ☐ urgente ☐ breve termine ☐ lungo termine

**Provenienza dell'ospite:** ☐ dal domicilio ☐ ricoverato c/o .....

**Soggetto beneficiario di:**

| - Voucher Socio Sanitario | SI | NO | ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO | SI | NO | IN CORSO | - Assistenza Domiciliare | SI | NO |
|---------------------------|----|----|----------------------------|----|----|----------|--------------------------|----|----|
|---------------------------|----|----|----------------------------|----|----|----------|--------------------------|----|----|

**Situazione pensionistica:**

☐ Nessuna pensione ☐ Anzianità/vecchiaia ☐ Sociale  
☐ Invalidità ☐ Reversibilità ☐ Tipologia speciale (guerra/infortunio sul lavoro, ecc.)

**Invalidità %:**

☐ <= 50 ☐ 51-74 ☐ 75-100

La fattura della retta viene intestata a: ..... c.f. ....

La certificazione fiscale dei costi sanitari viene intestata a: ..... c.f. ....

Il sottoscrittore dichiara di ricevere copia della Carta dei Servizi comprensiva di Informativa Privacy e del regolamento della R.S.A. "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. e di essere stato informato dal personale della R.S.A. Varni Agnetti O.N.L.U.S. sulle unità di offerta sociali e socio-sanitarie presenti sul territorio.

Data: .....

Firma

### VALUTAZIONE MEDICA

(spazio riservato alla valutazione del Medico Responsabile della FONDAZIONE "VARNI AGNETTI" O.N.L.U.S.)

**INDICATORI:**

**MOBILITA' :**

☐ GRAVE

☐ MODERATA

☐ LIEVE

☐ NON VALUTABILE

**COGNITIVITA' :**

☐ GRAVE

☐ MODERATA

☐ LIEVE

☐ NON VALUTABILE

**COMORBILITA' :**

☐ GRAVE

☐ MODERATA

☐ LIEVE

☐ NON VALUTABILE

CLASSE S.O.S.I.A. PRESUNTA

ALZHEIMER

☐ SI ☐ NO

SOGGETTO IDONEO ☐ SI ☐ NO NOTE

EX COVID ☐ SI ☐ NO

PRESENZA DI PIANO TERAPEUTICO ☐ SI ☐ NO IN POSSESSO DI GREEN PASS ☐ SI ☐ NO

Data .....

Il Medico Responsabile

**Altri referenti da contattare:**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

grado di parentela con l'ospite/utente \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Alla presente si allegano i seguenti documenti:

☐ **CERTIFICATI ANAGRAFICI**

- Fotocopia di un **DOCUMENTO DI IDENTITÀ NON SCADUTO**
- Fotocopia **CARTA REGIONALE DEI SERVIZI** (Tesserino Sanitario magnetico)
- Certificato di residenza (anche AUTOCERTIFICAZIONE)
- Fotografia dell'ospite (facoltativa)

☐ **DOCUMENTAZIONE MEDICA NECESSARIA PER LA VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELL'UTENTE:**

- **QUESTIONARIO SANITARIO** allegato alla presente domanda di ingresso compilata dal Medico curante - **OBBLIGATORIO**;
- **Relazione Assistenziale** allegato alla presente domanda di ingresso;
- **Fotocopie di cartelle cliniche** relative ai ricoveri ospedalieri precedenti;
- **Fotocopie Referti di visite specialistiche** od esami strumentali (radiografie, elettrocardiogrammi,...).
- **GREEN PASS** o documentazione analoga

☐ **ALL'ATTO DELL'INGRESSO:**

- **CARTA REGIONALE/NAZIONALE DEI SERVIZI IN ORIGINALE** (Tesserino Sanitario magnetico);
- Tesserino eventuali **ESENZIONE TICKET IN ORIGINALE**;
- Fotocopia del **VERBALE** rilasciato dalla **COMMISSIONE DI PRIMA ISTANZA INPS** che ha riconosciuto l'eventuale invalidità civile – Domanda di invalidità;
- Eventuale **ATTO DI NOMINA** del Tribunale per **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** e/o Nomina **TUTORE**
- **Tutta la documentazione medica pregressa e recente con eventuali COPIE di cartelle cliniche.**

☐ **RETTE DI DEGENZA POSTI ACCREDITATI per nuovi ospiti dal 1 GIUGNO 2020**

| TIPOLOGIA OSPITE                                                                | RETTA MENSILE | RETTA GIORNALIERA |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------|
| OSPITI PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI<br>(CLASSE S.OS.I.A. 8)<br>(CAMERA DOPPIA)  | € 1.530,00    | € 50,16           |
| OSPITI PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTI<br>(CLASSE S.OS.I.A. 7)<br>(CAMERA DOPPIA)  | € 1.570,00    | € 51,47           |
| OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI<br>(CLASSI S.OS.I.A. 1,2,3,4,5,6)<br>(CAMERA DOPPIA) | € 1.670,00    | € 54,75           |

Si intendono **NON AUTOSUFFICIENTI PARZIALI** (classi S.OS.I.A. 8) coloro che, sia pure con ausili tecnici, abbiano sufficiente autonomia di movimento e si trovino in condizioni psico – fisiche che non richiedano continua assistenza, né continue cure mediche e infermieristiche e con comorbidità moderata;

Si intendono **NON AUTOSUFFICIENTI PARZIALI** (classi S.OS.I.A. 7) coloro che, sia pure con ausili tecnici, abbiano sufficiente autonomia di movimento e si trovino in condizioni psico – fisiche che non richiedano continua assistenza, né continue cure mediche e infermieristiche e con comorbidità grave;

Sono considerati **NON AUTOSUFFICIENTI TOTALI** (classi S.OS.I.A. 1-2-3-4-5-6) coloro ai quali vengano a mancare le condizioni e l'autonomia di cui ai precedenti commi.

La retta di degenza che la Fondazione chiede ai propri utenti è omnicomprendente.

**Nella retta (posti accreditati) SONO COMPRESI**, in attuazione della D.G.R. 7435/2001:

↳ **L'ASSISTENZA MEDICO GENERICA, INFERMIERISTICA, RIABILITATIVA, SOCIO-EDUCATIVA E AUSILIARIA PER L'IGIENE E LA**

CURA DELLA PERSONA;

- ✚ L'EROGAZIONE DI FARMACI COME DA PRONTUARIO INTERNO E SECONDO PRESCRIZIONE DEL RESPONSABILE SANITARIO, GAS MEDICALI E MATERIALE SANITARIO;
- ✚ PRESIDI PER L'INCONTINENZA;
- ✚ LA FORNITURA DI CUSCINI E MATERASSI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE LESIONI DA DECUBITO;
- ✚ I SERVIZI DI TIPO ALBERGHIERO, COMPRESSE LE DIETE SPECIALI.

