



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



## DOMANDA DI INGRESSO IN RSA

### RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INGRESSO IN RSA)

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Documento d'identità n. \_\_\_\_\_ Rilasciato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_

### RICHIEDE L'INGRESSO IN RSA DEL/DELLA SIG./SIG.RA

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F   
Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Cittadino italiano SI  NO  Se no, specificare la cittadinanza \_\_\_\_\_  
Documento d'identità n. \_\_\_\_\_ Rilasciato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice esenzione \_\_\_\_\_ Assegno di accompagnamento SI  NO   
Assegno di invalidità SI  NO   
Gode dei diritti politici SI  NO  Ha riportato condanne penali SI  NO



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



### STATO CIVILE

- Coniugato/a con \_\_\_\_\_
- Vedovo/a di \_\_\_\_\_
- Separato/a
- Divorziato/a
- Celibe / Nubile
  
- Figli maschi n. \_\_\_\_\_
- Figlie femmine n. \_\_\_\_\_

### PROVENIENZA

- Domicilio
- Ospedale
- Istituto di riabilitazione
- Struttura psichiatrica
- Altro: \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONE E PROFESSIONE

#### Grado di istruzione:

- Analfabeta
- Inferiore (elementari/medie)
- Superiore (diploma/laurea)

#### Professione dell'ospite attuale e precedente:

ATTUALE: \_\_\_\_\_

PRECEDENTE: \_\_\_\_\_

### SITUAZIONE PENSIONISTICA

- Nessuna
- Anzianità / Vecchiaia
- Sociale
- Tipo speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)
- Reversibilità
- Invalidità
- Due o più tipologie di pensione
- Altro: \_\_\_\_\_

### TUTELA

Amministratore di sostegno

Tutore

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Qualifica:  Familiare: \_\_\_\_\_  
 Altro: \_\_\_\_\_

Recapiti: \_\_\_\_\_



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



**Persone di riferimento:**

Cognome e nome	Grado di parentela	Indirizzo	Telefono	Email

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ✓ Carta di identità in corso di validità SIA DEL RICHIEDENTE CHE DELL'INTERESSATO ALL'INGRESSO IN RSA;
- ✓ tessera sanitaria SIA DEL RICHIEDENTE CHE DELL'INTERESSATO ALL'INGRESSO IN RSA;
- ✓ allegato 1 debitamente compilato e firmato dal medico curante;
- ✓ copia esenzioni;
- ✓ copia accompagnamento;
- ✓ copia verbale invalidità;
- ✓ documento relativo alla tutela (ad es. copia procura, decreto di nomina ads, etc.);
- ✓ accertamenti clinico diagnostici recenti (solo ultimi 6 mesi).

Eventuali note/osservazioni:

---

---

---

Luogo e data

Firma

\*\*\*\*\*

La domanda compilata in tutte le sue parti, nessuna esclusa, completa di tutti gli allegati richiesti, dovrà essere consegnata all'ufficio amministrativo attraverso le seguenti modalità:

- cartacea presso gli uffici amministrativi della Fondazione;
- digitale attraverso l'invio tramite email (scelta preferibile) a:  
[urp@fondazionerobecco.it](mailto:urp@fondazionerobecco.it) e [contabilita@fondazionerobecco.it](mailto:contabilita@fondazionerobecco.it).



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



## Allegato 1

### INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso la nostra RSA.

Le chiediamo gentilmente di compilare la scheda allegata al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea per il/la loro caro/a e per poter avere un quadro generale dello stato di salute della persona anziana.

Le chiediamo quindi di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

<b>1</b>	<b>Assente</b>	Nessuna compromissione di organo o sistema.
<b>2</b>	<b>Lieve</b>	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
<b>3</b>	<b>Moderato</b>	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
<b>4</b>	<b>Grave</b>	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
<b>5</b>	<b>Molto grave</b>	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Si ottengono così due indici:

- ✓ **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- ✓ **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- ✓ **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- ✓ **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- ✓ **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari;
- ✓ **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito;
- ✓ **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo anticipatamente per la collaborazione.



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



## RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE PER L'INGRESSO IN R.S.A.

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_

Esenzione \_\_\_\_\_ Data di compilazione \_\_\_\_\_

### Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	Data insorgenza
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto grave	
<b>Patologie cardiache: Specificare</b> _____						
<b>Ipertensione arteriosa: Specificare</b> _____						
<b>Patologie vascolari: Specificare</b> _____						
<b>Patologie respiratorie: Specificare</b> _____						
<b>Ipertensione vista, udito, naso, gola, laringe: Specificare</b> _____						
<b>Apparato gastroenterico superiore: Specificare</b> _____						
<b>Apparato gastroenterico inferiore: Specificare</b> _____						
<b>Patologie epatiche: Specificare</b> _____						
<b>Patologie renali: Specificare</b> _____						
<b>Sistema muscolo-scheletrico e cute</b> _____						
<b>Patologie neurologiche centrali e periferiche (escluse le demenze)</b> _____						



