



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

Allegato B

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto in qualità di

Residente a Via

Recapiti telefoniciemail

CHIEDE

CHE VENGA PRENOTATO UN POSTO PER LA SEGUENTE PERSONA:

Signor/a.....

Nato/a.....il.....

Residente a.....in via.....

Stato civile.....figli no si maschi n..... femmine n.....

Cittadinanza.....Codice fiscale.....

Provenienza Scolarità

N° tessera sanitaria (codice assistito).....

Carta d'identità n°

Ente erogatore e tipo di pensione percepita:

Invalidità: si no percentuale

Indennità di accompagnamento: si no pratica in itinere presentata il



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

Situazione abitativa al domicilio:

- vive solo
- vive solo con badante
- vive con altro familiare/convivente
- vive con altro familiare/convivente e badante
- vice con altre persone non parenti e non partner

Situazione alla data della domanda:

- a domicilio senza alcuna assistenza
- a domicilio con assistenza domiciliare SAD
- a domicilio con assistenza domiciliare ADI /voucher sanitario
- a domicilio con frequenza in centro diurno
- ricoverato in Ospedale
- ricoverato in riabilitazione
- già ospite in altra RSA
- altro

Altre persone di riferimento:

Cognome Nome	Parentela	Indirizzo	Recapito telefonico



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

Alla presente si allega:

- a) (parte per il medico curante)
- b) (scheda di inserimento (parte per la famiglia/caregiver)
- c) fotocopia di: carta d' identità, codice fiscale, tessera sanitaria ASL (CRS), tesserini esenzione ticket, verbale invalidità della persona per conto della quale si presenta la domanda.

E' stata attivata la richiesta della nomina di tutore legale SI NO.....

Se si quale forma:

Il Codice Etico e la Carta dei servizi sono consultabili sul sito della Fondazione in home page e in modulistica: www.madonnadellacroce.it

(firma per presa visione) :

Ai sensi del regolamento UE 2016/679, i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

(firma del richiedente)

Viggiù, _____

Revisione aprile 2024



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

Consenso al trattamento dei dati personali (barrare il consenso o il rifiuto al consenso)

Cliente

In relazione all' informativa sul trattamento dei dati personali come presentata nella Carta dei Servizi e, per le finalità connesse alle reciproche obbligazioni derivanti dal rapporto contrattuale da instaurarsi/intercorrente nonché per l' adempimento degli obblighi di legge, contrattuali e di normativa anche secondaria e comunitaria

Il/la sottoscritto/a in qualità di richiedente il ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di codesta **Fondazione Istituto Madonna della Croce, via Ospedale, 1 - 21059 Viggiù (VA)**

- Dà il consenso Non dà il consenso
 - al trattamento dei dati personali del cliente, ai sensi degli artt. 7 e 9 del Regolamento UE 2016/79
- Dà il consenso Non dà il consenso
 - al trattamento dei dati personali del cliente da parte di persone fisiche o giuridiche la cui facoltà di accedere ai dati dell' interessato sia riconosciuta da disposizioni di legge;
- Dà il consenso Non dà il consenso
 - al personale medico ed infermieristico, per le rispettive competenze, a dare informazioni sullo stato di salute del Cliente nelle forme e nei limiti consentiti dal Regolamento UE 2016/2019
 1. Al sottoscritto
 2. Alle persone del nucleo familiare
 3. Solo alle seguenti persone: _____

Dà il consenso Non dà il consenso

al trattamento dei dati personali dell' interessato da parte di persone fisiche o giuridiche che forniscano specifici servizi elaborativi o che svolgono attività strumentali, funzionali o di supporto a quelle svolte da **Fondazione Istituto Madonna della Croce, via Ospedale, 1 21059 Viggiù (VA)**

Data

Firma del richiedente

.....

.....

SCHEDA DI INSERIMENTO

RSA

CDI

MINIALLOGGI

RICHIESTA DI INVALIDITA'

Informazioni anagrafiche

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il ___/___/___

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI' NO Ente erogatore _____ Invalidità SI' NO Codice invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	_____
Medico di Assistenza Primaria	Dott./Dott.ssa _____ Tel.....
Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)	_____
Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	_____

Parte per la famiglia/caregiver

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare_____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare_____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Mobilità	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/>
Capacità di salire le scale	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Uso della sedia a rotelle	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ausili utilizzati	Nessuno <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare quali _____ Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ Il ____/____/____
Accetta la terapia	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Assume la terapia autonomamente	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Sonno - riposo	Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Aggressività	SI' <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
	A volte <input type="checkbox"/>
Tendenza alla fuga/perdersi	SI' <input type="checkbox"/>
	NO <input type="checkbox"/>
	A volte <input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	SI' <input type="checkbox"/>
	Numero cadute _____
	NO <input type="checkbox"/>
Utilizza una contenzione	SI' <input type="checkbox"/>
	Specificare _____
	NO <input type="checkbox"/>
Previsione di contatti con il paziente (es. n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

ALL'ATTO DEL RICOVERO, SI RACCOMANDA DI CONSEGNARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA DELL'OSPITE

data

firma

.....