**Dalla retta (posti accreditati) SONO ESCLUSI:**

- ✚ EVENTUALI SPESE DI TRASPORTO CON AUTOLETTIGA;
- ✚ SERVIZI EXTRA DI PARRUCCHIERA, BARBIERE, CALLISTA (MANICURE E PEDICURE CURATIVA). *(La Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. garantisce un servizio gratuito di parrucchiere (lavaggio, taglio e piega). Il servizio può, su richiesta degli Ospiti o di parenti, essere garantito anche con un professionista convenzionato. Il tariffario dei professionisti convenzionati sono esposti in bacheca. Il pagamento verrà effettuato direttamente al professionista);*
- ✚ EVENTUALI ESIGENZE FARMACOLOGICHE PARTICOLARI NON RITENUTE NECESSARIE DAL MEDICO DELLA STRUTTURA;
- ✚ LE PRESTAZIONI DI MEDICINA SPECIALISTICA (VISITE, DIAGNOSTICA STRUMENTALE, ASSISTENZA PROTESICA, CARDIOLOGO ECC.), DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE NONCHÉ QUELLE RELATIVE ALL'ASSISTENZA PROTESICA EROGABILE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE;
- ✚ ASSISTENZA AUSILIARIA DELL'OSPITE RICOVERATO C/O OSPEDALE CIVILE O ALTRO ISTITUTO.
- ✚ EVENTUALI TICKET SU ESAMI DIAGNOSTICI IN STRUTTURE CONVENZIONATE O SU FARMACI RICHIESTI DAL S.S.N.

L'importo della retta è IVA ESENTE ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni.  
L'imposta di bollo è esente.

La retta deve essere versata **IN VIA ANTICIPATA** ed **ENTRO IL GIORNO 10 DI OGNI MESE**.

❑ **MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA RETTA DI DEGENZA DELL'OSPITE IN R.S.A.**

La retta deve essere versata esclusivamente tramite:

- ✓ **RID** – Autorizzazione permanente di addebito in conto per richieste di incasso presso la propria banca specificando il nome e il cognome dell'ospite ricoverato ed il mese di riferimento;
- ✓ **BONIFICO BANCARIO** da effettuare sul c/c n. **000000040921** intrattenuto presso **INTESA SANPAOLO S.P.A. Fil. Godiasco (PV) ABI 03069 CAB 55900** a favore di FONDAZIONE VARNI AGNETTI, specificando il nome e il cognome dell'ospite ricoverato ed il mese di riferimento (**COD. IBAN IT23 G 03069 55900 000000040921**).
- ✓ **ASSEGNI BANCARI;**
- ✓ **ASSEGNI CIRCOLARI.**

# CONTRATTO di RESIDENZIALITÀ

(ai sensi della D.G.R. n. 1185 del 20/12/2013)

## PREMESSO

- La Fondazione “Varni Agnetti” ospita nella propria R.S.A. persone di ambo i sessi, in condizioni di non autosufficienza parziale e totale fisica e psichica;
- Si intendono NON AUTOSUFFICIENTI PARZIALI (classi S.OS.I.A. 8) coloro che, sia pure con ausili tecnici, abbiano sufficiente autonomia di movimento e si trovino in condizioni psico – fisiche che non richiedano continua assistenza, né continue cure mediche e infermieristiche e con comorbidità moderata;
- Si intendono NON AUTOSUFFICIENTI PARZIALI (classi S.OS.I.A. 7) coloro che, sia pure con ausili tecnici, abbiano sufficiente autonomia di movimento e si trovino in condizioni psico – fisiche che non richiedano continua assistenza, né continue cure mediche e infermieristiche e con comorbidità grave;
- Sono considerati NON AUTOSUFFICIENTI TOTALI (classi S.OS.I.A. 1-2-3-4-5-6) coloro ai quali vengano a mancare le condizioni e l'autonomia di cui ai precedenti commi. I servizi erogati dalla Fondazione “Varni Agnetti” sono quelli specificati nella “Carta dei Servizi” di cui il contraente dichiara di esserne in possesso e di conoscerne ed accettarne il contenuto; la Carta dei Servizi costituisce parte integrante del presente contratto di residenzialità.
- Che, in ottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa regionale, il/la Sig./ra \_\_\_\_\_, è stata informata sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità di offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi;

Tutto ciò premesso, si conviene e stipula quanto segue:

### **Art. 1 Oggetto e durata**

La Fondazione “Varni Agnetti” si impegna ad assegnare all'ospite Sig./ra \_\_\_\_\_ un posto letto in **camera doppia** fornendo le proprie prestazioni istituzionali (assistenza socio-sanitaria, vitto, alloggio, ecc.) favorendo le relazioni degli ospiti fra loro e quelle con l'ambiente esterno e di provenienza, nel rispetto della personalità e della libertà dell'ospite.

**Sarà facoltà del Medico Responsabile prescrivere variazioni del posto letto (nucleo di degenza e stanza di degenza) in base alle variate necessità dell'ospite stesso o per motivi di ordine organizzativo relativi alla gestione dei nuclei.**

L'Ente **HA VERIFICATO CHE L'OSPITE HA LE CARATTERISTICHE IDONEE ALL'INGRESSO E MANIFESTA LE CONDIZIONI DI BISOGNO** previste per le Residenze Sanitarie Assistenziali accreditate, **ASSICURANDO** per l'inserimento in struttura **CHE LA PRESA IN CARICO AVVIENE SECONDO CRITERI DI APPROPRIATEZZA**, favorendo la continuità assistenziale e precisando che eventuali situazioni complesse saranno comunicate alla ASL o al Comune.

Nella propria camera da letto l'ospite potrà:

1. arredare le pareti con fotografie e quadri personali e sistemare propri soprammobili, con l'assenso della Direzione;
2. usare propri apparecchi radio e TV, purché non arrechi disturbo agli altri ospiti;
3. tenere vasi di fiori e piante, purché in numero non eccessivo e non eccessivamente ingombranti, né costituenti un pericolo per i terzi;
4. soggiornare liberamente nella stanza da letto, ad esclusione dei periodi destinati alla pulizia del locale;
5. arredare con mobili di proprietà la stanza, previo esame di essi dal punto di vista igienico e funzionale da parte della Direzione ed impegno di rimozione, alla cessazione del rapporto, da parte dell'ospite e dei propri familiari;
6. provvedersi alla biancheria da bagno necessaria.

L'ospite dovrà osservare l'ordine delle cose di sua proprietà, non tenere nella stanza da letto cibi e bevande che possano influire sull'igiene dell'ambiente, non tenere animali.

**È tassativamente vietato fumare nelle stanze e nei luoghi deputati all'assistenza alle persone, alla fisioterapia ed alla terapia occupazionale ed in genere in tutti i locali della struttura.**

L'ospite dovrà altresì rispettare il riposo dei compagni di stanza, ponendo attenzione a non far rumore e a non parlare a voce alta durante le ore considerate di riposo.

L'ospite deve consentire al personale della Fondazione di provvedere alle pulizie e al riassetto della camera e relativi servizi igienici.

**La durata del contratto è illimitata (salvo i casi di recesso previsti dall'art. 10)** e non può essere ceduto dalle parti salvo che con il consenso scritto delle stesse parti.

### **Prestazioni a carico della Fondazione**

#### **Art. 2 Servizi:**

Il trattamento della R.S.A. “Varni Agnetti” comprende, nella quota di retta pagata, tutti i servizi e le prestazioni previste dalla normativa della Regione Lombardia vigente in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento, a cui si aggiungono quelli contemplati nella Carta dei Servizi della Fondazione; sono compresi gli obblighi di custodia dei beni nel limite della disponibilità logistica della struttura, di assicurazione, di rispetto della privacy, di rispetto dei protocolli assunti, di rendere nota la Carta dei Servizi, di costituire documentazione sanitaria e socio-sanitaria.

L'Ente si impegna, altresì, ad assolvere a tutti gli obblighi che derivino dalla L.R. 3/2008 s.m.i. e/o dalla normativa vigente.