Fondazione  
 “Casa di Riposo di Robecco d'Oglio  
 ONLUS”



<b>Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici): Specificare</b> <hr/>						
<b>Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze): Specificare</b> <hr/>						

**Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI**

- **PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE CON L'ALIMENTAZIONE**
  - NESSUNO
  - STATO NUTRIZIONALE BUONO
  - OBESITA'
  - MALNUTRIZIONE
  - RIFIUTO DEL CIBO
  - DISFAGIA
  - DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA
  - NUTRIZIONE ENTERALE
  - NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
  - SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE
  - SI ALIMENTA CON AIUTO
  - TOTALMENTE INDIPENDENTE
  
- **DIABETE**
  - NO
  - TRATTATO CON LA SOLA DIETA
  - FARMACI ANTIDIABETICI ORALI
  - INSULINOTERAPIA
  
- **LESIONI CUTANEE**
  - LESIONI DA DECUBITO      SEDE \_\_\_\_\_ STADIO \_\_\_\_\_
  - LESIONI VASCOLARI      SEDE \_\_\_\_\_ STADIO \_\_\_\_\_
  
- **COMA O STATO VEGETATIVO**      SI     NO
  
- **SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA**      SI     NO
  
- **LINGUAGGIO**
  - NORMALE
  - DISARTRIA
  - AFASIA    · ESPRESSIVA
  - DI COMPrensIONE
  - GLOBALE
  
- **VISTA E UDITO**
  - VEDE E SENTE BENE
  - NON VEDE
  - NON SENTE
  - DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI
  
- **IGIENE**
  - SI LAVA AUTONOMAMENTE
  - NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE
  - TOTALMENTE DIPENDENTE



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



- **CAPACITA' DI VESTIRSI/VESTIRSI**
- SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE  TOTALMENTE DIPENDENTE
- NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTITIRSI
- **MOBILITA'**
- SI MUOVE AUTONOMAMENTE  IN CARROZZINA
- SI MUOVE CON DEAMBULATORE  ALLETTATO
- **CADUTE NEGLI ULTIMI TRE MESI**
- NESSUNA  PIU' DI TRE VOLTE
- 1 - 3 VOLTE
- **TERAPIA RIABILITATIVA IN CORSO**
- NESSUNA  DI MANTENIMENTO
- POST - ACUTA
- **ASSISTENZA RESPIRATORIA**
- NESSUNA  TRACHEOTOMIA
- OSSIGENO OCCASIONALMENTE  VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO  VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA
- OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO
- **MINIZIONE ED EVACUAZIONE**
- UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA  URETEROCUTENEOSTOMIA
- CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA  NEFROSTOMIA
- CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA  STIPSI
- ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA
- **DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI, PROBLEMI PSICHIATRICI**
- NESSUNO  DISTURBI DEL SONNO
- PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI  DISFORIA/EUFORIA
- PERDITA DI MEMORIA SEVERA  DELIRI ED ALLUCINAZIONI
- DISORIENTAMENTO NEL TEMPO  STATO ANSIOSO
- DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO  TONO DELL'UMORE DEFLESSO
- COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITA' DI RELAZIONE CON L'ESTERNO  APATIA
- PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE  TENTATI SUICIDI
- FACILE IRRITABILITA'  ETILISMO ATTUALE
- CAMMINO INCESSANTE SENZA SCOPO  ETILISMO PREGRESSO
- URLA O LAMENTAZIONI RIPETITIVE  AGGRESSIVITA' VERSO SE'/ALTRI
- UTILIZZO MEZZI CONTENITIVI
- EPISODI DI ABBANDONO DEL DOMICILIO SENZA RIUSCIRE A FARVI RITORNO
- **TERAPIA DIALITICA** SI  NO
- **RADIOTERAPIA** SI  NO
- **CHEMIOTERAPIA** SI  NO
- **DIAGNOSI ALZHEIMER** SI  NO



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



➤ **TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (INDICARE FARMACO E POSOLOGIA)**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_

➤ **ALLERGIE A FARMACI**

**SI** \_\_\_\_\_  **NO**

➤ **IL SOGGETTO È ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?**

SI  NO

**EVENTUALI NOTE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio  
ONLUS"



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La **FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI ROBECCO D'OGGIO ONLUS**, in qualità di **Titolare del trattamento dei dati personali**, ex artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, la informa che, nell'esercizio della propria attività, ai sensi delle D.G.R. Lombardia n. 2569/2014 e DGR RL XI/3226 del 09/06/2020, raccoglierà e tratterà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici i Suoi dati personali e relativi alla salute con finalità di tutela della salute e per lo svolgimento di attività amministrative correlate alle prestazioni di erogazione di servizi sociosanitari e socioassistenziali, di cui alla presente la domanda di ammissione al ricovero.

- **SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI**

Attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria e socioassistenziale della domanda di ammissione al ricovero, anche ai fini della trasmissione elettronica o comunicazione dei dati agli enti istituzionali competenti, nei limiti di quanto previsto da norme e regolamenti europei, statali e regionali vigenti.