.....



SCHEDA DI INSERIMENTO

RSA

CDI

MINIALLOGGI

RICHIESTA DI INVALIDITA'

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Informazioni anagrafiche

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____ il ___ / ___ / _____

Residente _____ via/piazza _____ n° _____

Parte per il Medico curante

Anamnesi patologica remota oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)

Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse

Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti

Dispositivi in uso	Catetere vescicale Sondino naso-gastrico PEG Catetere venoso centrale Pace-maker ICD (defibrillatore) Tracheostomia Stomie Broncoaspirazione Porth-a-cath Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno Ventilatore per insuff. respiratorie gravi
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni da decubito • Ferite chirurgiche in trattamento Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (<i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i>), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) ALLERGIE	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> Stabile	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> Moderatamente stabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> Moderatamente instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana
	<input type="checkbox"/> Instabile	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> Acuzie	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si richiede visita domiciliare: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

data

firma

.....

.....



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

Allegato C

Tutela delle persone fragili: L'amministrazione di sostegno

Con la Legge 6 del 2004 è stata introdotta una nuova forma di tutela giuridica per le persone che non sono in grado di provvedere ai propri interessi personali o patrimoniali, in modo parziale o totale, a causa di una menomazione fisica o psichica. Questa misura di protezione è affidata all'Amministratore di sostegno, che viene nominato dal Giudice Tutelare. Nell'Amministrazione di sostegno la persona viene affiancata o sostituita nel compimento di determinati atti stabiliti dal Giudice Tutelare nel decreto di nomina; il beneficiario conserva la capacità di agire per tutti gli atti non demandati all'AdS. Per cui la persona è protetta rispetto alle proprie debolezze e limitazioni, ma è valorizzata nelle proprie autonomie, piccole o grandi che siano.

Alla luce della normativa vigente i parenti non possono sottoscrivere per conto del loro familiare anziano, incapace di intendere e volere, documenti importanti come il consenso alle cure o alla contenzione. L'AdS può sottoscrivere tali atti, risultando validi a tutti gli effetti. Nel caso non sia presente un AdS deciderà il medico cosa sia meglio per l'ospite, secondo "scienza e coscienza", previa condivisione con i famigliari.

L'iter per procedere alla nomina di un amministratore di sostegno è semplice e veloce. L'istanza, deve essere presentata presso la Cancelleria di volontaria giurisdizione del Tribunale in cui la persona è residente o domiciliata. Il procedimento è gratuito, è previsto solo il pagamento di una marca da bollo di euro 27,00. Può essere nominato un familiare o una persona esterna al nucleo familiare, per esempio un Avvocato iscritto ad un apposito Albo oppure il rappresentante legale di un Ente (il Sindaco).

Il Giudice Tutelare valuterà la documentazione allegata alla domanda e fisserà un'udienza con il beneficiario e i suoi famigliari.

L'AdS dovrà riferire al Giudice Tutelare rispetto alla propria attività e alla gestione del patrimonio.

Le persone interessate possono rivolgersi per un supporto nella preparazione della pratica:

Ufficio Protezione Giuridica, presso Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, Viale Borri
- Varese

Telefono 0332 278654 – 0332 278111

Revisione aprile 2024



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

ALLEGATO D

REGOLAMENTO

In ottemperanza alle norme di sicurezza (decreto LEGGE 81/08), in tutti gli ambienti (soggiorni, corridoi, camere, servizi igienici, ecc.....) **E' VIETATO:**

- **Fumare (legge 16 gennaio 2003, n. 3)**
- **Utilizzare apparecchi elettrici, salvo autorizzazione**
- **Manomettere l'impianto elettrico, installare prolunghe o raccordi**
- **Conservare e fare uso di fornelli, scaldini e stufette**
- **Utilizzare coperte collegate all'impianto elettrico**
- **Utilizzare ferri da stiro o altri oggetti simili**
- **Utilizzare nei servizi igienici apparecchiature elettriche**
- **Conservare recipienti con liquidi o gas infiammabili o tossici**
- **Conservare liquidi di ogni genere in recipienti diversi da quelli originali**
- **Collocare arredi personali senza specifica autorizzazione**
- **Conservare in camera biancheria od effetti personali in quantità maggiore rispetto alle necessità concordate con la responsabile**
- **Conservare in camera oggetti taglienti.**