Rev. 23

Sistema certificato UNI EN ISO 9001:2008 - Erogazione di servizi socio-sanitari residenziali (RSA) e semiresidenziali (in CDI) per anziani autosufficienti e non. Erogazione di servizi socio-sanitari e sociali a domicilio.  
e-mail [info@varniagnetti.it](mailto:info@varniagnetti.it) tel. 0383/940650

#### Servizio sanitario:

Compete alla Fondazione l'obbligo di assicurare agli ospiti, con oneri interamente a suo carico, l'assistenza medica e farmaceutica di base come da prontuario interno.

*La Fondazione provvede alla cancellazione dell'ospite dagli elenchi dei rispettivi medici di medicina generale (MMG) a partire dal giorno dell'ingresso o comunque nel momento in cui viene sottoscritto il contratto se successivo ed all'adozione del codice relativo.*

L'a Fondazione ha l'obbligo di fornire oltrechè l'assistenza sanitaria di base medica e farmaceutica, anche gli ausili per incontinenti necessari ai loro ricoverati.

Non sono a carico della Fondazione "Varni Agnetti" le prestazioni di medicina specialistica (visite, diagnostica strumentale, assistenza protesica, ecc.)

Il servizio medico viene svolto dal lunedì al sabato nelle modalità esplicate nella Carta dei Servizi.

#### Servizio Infermieristico

Gli ospiti usufruiscono dell'assistenza infermieristica, da parte di personale abilitato a norma di legge, nell'arco delle 24 ore.

Gli infermieri sono figure centrali del servizio sanitario rivolto agli ospiti, in quanto si occupano, in forma diretta, della cura alla persona. Le loro funzioni, oltre che di carattere sanitario-assistenziale, sono anche di tipo organizzativo e di supporto a tutte le figure che ruotano nell'assistenza alla persona. Collaborano strettamente con il Medico Responsabile presente nella struttura. Gli infermieri professionali, oltre alla specifica preparazione sanitaria, offrono un valido sostegno umano con disponibilità all'ascolto, rispetto e attenzione a percepire i bisogni e le situazioni degli ospiti.

#### Servizio di fisioterapia

All'interno della struttura è presente un servizio di fisioterapia. Tale servizio è erogato a tutti gli ospiti che necessitano di assistenza fisioterapica sotto stretta collaborazione con i Medici della Struttura. La Fondazione "Varni Agnetti" ha, a tale scopo, un settore attrezzato con locali di trattamento per mantenere una buona privacy dell'ospite; una palestra per lo svolgimento di ginnastiche di gruppo selezionate in base alla necessità degli ospiti, un ambulatorio Medico di prima assistenza, nonché apparecchiature antalgiche e di potenziamento. Il servizio viene svolto tutti i giorni dal lunedì al sabato nelle modalità esplicate nella Carta dei Servizi.

#### Attività ricreative, culturali e occupazionali:

L'ospite è libero di organizzare la propria giornata nel modo che ritiene più opportuno, occupando il tempo libero in attività ricreative, culturali od occupazionali, spontaneamente scelte. A tal fine è stato istituito un servizio di animazione che, utilizzando l'attrezzatura all'uopo predisposta, proporrà iniziative socioculturali. Le varie attività saranno svolte nei locali a ciò destinati, secondo orari stabiliti dalla Direzione. Il servizio viene svolto dal lunedì al venerdì nelle modalità esplicate nella Carta dei Servizi.

#### Servizio Assistenza alla persona:

L'assistenza alla persona è garantito da personale qualificato Ausiliari Socio Assistenziali (A.S.A.) o Operatori Socio Sanitari (O.S.S.).

Il servizio consiste nell'aiutare gli ospiti della R.S.A. in tutto quanto occorre per le loro esigenze quotidiane, avendo riguardo alle loro specifiche peculiarità fisiche e psicologiche.

Il personale adibito a questo tipo di servizio dovrà svolgere mansioni atte a favorire l'autosufficienza nelle attività delle persone: alzarsi- pulizia e igiene personale, alimentazione, imboccamento, corretta deambulazione, movimento arti invalidi ecc.

Dovrà anche esplicitare il servizio di pulizia degli effetti personali – accompagnamento ecc., curare i servizi di refettorio, facilitare e coadiuvare l'adozione del personale infermieristico nella pulizia del malato allettato e nelle manovre di posizionamento del letto.

Il servizio viene svolto tutti i giorni nell'arco delle 24 ore.

#### Assistenza Religiosa

Il servizio di assistenza religiosa è garantito dal Parroco di Godiasco.

L'attività religiosa si articola prevalentemente al giovedì pomeriggio (ore 15.00) con la celebrazione della Santa Messa, dopo la Santa Messa ogni ospite che lo desidera può ricevere l'assistenza religiosa.

#### Servizio mensa:

Il trattamento alimentare deve rispondere per quantità e qualità alle esigenze dietetiche dell'età avanzata, tenere conto delle diverse abitudini alimentari degli ospiti e dei problemi sanitari. Il menù giornaliero è reso noto agli ospiti mediante affissione. Eventuali diete particolari saranno determinate dal Medico Responsabile della Fondazione "Varni Agnetti". I pasti saranno consumati nella sala pranzo; eccezioni saranno da concordare con la Direzione. Gli orari dei pasti sono affissi nella sala mensa. Eventuali pasti fuori orario dovranno essere autorizzati dalla Direzione. **Non è ammesso l'ingresso agli esterni in sala pranzo se non autorizzati dalla Direzione o dal Medico Responsabile per casi particolari.**

#### Servizio lavanderia e stireria:

La Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. mette a disposizione dell'ospite un servizio di guardaroba, lavanderia – stireria e rammendo e curerà i cambi della biancheria personale e da letto. Il cambio della biancheria personale avverrà due volte alla settimana, la biancheria da letto due volte al mese salvo i casi particolari che richiedono una maggiore frequenza. Quando l'ospite viene dimesso o è deceduto il reparto lavanderia trasporta il vestiario in magazzino, mantenendolo opportunamente

identificato, i parenti degli ospiti o chi per essi possono entro un mese dalla dimissione / decesso richiedere la restituzione del vestiario, allo scadere di tale termine il vestiario non reclamato sarà eliminato. Il servizio viene svolto dal lunedì al venerdì nelle modalità esplicitate nella Carta dei Servizi.

#### Servizio parrucchiere – estetista

I servizi parrucchiere, barbiere, manicure e pedicure vengono offerti su richiesta dell'Ospite o dai parenti dello stesso. I tariffari degli operatori convenzionati sono esposti in bacheca. Per maggiori informazioni su questi servizi è possibile contattare il Servizio Animazione della R.S.A. Il servizio di manicure e pedicure conservativa viene in genere prestato nel momento in cui viene effettuato il bagno all'ospite. Nel caso in cui l'ospite necessiti di una prestazione specialistica o curativa, verrà effettuato dall'operatore in possesso di qualifica, in seguito ad accertamento da parte del medico che verifica la reale necessità del bisogno.

#### **Specifiche:**

Nel caso in cui il familiare, direttamente o avvalendosi di una terza persona, desideri in qualsiasi forma intervenire nell'assistenza dell'ospite (assistenza al pasto, assistenza alla deambulazione ecc.) dovrà fornire specifica richiesta scritta al Medico Responsabile della RSA che, potrà autorizzarla, salvo diverse indicazioni di carattere organizzativo o sanitario.