- **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Il responsabile della protezione dei dati è l'Avvocato Famenti Anna.

- **MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici.

La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati al fine di garantire lo svolgimento delle attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore per cui ha presentato la domanda di ammissione. Il trattamento dei dati avviene garantendo i requisiti di sicurezza previsti per legge e previa adozione di misure e di accorgimenti che favoriscono la protezione continua e il costante miglioramento.

- **PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI**

I dati trattati e resi a seguito della presentazione della domanda di ammissione al ricovero fatti salvi gli eventuali obblighi di legge di volta in volta vigente, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per cui sono stati raccolti o successivamente trattati, quindi, non più di un anno; all'esito del trattamento saranno conservati secondo quanto previsto dalle normative di riferimento.

- **NATURA DEL CONFERIMENTO**

L'interessato o chi lo rappresenta (amministratore di sostegno, tutore, curatore, procuratore generale, familiare) è tenuto a conferire obbligatoriamente i dati indispensabili al perseguimento delle finalità di cui al punto 1. lett. a., al fine di poter ottenere la/le prestazione/i richiesta/e.

- **CONSEGUENZE DEL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI O DEL MANCATO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E RELATIVI ALLA SALUTE**

Il mancato conferimento dei dati richiesti o il mancato consenso al trattamento per le finalità di tutela della salute, di cui al punto 1 lett.a., rende impossibile l'accesso in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale), per cui s'informa che in caso di diniego al trattamento la Fondazione non potrà prendere in considerazione la domanda di ammissione al ricovero ed erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante l'anno di validità della domanda di ammissione, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

- **CONOSCIBILITÀ DEI DATI**

I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi. I dati di salute sono trattati dal personale appositamente incaricato, che opera sotto il controllo del titolare e dei responsabili, e possono essere comunicati, per finalità di tutela della salute, previo consenso dell'interessato, ai seguenti soggetti:

- ✓ Organismi sanitari pubblici e privati
- ✓ Aziende che operano sull'ospite sia per l'assistenza che per la ristorazione
- ✓ A.T.S. della Val Padana, Regione Lombardia, Enti Locali

I dati di salute e i dati amministrativi correlati possono essere comunicati - sempre previo consenso - a familiari, prossimi congiunti o terzi legittimati, espressamente indicati e identificati dall'interessato nella domanda di ammissione.

- **EVENTUALE TRASFERIMENTO TRANSFRONTALIERO DEI DATI**

La modalità non è prevista; qualora il DATA CENTER esterno dovesse comunicare lo spostamento parziale o totale dei dati trattati in un paese extra UE, sarà necessario garantire l'osservanza delle misure tecniche ed organizzative imposte dal Regolamento UE 2016/679.

- **PROFILAZIONE**

Si ricorda che qualora la domanda di ammissione sarà selezionata all'ingresso in R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) è obbligo gravante sull'erogatore effettuare una profilazione dell'ospite all'interno delle c.d. "Classi SOSIA" mediante processi decisionali informatizzati secondo la normativa regionale vigente per inquadrare la tariffa sanitaria da riconoscere al Titolare.

- **DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'interessato ha il diritto di accesso ai dati personali in ogni momento, può chiederne la rettifica, qualora non corretti o non aggiornati, chiedere la cancellazione dei dati ad esclusione di quelli richiesti per legge, può chiedere la limitazione del trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano. Il titolare del trattamento si astiene dal trattare ulteriormente i dati personali salvo che egli dimostri l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria. L'interessato non può opporsi al trattamento dei dati sanitari perché hanno conservazione illimitata.

La portabilità dei medesimi dati non è possibile per i medesimi motivi. L'interessato può, invece, chiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

L'interessato ha, altresì, il diritto alla revoca del consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, consapevole che la conseguenza comporterà che la Fondazione non potrà prendere in considerazione la domanda di ammissione al ricovero ed erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante l'anno di validità della domanda di ammissione, il rapporto dovrà necessariamente terminare, fermi in ogni caso gli obblighi di legge in capo al Titolare riguardo la conservazione dei dati acquisiti. L'interessato ha il diritto di proporre reclamo ad una autorità di controllo.

Il contenuto e il significato di legge dei predetti diritti sono a disposizione sul sito internet istituzionale della R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistenziale) allegati alla informativa.

Luogo e data

Firma



Fondazione  
"Casa di Riposo di Robecco d'Oglio"  
ONLUS



**CONSENSO DELL'INTERESSATO/RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di:

- Interessato  
 Rappresentante Legale dell'Interessato ( Amministratore di Sostegno,  Tutore,  
 Curatore  Procuratore Generale)

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_,

**DICHIARA**

di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE nr. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della domanda di ammissione al ricovero ai soggetti indicati nella domanda.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma

**CONSENSO DEL FAMILIARE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_,

del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

fa presente che le condizioni psicofisiche dell'Interessato non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto,

**DICHIARA**

di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa dell'Interessato.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presentazione della domanda di ammissione al ricovero in Fondazione alle persone indicate nella domanda.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma