



## DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di (parentela) \_\_\_\_\_ e di garante del pagamento delle rette  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'ACCOGLIENZA per

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ età \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**a tempo indeterminato in RSA** (Residenza Sanitaria Assistenziale)  
**in CDI (Centro Diurno Integrato)** nei giorni di: \_\_\_\_\_

**in posto AUTORIZZATO** (non a contratto con regione Lombardia) **in RSA**  
**a tempo indeterminato**  
**a tempo determinato** (max 60 gg) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si allegano: - Scheda clinica informativa (compilata dal medico di base o ospedaliero) – modulo ASL allegato;  
- Fotocopia documento d'identità, tessera sanitaria e codice fiscale;  
- Fotocopia certificato di invalidità ed esenzioni, se rilasciati;  
- Fotocopia documento d'identità e codice fiscale della persona che assume l'impegno di spesa;

La presente domanda, se presentata da persona diversa, è da intendersi effettuata con il consenso della persona per la quale si chiede l'accoglienza.

#### Allo scopo dichiara:

- di obbligarsi al pagamento anticipato del deposito cauzionale fissato da Fondazione A. Nuvolari;
- di impegnarsi al pagamento della retta mensile di degenza;
- di obbligarsi, prima del perfezionamento dell'accoglimento, alla sottoscrizione del contratto di ingresso.
- di aver ricevuto il Regolamento accoglimenti della Fondazione (ALLEGATO 2);
- di aver preso visione della Carta dei Servizi e del Codice Etico a disposizione presso l'Ufficio Residenti e l'URP della Fondazione;
- di restituire, in caso di rinuncia all'accoglimento ed in caso di richiesta di mantenimento in lista d'attesa, l'ALLEGATO 1, **anche** mediante (fax 0376-664059) o via e-mail ([info@fondazionenuvolari.it](mailto:info@fondazionenuvolari.it)).

**Nota bene: senza la produzione della fotocopia della ricevuta del versamento del deposito cauzionale e la sottoscrizione del contratto, non si procederà all'accoglimento.**

#### Consenso al trattamento dei dati:

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consenso al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

**La presente domanda sarà valida per un anno, salvo venga presentata una nuova SCHEDE CLINICO INFORMATIVA.**

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



AZIENDA  
SANITARIA  
LOCALE  
DELLA PROVINCIA  
DI MANTOVA

## SCHEDA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- |                                                         |                                                                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> in Riab. SPECIALISTICA         | <input type="checkbox"/> in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie |
| <input type="checkbox"/> in Riab. MANTENIMENTO          | <input type="checkbox"/> a Domicilio                               |
| <input type="checkbox"/> in Riab. GENERALE / GERIATRICA |                                                                    |

<b>Cognome e Nome paziente</b>	.....		
nato/a	.....	il	.....
Comune di residenza .....			
Indirizzo .....			
CODICE FISCALE.....			

<b>Sintesi diagnostica</b>	→	..... ..... ..... .....
<b>Evento indice e data insorgenza</b>	→	..... .....
<b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b>	→	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	→	..... ..... .....

**Disfagia**    Si  No       **Afasia/disartria**    Si  No

**Nutrizione**       per os       Sondino n-g     PEG       Parenterale

**Respirazione**     normale       Ossigeno       Ventilazione meccanica       con tracheostomia

**Aspirazione secrezioni bronchiali**    Si  No

**Presenza deficit sensoriali**     Visivi     Uditivi

**Portatore di:**

<input type="checkbox"/> Pace Maker	<input type="checkbox"/> Catetere perdurale	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/> Pompa elastomerica
<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Urostomia	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale
<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> Ortesi	Quali:.....	

**Presenza Piaghe da decubito**    Si  No       **Eventuali sedi**    .....

**Altre lesioni:**                            Si  No                             .....

Segue →

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
<b>Specificare</b>	..... ..... .....			

### ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

### SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE


<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare /caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**

.....  
 .....

.....  
 (timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....



**REGOLAMENTO ACCOGLIMENTI PER SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI  
RESIDENZIALI**

Approvato con Deliberazioni del Consiglio di Amministrazione n. 09/26 del 28/08/2015)

1 – La Fondazione accoglie persone anziane di entrambi i sessi, residenti sul territorio della regione Lombardia ultrasessantacinquenni e non autosufficienti in regime residenziale (R.S.A), a tempo indeterminato, fino ad un massimo di 112, in regime semiresidenziale (C.D.I) fino ad un massimo di 15, e anziani di entrambi i sessi e residenti in regione Lombardia ultrasessantenni in regime residenziale (R.S.A) anche a tempo determinato per massimo 60 giorni, su posti autorizzati e non a contratto con regione Lombardia, fino ad un massimo di 6. I posti a tempo determinato sono rinnovabili in mancanza di domande in lista d'attesa e su parere favorevole della Direzione Sanitaria.

Per gli anziani di altre regioni il costo è interamente a carico dell'accolto, in quanto la regione Lombardia non interviene economicamente a favore di residenti di altre regioni.