***Non è ammessa in alcun caso la somministrazione dei farmaci agli ospiti da parte dei familiari.***

#### Certificazioni fiscali:

Sarà cura della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. rilasciare la certificazione delle rette ai fini fiscali, per i servizi che prevedono una compartecipazione al costo da parte dell'ospite, entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

#### **Art. 3 Rapporti con i vari soggetti**

##### Rapporti con l'ambiente esterno

La Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. favorisce al massimo i rapporti dell'ospite con l'esterno, aiutandolo a mantenere i contatti con l'ambiente di provenienza e nel frattempo ad integrarsi nel nuovo ambiente di residenza. L'ospite è libero di ricevere nella R.S.A. della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. visite di familiari, parenti, amici rispettando l'orario di visita. L'ospite che desideri assentarsi per qualche giorno dovrà darne comunicazione preventiva alla Direzione della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S., precisando il periodo di assenza. Al ritorno dovrà presentarsi alla Direzione per notificare il rientro; egli ha il dovere di avvisare tempestivamente la Direzione della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. qualora non sia in grado di rientrare nel tempo previsto; ciò anche ai fini dell'applicazione dell'art. 5. In riferimento all'orario di visita, ed in casi eccezionali, i parenti dell'ospite potranno essere autorizzati dalla Direzione, previa richiesta, ad assistere l'anziano oltre l'orario consentito. Per ogni informazione riguardante l'ospite, sarà necessario, rivolgersi esclusivamente al Medico, all'Infermiere Professionale o alla Direzione della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. Le informazioni saranno rilasciate solo alla persona che ha richiesto il ricovero dell'ospite ed ai sensi della vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali.

##### Rapporti fra il personale e gli ospiti

I rapporti fra il personale della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. e gli ospiti dovranno essere improntati al massimo reciproco rispetto, esprimersi nelle forme di una corretta educazione, svolgersi in un clima di serena e cordiale collaborazione. E' vietata qualunque diversità di trattamento fra gli ospiti, e così pure non sono ammesse mance, compensi o regali di alcun genere al personale da parte degli ospiti stessi o loro congiunti. **Eventuali reclami inerenti ai servizi ed al personale addetto devono essere presentati direttamente alla Direzione della Fondazione.**

##### Rapporti fra gli ospiti

Ogni ospite ha il diritto di vivere liberamente, nel pieno rispetto del suo credo religioso e delle sue idee politiche. La sua libertà d'azione trova il solo limite nella libertà degli altri e nella osservanza delle norme collettive, indispensabili per il buon funzionamento della vita comunitaria. Gli ospiti impronteranno i loro rapporti al massimo rispetto, alla reciproca comprensione e solidarietà. Gli ospiti dovranno osservare gli orari stabiliti dalla Direzione. Dovranno altresì osservare, le regole di igiene comune e personale, comportarsi in ogni circostanza secondo le regole di buona educazione. Dovranno, inoltre, far buon uso di tutti ciò che la Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. mette a disposizione, evitando sperperi, deterioramenti e danni; eventuali danni arrecati potranno essere addebitati. La Direzione della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. potrà richiamare l'ospite al rispetto delle suddette norme, prima oralmente, poi per iscritto. Dopo un secondo richiamo scritto, il Direttore può proporre al Consiglio di Amministrazione dell'Ente la dimissione dell'ospite (secondo le modalità specificate nell'art. 11 del presente contratto).

#### **Prestazioni a carico dell'ospite**

##### **Art. 4 Retta di ricovero**

L'ospite stesso, o il Terzo, si impegna a versare la retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione, che tiene conto dei costi e dei servizi sostenuti per la gestione della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S., con mezzi propri o dell'Ente pubblico competente.

La **retta**, che avrà decorrenza dalla data di stipula del presente contratto, è pari a:

| RETTA GIORNALIERA                   | RETTA MENSILE                       |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ( € 50,16) | <input type="checkbox"/> € 1.530,00 |
| <input type="checkbox"/> ( € 51,47) | <input type="checkbox"/> € 1.570,00 |
| <input type="checkbox"/> ( € 54,75) | <input type="checkbox"/> € 1.670,00 |

Rev. 23

Sistema certificato UNI EN ISO 9001:2008 - Erogazione di servizi socio-sanitari residenziali (RSA) e semiresidenziali (in CDI) per anziani autosufficienti e non. Erogazione di servizi socio-sanitari e sociali a domicilio.

e-mail [info@varniagnetti.it](mailto:info@varniagnetti.it)

tel. 0383/940650

**IVA ESENTE** ai sensi dell'art. 10 del D.P.R. 633/1972 e successive modificazioni. **L'imposta di bollo** prevista dalla normativa vigente in materia **È ESENTE**.

Nella retta **SONO INCLUSI** i seguenti servizi:

- ✎ L'ASSISTENZA MEDICO GENERICA, INFERMIERISTICA, RIABILITATIVA, SOCIO-EDUCATIVA E AUSILIARIA PER L'IGIENE E LA CURA DELLA PERSONA;
- ✎ L'EROGAZIONE DI FARMACI COME DA PRONTUARIO INTERNO E SECONDO PRESCRIZIONE DEL RESPONSABILE SANITARIO, GAS MEDICALI E MATERIALE SANITARIO;
- ✎ AUSILI PER L'INCONTINENZA;
- ✎ LA FORNITURA DI CUSCINI E MATERASSI PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE LESIONI DA DECUBITO;
- ✎ I SERVIZI DI TIPO ALBERGHIERO, COMPRESI LE DIETE SPECIALI.

Nella retta **SONO ESCLUSI** i seguenti servizi:

- ✎ eventuali spese di trasporto con autolettiga;
  - ✎ servizi extra di parrucchiera, barbiere, callista (manicure e pedicure curativa). *(La Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. garantisce un servizio gratuito di parrucchiera (lavaggio, taglio e piega). Il servizio può, su richiesta degli Ospiti o di parenti, essere garantito anche con un professionista convenzionato. Il tariffario del professionista convenzionato è esposto in bacheca. Il pagamento verrà effettuato direttamente al professionista);*
  - ✎ eventuali esigenze farmacologiche particolari **NON RITENUTE NECESSARIE** dal medico della Struttura;
  - ✎ le prestazioni di medicina specialistica (visite, diagnostica strumentale, assistenza protesica, cardiologo ecc.), di diagnostica strumentale nonché quelle relative all'assistenza protesica erogabile nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
  - ✎ assistenza ausiliaria dell'ospite ricoverato c/o ospedale civile o altro istituto.
  - ✎ eventuali ticket su esami diagnostici in strutture convenzionate o su farmaci richiesti dal S.S.N.
- ✎ **GLI IMPORTI STABILITI DEVONO ESSERE VERSATI A MENSILITÀ ANTICIPATE ENTRO IL 10 DI OGNI MESE tramite:**
- ✎ **RID** – Autorizzazione permanente di addebito in conto per richieste di incasso presso la propria banca specificando il nome e il cognome dell'ospite ricoverato ed il mese di riferimento;
  - ✎ **BONIFICO BANCARIO** da effettuare sul c/c n. **000000040921** intrattenuto presso **INTESA SANPAOLO S.P.A. Fil. Godiasco (PV) ABI 03069 CAB 55900** a favore di **FONDAZIONE VARNI AGNETTI**, specificando il nome e il cognome dell'ospite ricoverato ed il mese di riferimento (**COD. IBAN IT23 G 03069 55900 000000040921**).
  - ✎ **ASSEGNI BANCARI**;
  - ✎ **ASSEGNI CIRCOLARI**.

L'impegno di spesa viene assunto dall'ospite stesso, o dal terzo \_\_\_\_\_.

Le variazioni di retta saranno comunicate per iscritto, all'Ospite e/o al Terzo, almeno **30 giorni** prima dell'applicazione delle nuove tariffe, dando quindi allo stesso la facoltà di recedere dal presente contratto nei termini di cui all'art. 10.

In caso di modificazione del quadro clinico dell'ospite, verrà data comunicazione scritta della variazione della retta di degenza inviata al Terzo o all'ospite stesso. La decorrenza sarà riferita alla decorrenza della variazione della scheda S.OS.I.A. e comunque l'aumento della retta non potrà essere retroattivo.

**Qualora la retta di degenza non venisse corrisposta nei termini di cui ai precedenti commi, la Fondazione "Varni Agnetti", trascorso un termine di tolleranza di 20 giorni, invia una lettera di sollecito/messa in mora dalla cui data di ricevimento decorreranno gli interessi di mora, successivamente, dopo un secondo sollecito scritto, promuove il licenziamento dell'ospite con le modalità previste dall'art 11 del presente contratto di residenzialità, salvo restando ogni azione legale per il recupero delle somme dovute.**

L'ospite, o chi per esso, si impegna a fornire tutti i documenti richiesti per il perfezionamento della pratica di inserimento elencati nella domanda di ingresso.

L'ospite, o chi per esso, si impegna a fornire ed aggiornare, in caso di variazione, sia l'anagrafica, sia i propri dati (residenza, recapiti telefonici, stato di famiglia ecc.).

La persona di riferimento è tenuta ad informare la Fondazione in caso di assenze o ferie in modo da essere reperiti in caso di necessità.

#### **Art. 5 Biancheria in dotazione**

L'ospite deve essere dotato di biancheria personale come indicato nell'apposito modulo predisposto dall'Amministrazione su cui deve essere apposto il numero assegnato dall'Amministrazione medesima. Tale dotazione sarà mantenuta nel tempo costante e conseguentemente dovrà essere opportunamente integrata secondo le indicazioni del personale addetto al servizio lavanderia.

Tutta la biancheria verrà opportunamente registrata sulla Scheda Biancheria Ospite.

## **Art. 6 Farmaci**

La Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. si impegna a fornire i farmaci necessari all'ospite e prescritti dal medico della Struttura come da prontuario interno.

***Eventuali esigenze farmacologiche non ritenute necessarie dal medico della Struttura sono a carico dell'ospite.***

## **Art. 7 Oggetti personali**

L'ospite stesso, o chi per esso, si impegna a non *tenere e/o* lasciare all'ospite eccessivo denaro, oro o altri beni di valore.

All'ingresso nella R.S.A. della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. è obbligatorio fornire un elenco *dettagliato* degli oggetti di valore che l'ospite ha portato con sé.

La Fondazione garantisce la stipula delle assicurazioni previste dalla vigente normativa oltre che la custodia dei beni dell'ospite, come precisato nell'art 3 del presente contratto di residenzialità; gli ospiti sono comunque invitati a non trattenere presso di sé oggetti di valore o denaro.

La Fondazione non si assume alcuna responsabilità in caso di furto o loro smarrimento, se non in custodia presso l'Ufficio Amministrativo della stessa.

## **Art. 8 Ricovero ospedaliero visite specialistiche – assenze temporanee**

*Le assenze temporanee dell'ospite dovute a ricoveri ospedalieri, verranno esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di 30 giorni con garanzia di mantenimento del posto letto che non verrà assegnato ad altro utente durante il periodo di assenza.*

Le **assenze temporanee diverse dai ricoveri ospedalieri** (*rientri in famiglia per festività, vacanze ecc.*) dell'ospite sono disciplinate come segue:

- Limite massimo di 10 gg consecutivi e un massimo 20 giorni totali annuali

In tale periodo la retta sarà dovuta per l'intero importo e si ha diritto alla conservazione del posto.

Oltre questi termini la Fondazione si riserva la facoltà, con provvedimento motivato, di mantenere il posto letto previo pagamento da parte dell'ospite o del Terzo della retta e del mancato corrispettivo regionale a seconda della classe S.OS.I.A. di riferimento dell'ospite.

In caso contrario si rimanda alle ipotesi di recesso di cui all'art. 10 del presente contratto.

In caso di ricovero ospedaliero o di trasporto ed assistenza per visite specialistiche l'assistenza e il trasporto è a totale carico dei familiari dell'ospite.

*Qualora l'ospite al momento delle dimissioni dall'ospedale venga ricoverato presso altre strutture per cure particolari ovvero per riabilitazione, verrà considerato come **dimissione automatica dalla RSA senza necessità di preavviso** ed il presente contratto cesserà di aver efficacia, fermo restando l'obbligo di tempestiva comunicazione e di saldare tutto quanto dovuto alla Fondazione per il periodo anteriore.*

**Qualora non sia data tempestiva comunicazione del ricovero presso altre strutture, sarà dovuto alla Fondazione la retta in vigore sino all'effettiva avvenuta comunicazione.**

## **Art. 9 Franchigia e sospensioni**

Qualora, durante la sua permanenza nella R.S.A. della Fondazione "Varni Agnetti", l'ospite venisse ricoverato in Ospedale, oppure in caso di allontanamento volontario per un periodo superiore a **10 giorni**, questi o chi ne ha assunto a carico la retta, **dovrà corrispondere alla Fondazione la retta per l'intera mensilità.**

All'ospite assente per il motivo di cui al primo comma e all'ospite che si allontana per motivi personali, sarà conservato il posto, fermo restando il pagamento della retta dovuta.

La retta verrà rimborsata all'ospite, o a chi per esso, in caso di dimissioni volontarie (comunicate nei tempi previsti dall'art. 10) o, in caso di decesso per la quota non più di competenza.

**Qualora l'allontanamento fosse dovuto a dimissioni volontarie, si procederà al rimborso della retta come stabilito al comma precedente se l'ospite ha provveduto a darne preavviso di almeno 15 giorni; IN CASO CONTRARIO LA RETTA INTERA SARÀ DOVUTA PER IL PERIODO DI MANCATO PREAVVISO.**

## **Art. 10 Ipotesi di recesso, di risoluzione del contratto o di dimissioni**

Un ospite della Fondazione "Varni Agnetti" può essere dimesso:

- a) **PER SUA ESPLICITA RICHIESTA**, da presentarsi per iscritto all'Ufficio Amministrativo della Fondazione **con preavviso minimo di 15 giorni;**
- b) **PER DECISIONE MOTIVATA DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE** su proposta del Direttore, **con 10 giorni di preavviso** ossia:
  - 1) qualora l'ospite, dopo rinnovati richiami, tenga un comportamento contrario alle norme del presente regolamento, di pregiudizio per la comunità o di grave disturbo per gli altri ospiti ovvero quando sono ripetutamente violate le regole di convivenza previste dalla Carta dei Servizi e dal Regolamento Interno della Fondazione facendo insorgere seri e comprovati motivi di incompatibilità con la vita dell'istituzione o qualora le stesse sorgano con uno o più parenti dell'ospite.
  - 2) qualora non rientri, senza giustificato motivo e preavviso, dopo periodi di assenza dalla R.S.A. Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S., entro i termini concordati con la Direzione;

3) qualora si renda necessario un ricovero in Ospedale, o altro Istituto di cura, per sopraggiunta malattia che richieda particolari interventi terapeutici o riabilitativi e non permetta l'ulteriore permanenza nella R.S.A. Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.;

4) su richiesta motivata del Nucleo di Valutazione Multidimensionale della Fondazione.