FIRMA (per presa visione)

SI PRENDE ATTO

- Che l'ammissione definitiva dell'ospite avverrà trascorso un periodo di prova di mesi TRE dalla data dell'effettivo ricovero.
- Che la condizione di non autosufficienza sarà stabilita dal Medico Responsabile dell'Istituto.
- Della facoltà da parte del Medico Responsabile di trasferire l'ospite in altra camera (E' INDIFFERENTE IL NUMERO DI POSTI LETTO DELLA STESSA) per esigenze sanitarie dell'ospite stesso e degli altri ricoverati .
- Che i parenti dell'ospite, o chi per essi, accompagneranno, quando richiesto, il loro congiunto presso ambulatori ed ospedali per esami, indagini sanitarie od eventuali ricoveri programmati o d'urgenza (vedere anche regolamento sanitario dell'Istituto).
- Che la domanda verrà annullata se non interverrà una conferma anche telefonica ogni 3 mesi.

FIRMA (per accettazione)

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

L'Istituto è autorizzato in via preventiva:

- Al trasporto dell'ospite in caso di necessità presso ambulatori ed altri presidi sanitari.
- Ad accompagnare l'ospite presso luoghi ricreativi o comunitari individuati a scopo di socializzazione ivi compreso gite turistiche.
- L' Istituto resta comunque sollevato da ogni responsabilità in ordine ad eventuali incidenti che dovessero verificarsi nella fase di trasporto.

FIRMA (per accettazione)



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani #casaserena

ALLEGATO E

CARTA DEI DIRITTI DELL'ANZIANO

La persona ha il diritto	La società e le istituzioni hanno il dovere
Di sviluppare e di conservare la propria individualità e libertà.	Di rispettare l'individualità di ogni persona anziana riconoscere i bisogni e realizzando gli interventi ad essi adeguati, con riferimento a tutti i parametri della sua qualità di vita e non in funzione esclusivamente della sua età anagrafica.
Di conservare e veder rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze, opinioni e sentimenti.	Di rispettare credenze, opinioni e sentimenti delle persone anziane, anche quando essi dovessero apparire anacronistici o in contrasto con la cultura dominante, impegnandosi a coglierne il significato nel corso della storia della popolazione.
Di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando esse dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nel suo ambiente di appartenenza.	Di rispettare le modalità di condotta della persona anziana, compatibili con le regole della convivenza sociale, evitando di "correggerle" e di "deriderle", senza per questo venire meno all'obbligo di aiuto per la sua migliore integrazione nella vita della comunità.
Di conservare la libertà di scegliere dove vivere.	Di rispettare la libera scelta della persona anziana di continuare a vivere nel proprio domicilio, garantendo il sostegno necessario, nonchè, in caso di assoluta impossibilità, le condizioni di accoglienza che permettano di conservare alcuni aspetti dell'ambiente di vita abbandonato.
Di essere accudita e curata nell'ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa.	Di accudire e curare l'anziano fin dove è possibile a domicilio, se questo è l'ambiente che meglio stimola il recupero o il mantenimento della funzione lesa, fornendo ogni prestazione sanitaria e sociale ritenuta praticabile ed opportuna. Resta comunque garantito all'anziano malato il diritto di ricovero in struttura ospedaliera o riabilitativa per tutto il periodo necessario per la cura e la riabilitazione.
Di vivere con chi desidera.	Di favorire, per quanto possibile, la convivenza della persona anziana con i familiari, sostenendo opportunamente questi ultimi e stimolando ogni possibilità di integrazione.



FONDAZIONE ISTITUTO MADONNA DELLA CROCE ONLUS
residenza casa di cura per anziani#casaserena

Di avere una vita di relazione.	Di evitare nei confronti dell'anziano ogni forma di ghettizzazione che gli impedisca di interagire liberamente con tutte le fasce di età presenti nella popolazione.
Di essere messa in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività.	Di fornire ad ogni persona di età avanzata la possibilità di conservare e realizzare le proprie attitudini personali, di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo.
Di essere salvaguardata da ogni forma di violenza fisica e/o morale.	Di contrastare, in ogni ambito della società, ogni forma di sopraffazione e prevaricazione a danno degli anziani.
Di essere messa in condizione di godere conservare la propria dignità e il proprio valore, anche in caso di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza.	Di operare perché, anche nelle situazioni più compromesse e terminali, siano supportate le capacità residue di ogni persona, realizzando un clima di accettazione, di condivisione e di solidarietà che garantisca il pieno rispetto della dignità umana.

Revisione gennaio 2024