2 – La domanda di accoglimento predisposta su modulistica della Fondazione, può essere presentata da parte dell'interessato e/o da un familiare, terzo, amministratore di sostegno, tutore che si assume la responsabilità dei dati riportati, corredata da:

- scheda clinica informativa su modulistica dell'ASL di Mantova;
- certificato di residenza del ricoverando (od idonea autocertificazione);
- fotocopia di: tessera sanitaria, codice fiscale, documento di identità, certificato di invalidità ed esenzioni se rilasciati, del ricoverando;
- fotocopia della carta d'identità e codice fiscale della persona che assume l'impegno di spesa;
- dichiarazione di assunzione di impegno di pagamento della retta.

3 – La domanda va presentata presso la sede della Fondazione, in Largo Nuvolari n. 4 a Roncoferraro, o inviata via fax (0376 – 664059) o via mail (info@fondazionenuvolari.it).

4 – Le domande di accoglimento pervenute, complete di tutta la documentazione richiesta, prima di essere inserite nella lista d'attesa, vengono sottoposte al visto della Direzione Sanitaria per il controllo della compatibilità della situazione del ricoverando e la vita comunitaria geriatrica della Fondazione, della patologia e per la valutazione sanitaria. A insindacabile giudizio della Direzione Sanitaria non sono accettate le domande di ingresso che riguardino persone affette da malattie di tipo psichico, con diagnosi/comportamenti non compatibili con la vita in comunità geriatrica, da malattie non strettamente connesse con lo stato di senectus e che richiedono particolari cure che la Fondazione non è in grado di garantire. La Direzione Sanitaria scrive sulla scheda clinica presentata, ogni annotazione di ordine sanitario che ritenga utile.

5 – Le domande valutate positivamente dalla Direzione Sanitaria, sono inserite nella lista d'attesa per la specifica unità d'offerta richiesta (RSA, CDI, RSA autorizzati) in base al punteggio e alla data di ricezione.

Sono valutati, con assegnazione di punti, i seguenti parametri:

- A) Le condizioni di salute/fragilità, valutabili attraverso la scheda clinica informativa:
  - a. Punti 1 per classe Sosia 7 e 8
  - b. punti 3 per le classi Sosia 3, 4, 5 e 6
  - c. punti 4 per le classi Sosia 1 e 2
- B) Il comune di residenza, valutabile dalla autocertificazione o dalla certificazione allegata alla domanda:
  - a. Punti 0,4 per i residenti a Roncoferraro da almeno anni 2;
  - b. Punti 0,2 per i residenti a Roncoferraro da meno di 2 anni e per i residenti a Bagnolo San Vito, Bigarello, Casteldario, Mantova, San Giorgio, Sustinente e Villimpenta;
  - c. Punti 0,1 per i residenti in altri comuni della Regione Lombardia;
  - d. Punti 0 per i residenti fuori regione.
- C) Le condizioni assistenziali dell'anziano fornite con autocertificazione, allegata alla domanda:



- 
- a. Punti 0,5 per chi è solo e senza supporto di *caregiver* (colui che si “prende cura”)
  - b. Punti 0,5 per chi, pur avendo famigliari, non ha supporto assistenziale di *caregiver*;
  - c. Punti 0,25 per chi ha un supporto familiare/*caregiver* parziale;
  - d. Punti 0 per chi ha un supporto familiare/*caregiver* presente.
- D) La condizione dell’anziano richiedente quale cliente della Fondazione, per i servizi da questa offerti:
- a. Punti 0,15 per chi frequenta il CDI da almeno 3 mesi continuativi, con frequenza almeno di 3 giorni settimanali;
  - b. Punti 0,10 (punteggio una tantum) per chi è accolto in RSA in posti autorizzati con contratto a tempo indeterminato, oltre a punti 0,15 per ogni mese solare compiuto, successivo al mese d’ingresso, di presenza continuativa fino ad un massimo di punti 1,9 totali;
  - c. Punti 1,65 per chi occupa gli alloggi della Fondazione ed ha i requisiti dell’età per l’accesso ai servizi residenziali e semiresidenziali.

Il punteggio di cui al punto b) viene assegnato a coloro che sono in regola con i pagamenti delle fatture (co. 2, art. 12 del presente regolamento).

Una volta inserita in lista l’attesa la domanda ha validità di un anno, salvo che venga presentata una nuova scheda clinica informativa aggiornata.

Negli altri casi, la validità della domanda viene meno per revoca della stessa da parte del richiedente, decesso dell’interessato, cancellazione d’ufficio per rinuncia al ricovero a seguito di verifica periodica, per cessato interesse al ricovero o per il venir meno dei requisiti di ingresso.

6 – Al momento della disponibilità del posto, l’Ufficio Residenti contatta le persone indicate nella domanda prima in graduatoria. L’accettazione o la rinuncia deve essere comunicata tassativamente entro le ore 12.00 del giorno lavorativo successivo alla comunicata disponibilità, pena la perdita del diritto al posto, mantenendo comunque la posizione in lista d’attesa.