- c) **SENZA PREAVVISO**, nel caso in cui l'ospite: divenga pericoloso per se stesso (autolesionismo ecc.) o per gli altri ospiti, tenga un comportamento incompatibile con la vita in comunità, oppure abbia commesso reati, violenze, minacce, furti ecc... ovvero quando sono ripetutamente violate le regole di convivenza previste dalla Carta dei Servizi e dal Regolamento Interno della Fondazione facendo insorgere seri e comprovati motivi di incompatibilità con la vita dell'istituzione o qualora le stesse sorgano con uno o più parenti dell'ospite.

In tali casi di recesso la Fondazione si attiverà affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'ASL di riferimento.

IN OGNI CASO QUALORA L'OSPITE LASCI LA R.S.A. DELLA FONDAZIONE "VARNI AGNETTI" O.N.L.U.S. SENZA COMUNICARE LE DIMISSIONI VOLONTARIE NEI MODI E TERMINI SOPRACITATI AL PUNTO A), SARÀ TENUTO A CORRISPONDERE ALLA FONDAZIONE LA RETTA IN VIGORE PER I SUCCESSIVI 15 GIORNI DALLA DATA DELLE DIMISSIONI, NONCHÉ EVENTUALI RETTE ARRETRATE.

La Fondazione potrà recedere:

- **nel caso di reiterati e gravi ritardi ed in caso di non avvenuti pagamenti delle quote di rette a carico dell'ospite** con comunicazione scritta alla persona di riferimento. In questi casi, il recesso potrà ricorrere a condizione che la Fondazione abbia adempiuto ai propri obblighi normativamente sanciti. In caso di dimissioni o di recesso dal contratto, la Fondazione ha l'obbligo di darne tempestiva comunicazione agli uffici competenti dell'ASL e del Comune di residenza dell'Ospite. Della decisione di allontanamento verrà data comunicazione al parente o chi per loro, sull'immediato, con la comunicazione di preavviso di dimissioni di cui sopra.

#### **Art. 11 Tutela dei dati personali e sensibili – Informativa - Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679.**

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679 si rimanda all'informativa sulla Privacy contenuta nella Carta dei Servizi di cui ha dichiarato di averla ricevuta in copia e disponibile e scaricabile dal sito istituzionale della Fondazione.

#### **Art. 12 Codice Etico - Informativa**

L'ospite stesso, o chi per esso, dichiara di conoscere i contenuti del Codice Etico e di Condotta adottato dalla Fondazione Varni Agnetti e contenuto nella Carta dei Servizi, (che ha ricevuto in copia).

Il Codice Etico adottato dalla Fondazione si propone di confermare e di fissare i principi di correttezza, lealtà, integrità e trasparenza dei comportamenti, del modo di operare e della conduzione dei rapporti, sia al proprio interno che nei confronti dei soggetti terzi.

#### **Art. 13 Giurisdizione e controversie**

In materia di contestazioni e controversie sul contenuto, sulla esecuzione e sull'eventuale risoluzione del presente contratto, ivi compresi i rapporti di natura economica saranno applicate le vigenti disposizioni di legge, fermo restando, per la competenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria, è competente il Foro di **PAVIA (PV)**.

#### **Art. 14 Norma finale**

Tutto quanto non è disciplinato dal presente contratto sarà regolamentato dalla vigente normativa nazionale e regionale in materia di assistenza socio sanitaria per anziani.

Eventuali modifiche al presente contratto hanno efficacia solo ove apportate per iscritto e sottoscritte da entrambe le parti. Resta inteso che eventuali modifiche alla normativa vigente devono intendersi automaticamente recepite dal presente contratto.

#### **Art. 15 Durata:**

Il presente contratto ha durata **ILLIMITATA** e non può essere ceduto in alcun modo dalle parti.

*Letto, approvato e sottoscritto*

Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_

Fondazione "Varni Agnetti" onlus

**IL DIRETTORE**

(Dott. Carlo Ferrari)

A norma degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., la sottoscritta, previa lettura del presente contratto di residenzialità, approva uno per uno e nell'insieme, fin d'ora reietta ogni eccezione, i 15 articoli sopra riportati.

Dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla sicurezza degli ospiti e dei visitatori allegata al presente contratto di residenzialità.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ELENCO BIANCHERIA CONSIGLIATO

| <b>NUMERO</b> | <b>TIPO</b>                                    | <b>CATEGORIA OSPITE</b> |
|---------------|------------------------------------------------|-------------------------|
| 10            | MAGLIE                                         | TUTTI                   |
| 10            | MUTANDE                                        | TUTTI                   |
| 10            | CANOTTIERE INTIME IN COTONE                    | TUTTI                   |
| 6             | PIGIAMA – <u>NO CAMICIA DA NOTTE</u>           | DONNE                   |
| 10 PAIA       | CALZE BIANCHE DI COTONE (ESTATE)               | TUTTI                   |
| 10 PAIA       | CALZE DI LANA (INVERNO)                        | TUTTI                   |
| 6             | TUTONI INTERI CON CERNIERA POSTERIORE          | ALLETTATI               |
| 2 PAIA        | PANTOFOLE ORTOPEDICHE                          | TUTTI                   |
| 1             | GIACCONE INVERNALE E GIACCA ESTIVA             | TUTTI                   |
| 10            | TUTE DA GINNASTICA O CALZONI                   | TUTTI                   |
| 1             | TELOBAGNO                                      | TUTTI                   |
| 10            | SALVIETTE VISO                                 | TUTTI                   |
| 10            | SALVIETTE BIDET                                | TUTTI                   |
| 10            | BAVAGLIOLI SPUGNA - COTONE <u>CON ELASTICO</u> | TUTTI                   |
| 10            | PIGIAMI                                        | UOMO AUTOSUFFICIENTE    |

## TUTTO IL NECESSARIO PER L'IGIENE PERSONALE

|                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| COLLUTORIO                                                                   | TUTTI |
| PASTA ADESIVA PER DENTIERA / PASTIGLIE PER LA PULIZIA DELLE PROTESI DENTARIE | TUTTI |
| CONTENITORE PER PROTESI DENTARIA                                             | TUTTI |
| PETTINE E SPAZZOLA                                                           | TUTTI |
| RASOIO ELETTRICO/LAMETTA                                                     | UOMO  |
| DEODORANTE                                                                   | TUTTI |
| DOPOBARBA                                                                    | UOMO  |

- PER GLI OSPITI DI SESSO MASCHILE E' NECESSARIO IL RASOIO ELETTRICO (ECCETTO PORTATORI DI PACE-MAKER)
- TUTTA LA BIANCHERIA E GLI INDUMENTI DEVONO ESSERE NEL LIMITE DEL POSSIBILE IN TESSUTO O COMPOSIZIONE LAVABILE IN LAVATRICE.
- TUTTI GLI INDUMENTI, LA BIANCHERIA E LE CALZATURE **VANNO ASSOLUTAMENTE CONTRASSEGNA TI** DAI PARENTI CON IL NUMERO CHE VERRA' ASSEGNATO ALL'OSPITE DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE.  
IN CASO DI INTEGRAZIONE E/O DI RESO DI BIANCHERIA, SI RICORDA DI APPORRE IL NUMERO E DI FAR AGGIORNARE AL PERSONALE DEL PIANO, LA SCHEDA BIANCHERIA.
- LA BIANCHERIA NON NUMERATA VERRA' TRATTENUTA PRESSO LA LAVANDERIA (DOVE I PARENTI POTRANNO RITIRARLA) NON OLTRE I **6 MESI**, DOPODICHE' **VERRA' RIDISTRIBUITA**.
- **SI CHIEDE DI FORNIRE ALL'OSPITE UNO ZAINO, SEMPRE IDENTIFICATO DA NOME O NUMERO, PER EVENTUALE DOTAZIONE DI BIANCHERIA IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO.**

# QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura del Medico Curante)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Esente ☐ SI ☐ NO COD. ESENZ. \_\_\_\_\_ ☐ PARZ ☐ TOT

## Situazione clinica attuale:

- ☐ OSPITE CON PROTEZIONE VACCINALE COMPLETA  
☐ OSPITE CON PROTEZIONE VACCINALE PARZIALE  
☐ OSPITE NON VACCINATO MA GUARITO DA PREGRESSA INFEZIONE DA NON PIÙ DI 6 MESI  
☐ OSPITE NON VACCINATO

| ATTIVITÀ di VITA QUOTIDIANA | Indipendente             | Parzialmente dipendente  | Totalmente dipendente    |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Capacità di fare il bagno   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacità di vestirsi        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Capacità di alimentarsi     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Continenza sfinterica       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|          |                                                            |                                                                              |                                      |
|----------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| MOBILITÀ | <input type="checkbox"/> Indipendente                      | <input type="checkbox"/> autonomo con protesi/ausili                         | <input type="checkbox"/> carrozzella |
|          | <input type="checkbox"/> Con aiuto                         | <input type="checkbox"/> con aiuto con protesi/ausili                        | <input type="checkbox"/> altro _____ |
|          | <input type="checkbox"/> necessità di utilizzo sollevatore | <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali |                                      |

|           |                             |                             |                                   |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| ALLETTATO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Se sì, specificare il tempo _____ |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

## PATOLOGIE

### LEGENDA

A: assente; L: lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; M: moderata - trattamento necessario; prognosi buona; G: grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; MG: molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave

| AREA<br>(barrare la casella che interessa come da legenda) | GRAVITÀ |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
|------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|

| PATOLOGIE CARDIACHE | A | L | M | G | MG |
|---------------------|---|---|---|---|----|
|---------------------|---|---|---|---|----|

Diagnosi \_\_\_\_\_

PORTATORE DI PACE-MAKER ☐ SI ☐ NO

| IPERTENSIONE | A | L | M | G | MG |
|--------------|---|---|---|---|----|
|--------------|---|---|---|---|----|

Diagnosi \_\_\_\_\_

| APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | A | L | M | G | MG |
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|
|---------------------------------------------------------------|---|---|---|---|----|

Diagnosi \_\_\_\_\_

| APPARATO RESPIRATORIO | A | L | M | G | MG |
|-----------------------|---|---|---|---|----|
|-----------------------|---|---|---|---|----|

Diagnosi \_\_\_\_\_

|                                                  |          |          |          |          |           |
|--------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>OCCHI/ORL</b> (orecchio, naso, gola, laringe) | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|--------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

|                                                                                        |          |          |          |          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>APPARATO DIGERENTE SUPERIORE</b> (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas) | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

|                                                        |          |          |          |          |           |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>APPARATO DIGERENTE INFERIORE</b> (intestino, ernie) | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

**STIPSI** ☐ SI ☐ NO

**INCONTINENZA FECALE** ☐ SI ☐ NO

|               |          |          |          |          |           |
|---------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>FEGATO</b> | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|---------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

|             |          |          |          |          |           |
|-------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>RENE</b> | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|-------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

|                                                          |          |          |          |          |           |
|----------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE</b> | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|----------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

**INCONTINENZA URINARIA** ☐ SI ☐ NO

|                                            |          |          |          |          |           |
|--------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE</b> | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|--------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

**ULCERE DA DECUBITO** ☐ SI ☐ NO SEDE \_\_\_\_\_ STADIO \_\_\_\_\_

|                                               |          |          |          |          |           |
|-----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO</b> (no demenza) | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|-----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

|                                                                       |          |          |          |          |           |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO</b> (diabete, infezioni ..) | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|-----------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

|                                                                                  |          |          |          |          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| <b>STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE</b> (demenza, depressione, ansia, psicosi...) | <b>A</b> | <b>L</b> | <b>M</b> | <b>G</b> | <b>MG</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|

Diagnosi \_\_\_\_\_

**HA SUBITO RICOVERI IN REPARTI OSPEDALIERI PSICHIATRICI** ☐ SI ☐ NO

Specificare \_\_\_\_\_

**È IN CURA c/o SPECIALISTI NEUROPSICHIATRICI o CENTRI PSICO SOCIALI** ☐ SI ☐ NO

Specificare \_\_\_\_\_

**PRINCIPALI RICOVERI OSPEDALIERI O PRESSO ALTRI ENTI NEGLI ULTIMI 12 MESI:** \_\_\_\_\_

## ALTRI PROBLEMI CLINICI

| DESCRIZIONE                             |    |    | Se SI indicare:                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIALISI                                 | SI | NO | <input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE<br><input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA<br>FREQUENZA SETTIMANALE DIALISI _____                                 |
| INSUFFICIENZA RESPIRATORIA              | SI | NO | <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA<br><input type="checkbox"/> CON TRACHEOSTOMIA<br><input type="checkbox"/> VENTILATORE<br>DURATA ORARIO OSSIGENOTERAPIA _____ |
| ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE               | SI | NO | <input type="checkbox"/> SNG<br><input type="checkbox"/> PEG<br><input type="checkbox"/> PARENTERALE TOTALE                                                           |
| DISFAGIA                                | SI | NO | <input type="checkbox"/> CIBI FRULLATI/OMOGENEIZZATI<br><input type="checkbox"/> ADDENSANTI                                                                           |
| STATO NUTRIZIONALE                      | SI | NO | <input type="checkbox"/> OBESITÀ<br><input type="checkbox"/> SOTTO PESO<br><input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO                                                  |
| DIETA SPECIFICA                         | SI | NO | di che tipo _____                                                                                                                                                     |
| GESTIONE INCONTINENZA                   | SI | NO | <input type="checkbox"/> PRESIDI ASSORBENTI<br><input type="checkbox"/> ANO ARTIFICIALE<br><input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE                                |
| PROTESI                                 | SI | NO | <input type="checkbox"/> DENTALE<br><input type="checkbox"/> ACUSTICA<br><input type="checkbox"/> OCCHIALI<br><input type="checkbox"/> ALTRO _____                    |
| EMOTRASFUSIONE                          | SI | NO | TIPO _____                                                                                                                                                            |
| ALTRO (CHEMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA ecc.) | SI | NO | PIANO TERAPEUTICO OSPEDALIERO IN ATTO<br><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                      |

## VALUTAZIONE COGNITIVA

|                                                                                  |                                                                                                                                                                           |                                   |                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO                                                     | <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> NO       | <input type="checkbox"/> PARZIALE                                                                                                          |
| DIAGNOSI <u>ACCERTATA</u> DI MORBO DI ALZHEIMER                                  | <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> NO       | <i>Allegare idonea documentazione sanitaria</i>                                                                                            |
| PERDITA DI MEMORIA                                                               | <input type="checkbox"/> LIEVE                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> MODERATA | <input type="checkbox"/> GRAVE                                                                                                             |
| SINTOMI PSICOTICI                                                                | <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> NO       |                                                                                                                                            |
| DISTURBI COGNITIVI,<br>COMPORTAMENTALI,<br>DELL'UMORE E PROBLEMI<br>PSICHIATRICI | <input type="checkbox"/> VAGABONDAGGIO/WANDERING <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                  |                                   | <input type="checkbox"/> TENTATIVI DI ALLONTANAMENTO INCONSAPEVOLE/EPISODI DI FUGA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> AGITAZIONE PSICO-MOTORIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                 |                                   | <input type="checkbox"/> VOCALIZZI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                 |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> INVERSIONE RITMO SONNO/SVEGLIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                           |                                   | <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ FISICA/VERBALE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                               |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> DELIRI/ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                                     |                                   | <input type="checkbox"/> CRISI D'ANSIA/ATTACCHI DI PANICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                          |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> DEFLESSIONE DEL TONO DELL'UMORE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                                          |                                   | <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO             |
|                                                                                  | <input type="checkbox"/> UTILIZZO DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA (CONTENZIONI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Se SI, specificare :</i> _____ |                                   |                                                                                                                                            |
|                                                                                  | ALTRO _____                                                                                                                                                               |                                   |                                                                                                                                            |

**ALLERGIE A FARMACI ED ALIMENTI:**


---



---

**INTOLLERANZE:**


---



---

**PARASSITOSI CUTANEE / MALATTIE CONTAGIOSE / SITUAZIONI PERICOLOSE E CONTRARIE ALLA VITA IN COMUNITÀ:**


---



---

**TERAPIA IN CORSO:**

| TIPO DI FARMACO | DOSAGGIO | ORARIO | DURATA DEL TRATTAMENTO |
|-----------------|----------|--------|------------------------|
|                 |          |        |                        |
|                 |          |        |                        |
|                 |          |        |                        |
|                 |          |        |                        |
|                 |          |        |                        |
|                 |          |        |                        |
|                 |          |        |                        |
|                 |          |        |                        |

**SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE**

|                                                                                                            |                                                                           |                                                   |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>ABITAZIONE</b>                                                                                          | <input type="checkbox"/> IDONEA                                           |                                                   | <input type="checkbox"/> PRESENZA BARRIERE ARCHITETTONICHE |
| <b>COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE</b>                                                                       | <input type="checkbox"/> VIVE SOLO                                        | <input type="checkbox"/> CON FAMILIARE CONVIVENTE | <input type="checkbox"/> CON ASSISTENTE FAMILIARE/BADANTE  |
|                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ALTRO                                            | SPECIFICARE _____                                 |                                                            |
| <b>SUPPORTO FAMILIARE/CAREGIVER</b>                                                                        | <input type="checkbox"/> PRESENTE                                         | <input type="checkbox"/> PARZIALE                 | <input type="checkbox"/> ASSENTE                           |
| <b>PRINCIPALE CAREGIVER</b><br><i>(specificare in caso di PRESENTE o PARZIALE)</i>                         | <input type="checkbox"/> CONIUGE                                          | <input type="checkbox"/> FIGLIO                   | <input type="checkbox"/> NIPOTE                            |
|                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ALTRO (Specificare) _____                        |                                                   |                                                            |
| <b>SE PROVENIENTE DAL DOMICILIO, SPECIFICARE SE È POSSIBILE EFFETTUARE EFFICACE ISOLAMENTO DOMICILIARE</b> | <input type="checkbox"/> POSSIBILE <input type="checkbox"/> NON POSSIBILE |                                                   |                                                            |

**Il Medico curante (MMG):**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Recapito telefonico studio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Cod. reg. medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
**timbro e firma MMG**

Rev. 23

Sistema certificato UNI EN ISO 9001:2008 - Erogazione di servizi socio-sanitari residenziali (RSA) e semiresidenziali (in CDI) per anziani autosufficienti e non. Erogazione di servizi socio-sanitari e sociali a domicilio.

 e-mail [info@varniagnetti.it](mailto:info@varniagnetti.it)

tel. 0383/940650

# RELAZIONE ASSISTENZIALE

(da compilarsi da parte di chi **ASSISTE** la persona)

COGNOME e NOME dell'assistito \_\_\_\_\_

## TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA

- ☐ Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico
- ☐ Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona
- ☐ Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento
- ☐ Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia
- ☐ È indipendente

## DEAMBULAZIONE

- ☐ Dipendenza rispetto alla locomozione
- ☐ Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- ☐ Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- ☐ Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- ☐ Cammina senza aiuto

## LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- ☐ Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- ☐ Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- ☐ Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- ☐ Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficili
- ☐ Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri

## IGIENE PERSONALE

- ☐ Incapace di provvedere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti
- ☐ Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale
- ☐ Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale
- ☐ È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- ☐ È capace di lavarsi mani e viso, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi

## ALIMENTAZIONE

- ☐ Deve essere imboccato
- ☐ Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- ☐ Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- ☐ Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliare la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- ☐ Totale indipendenza nel mangiare

## CONFUSIONE

- ☐ È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive
- ☐ È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- ☐ Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- ☐ È in grado di pensare chiaramente

## IRRITABILITÀ

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

## IRREQUIETEZZA

- ☐ Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi
- ☐ Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione
- ☐ Mostra ogni tanto segni di irrequietezza
- ☐ Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

## ALTRE SEGNALAZIONI

### Incontinenza:

- ☐ Assente
- ☐ Solo urinaria
- ☐ Solo fecale
- ☐ Doppia

### Gestione incontinenza:

- ☐ Presidi assorbenti
- ☐ Ano artificiale
- ☐ Catetere

### Ausili per il movimento:

- ☐ Bastone/deambulatore
- ☐ Carrozzina
- ☐ Nessuno

**Al fine di escludere la presenza di sintomi sospetti per COVID-19 il Caregiver dichiara che l'ospite:**

- ☐ non ha avuto febbre, tosse, disturbi respiratori e di non ha contattato il medico curante per la diagnosi e conseguenti provvedimenti nei 14 giorni precedenti l'odierno;
- ☐ non ha familiari e non ha avuto contatto stretto (faccia a faccia) o ha vissuto nello stesso ambiente chiuso con un caso confermato o sospetto di Covid-19, negli ultimi 14 giorni precedenti l'odierno;
- ☐ non è stato contattato da ATS/ASL in quanto venuto inconsapevolmente a contatto con persone affette da infezione da coronavirus (es. viaggio aereo, operatore sanitario o sociosanitario), negli ultimi 14 giorni precedenti l'odierno;

### Il compilatore/caregiver:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# **CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DI PROPRI DATI PERSONALI, RELATIVI ALLA SALUTE**

*Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679*

Il sottoscritto Interessato Sig./ra \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,

con la firma apposta in calce alla presente attesta:

- di aver preso visione e di accettare l'informativa contenuta nella Carta dei Servizi;
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti di propri dati resi.
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti dei dati resi per i suoi familiari.

Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili, identificativi, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE, Telemedico Servizi di Telemedicina, CBA INFORMATICA Softwarehouse, ATS PAVIA, REGIONE LOMBARDIA) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Acconsente, inoltre, che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e del proprio stato di salute a:

- ☐ Coloro che lo richiedono
- ☐ Indicare il nome delle persone che lo richiedono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ☐ Nessuno

Godiasco Salice Terme, li \_\_\_\_\_

**L'OSPITE/PARENTE**

\_\_\_\_\_

Nell'ambito delle finalità istituzionali della Fondazione, ☐ **ACCONSENTE** ☐ **NON ACCONSENTE** ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

- ✓ Nome, cognome e fotografia per identificare ospite e i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che potranno risultare, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori;
- ✓ Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura.

Godiasco Salice Terme, li \_\_\_\_\_

**L'OSPITE/PARENTE**

\_\_\_\_\_

Il Titolare del Trattamento è:

**Fondazione "Varni - Agnetti" O.N.L.U.S.**  
**Via Ardivestra, 3/5**  
**27052 Godiasco Salice Terme (PV)**  
nella persona del Legale Rappresentante