Se l’accoglimento viene accettato vi è l’obbligo di ingresso dell’anziano entro le successive 24 ore.

7 – In caso di ritardo del giorno di ingresso, per massimo 5 giorni, dovuto a fatti imprevisti, per ogni giorno sarà addebitato l’importo della retta oltre alla quota regionale di contributo non percepita.

8 - Al momento dell’accoglimento viene sottoscritto il contratto di ingresso ed i relativi allegati, da parte dell’ospite e/o del familiare, dell’amministratore di sostegno, del tutore, del terzo, dell’Ente locale.

L’atto di impegnativa di Comuni o Enti è costituito da documentazione formale dell’Ente.

Al momento dell’accoglimento, la Fondazione richiederà i documenti sanitari, sociali, amministrativi, assistenziali ed eventualmente quelli attinenti la verifica della situazione economica del soggetto beneficiario, oltre al deposito cauzione infruttifero di una mensilità.

L’accogliendo dovrà fornire il consenso al trattamento dei dati personali ed il consenso agli interventi sanitari.

9 – Ogni nuovo accoglimento si intende sempre effettuato in via di esperimento con facoltà dell’Amministrazione della Fondazione di dimettere il nuovo accolto qualora questo, per le sue condizioni fisiche o psichiche, non possa essere convenientemente assistito nella struttura.

Le spese di trasferimento dell’anziano dimesso sono a carico della persona, pubblica o privata, che ne ha assunto l’impegno del ricovero/contratto di ingresso.

10 – La Direzione Sanitaria della Fondazione si riserva di trasferire, nell’ambito dei reparti dell’Ente, il singolo ricoverato, in base alle sue condizioni di salute, allo stato dei suoi bisogni ed alle necessità organizzative dei servizi.

11 –Le temporanee assenze a vario titolo da parte dell’accolto (ricovero ospedaliero, rientro in famiglia, etc.) verranno valutate come tali a partire dal 16° giorno continuativo di assenza. Durante tale periodo pertanto è dovuta la retta di degenza. Dopo tale periodo nessun obbligo incorre all’Amministrazione per il mantenimento del posto.



12 - La retta di degenza è stabilita con provvedimento del Consiglio di Amministrazione ed è sempre suscettibile di variazioni.

La fattura delle degenze mensili viene emessa posticipata entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento ed il pagamento deve avvenire entro il 25 dello stesso mese.

13 – L'accolto può essere dimesso:

- a) per sua volontà, fatta salva la sua capacità di autodeterminarsi, previo avviso da effettuarsi 5 giorni prima e previo rilascio di una dichiarazione che esoneri l'Amministrazione da ogni responsabilità;
- b) per la richiesta della persona che ha sottoscritto il contratto di ingresso, previa comunicazione da effettuarsi 5 giorni prima e sempre che le condizioni del ricoverato lo consentano;
- c) per richiesta del Comune o Ente che ne ha disposto il ricovero;
- d) per scadenza del quindicesimo giorno di assenza continuativa;
- e) per insolvenza del pagamento della retta, trascorsi trenta giorni dal ricevimento del sollecito di pagamento;
- f) nel caso in cui un familiare direttamente o tramite terzi, somministri all'ospite qualsiasi trattamento non autorizzato dai Medici della Struttura, o intervenga in pratiche di assistenza per le quali la Direzione Sanitaria non abbia espresso specifica autorizzazione, riportandola nel fascicolo-socio sanitario dell'ospite;
- g) nel caso di lesione del rapporto fiduciario tra l'ospite e/o il suo familiare e gli operatori della Struttura ad insindacabile giudizio del Direttore Sanitario;
- h) nel caso in cui l'evoluzione psico-fisica dell'Ospite richieda un trattamento sanitario assistenziale che la struttura non sia in grado di garantire.

La spesa per il ritorno dell'accolto al luogo di residenza è a carico del Comune, Ente o privato che ne ha assunto l'impegno del ricovero/contratto di ingresso, ovvero del ricoverato stesso.

14 – In caso di decesso dell'accolto, le spese funerarie restano a carico del Comune, Ente o privato che ha richiesto l'accoglimento.

Nel caso che l'Ufficio abbia un deposito del de cuius, è autorizzato ad utilizzarlo per le spese funerarie.

15 – In caso di decesso o dimissioni, la restituzione del deposito cauzionale avverrà dopo che l'Amministrazione avrà accertato l'avvenuto pagamento delle rette; qualora le rette non risultassero soddisfatte, il deposito verrà incamerato sino alla concorrenza di quanto dovuto.

16 – I valori e gli oggetti depositati presso l'Ufficio e i depositi cauzionali, non ritirati dagli eredi o aventi diritto entro due anni dal decesso o dalle dimissioni del ricoverato, si intendono acquisiti alla Fondazione in via definitiva.