



**ASP**

Istituzioni Assistenziali  
Riunite di Pavia

**RSA “S.CROCE”**  
V.le Matteotti, 63  
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

• ***Che cosa si deve presentare per fare domanda per il ricovero?***

Alla **DOMANDA DI ISTITUZIONALIZZAZIONE** è necessario allegare **SUBITO** la seguente documentazione:

- **CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE**
- **SCHEMA SOCIALE**
- **SCHEMA ANAGRAFICA**
- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

• ***In che giorni bisogna consegnare le domande di ricovero?***

**SI CONSEGNA PRESSO L’UFFICIO DI STATISTICA –**

**DIREZIONE GENERALE – ISTITUTO DI CURA S. MARGHERITA**

**- VIA EMILIA, 12 - PAVIA**

**NEI SEGUENTI GIORNI:**

**Lunedì – Mercoledì – Venerdì**

**dalle ore 11.00 alle ore 13.00.**

**A QUESTO PUNTO LA DOMANDA SARÀ INSERITA ALL’INTERNO DI UNA GRADUATORIA**

N.B.: Si può conoscere la propria posizione all’interno della graduatoria contattando telefonicamente l’Ufficio di Statistica.



- ***Completare la documentazione, presentando i seguenti documenti:***

- **AUTOCERTIFICAZIONE SE IN GRADO DI INTENDERE E DI VOLERE (allegato 1), ALTRIMENTI, CERTIFICATO CUMULATIVO ORIGINALE DELLO STATO DI FAMIGLIA, DI RESIDENZA E ANAGRAFICO RILASCIATO DAL COMUNE DI RESIDENZA;**
- **1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;**
- **FOTOCOPIA LIBRETTO SANITARIO ED EVENTUALE ESENZIONE TICKET;**
- **FOTOCOPIA DELL'EVENTUALE STATO DI INVALIDITÀ CIVILE;**
- **FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITÀ;**
- **FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA MAGNETICA.**

- ***Che cosa succede quando si arriva nelle prime posizioni della graduatoria?***

**L'ACCETTAZIONE NELLA RSA "S. CROCE" È SUBORDINATA ALL'ESITO DI UNA VISITA MEDICA DA PARTE DELLA COMMISSIONE MEDICA.**

1. L'Ufficio di Statistica contatterà telefonicamente i famigliari dell'interessato per farlo sottoporre ad una **visita pre-ricovero** da parte del medico responsabile



2. Successivamente, l'Ufficio di Statistica contatterà telefonicamente per informare circa il giorno e l'ora del ricovero.

***Al momento del ricovero bisogna presentare:***

- **EVENTUALE LETTERA DI DIMISSIONE, oppure FOTOCOPIA CARTELLA CLINICA (se l'utente è stato ricoverato recentemente presso altre strutture sanitarie);**
- **LETTERA DEL MEDICO CURANTE NELLA QUALE SI CERTIFICANO LE PATOLOGIE E LA TERAPIA IN ATTO;**
- **N°1 MARCA DA BOLLO DA 16,00 €;**
- **ORIGINALI DEI DOCUMENTI PRESENTATI IN PRECEDENZA.**

## ● *E per quanto riguarda la retta?*

### RETTE GIORNALIERE DI OSPITALITA'

- € 64,00 al giorno (camere a uno o a due letti)

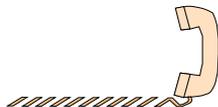
Al momento del ricovero, è necessario che un parente firmi l'impegnativa di pagamento oppure consegni l'impegnativa rilasciata dal Comune di residenza. **Si richiede inoltre il versamento anticipato del primo mese.**

Dalla retta sono esclusi eventuali spese di trasporto con autolettighe.

Eventuali dimissioni volontarie devono essere comunicate alla Direzione Medica con almeno 3 giorni di preavviso.

## ● *Come si svolgerà il ricovero?*

- ◆ L'Ufficio di Statistica vi contatterà telefonicamente per indicarvi il giorno e l'ora del ricovero.



- ◆ Il giorno fissato per il ricovero, i familiari con il congiunto che deve essere ricoverato si presenteranno presso la Direzione Medica per la consegna dei documenti.

Il nuovo Ospite sarà accolto dall'Assistente Sanitaria che lo accompagnerà presso la sua camera di degenza dove vi saranno anche le Animatrici ad aspettarlo per l'inserimento

- ◆ Nel frattempo i familiari si recheranno presso l'ufficio dell'Economato per il pagamento della retta di degenza.

➤ *Leggere attentamente i consigli per il CORREDO DEGLI OSPITI*

# CONSIGLI PER IL CORREDO DEGLI OSPITI

Gli Ospiti della RSA PERTUSATI sono liberi di portare con sé, all'interno della struttura, quale corredo personale, ciò che ritengono opportuno, compatibilmente con le esigenze organizzative ed abitative della Struttura.

E' tuttavia vivamente consigliato di portare con sé almeno 4 cambi di abbigliamento comodo diurno, da alternare secondo la stagione; articoli per la toilette personale, nonché la seguente dotazione minima di corredo:

- ◆ n° 6 MAGLIETTE INTIME DI COTONE
  - ◆ n° 6 MUTANDE SE L'OSPITE NON E' INCONTINENTE
  - ◆ n° 6 PAIA DI CALZE
  - ◆ n° 3 TUTE
  - ◆ n° 4 PIGIAMI/CAMICIE DA NOTTE
  - ◆ n° 2 VESTAGLIE
  - ◆ n° 2 FELPE E/O GOLFINI
  - ◆ n° 2 PAIA DI CALZATURE (pantofole e/o scarpe)
- 
- il corredo dovrà essere consegnato al Guardaroba dell'Istituto (orario di apertura dalle ore 08,00 alle ore 14,00).
  - Il Servizio Guardaroba provvederà ad annotare l'elenco del corredo su un blocchetto con ricevute in duplice copia (per il familiare e per il Servizio guardaroba) e quindi provvederà alla codifica di tutti i capi consegnati
  - Ogni qualvolta che i familiari desiderino fornire nuovi capi per il corredo dei loro Cari ricoverati, dovranno consegnarli esclusivamente in Guardaroba per la loro codifica,
  - Qualora si verificasse **un deterioramento di un capo, dovuto a carenze imputabili alla Ditta appaltatrice**, i familiari segnaleranno il fatto in Guardaroba, che seguirà la procedura del caso.
  - Se il deterioramento è dovuto ad usura, il Guardaroba provvederà a depennarlo dall'elenco informando contemporaneamente i familiari che, dopo averne preso visione, procederanno anch'essi a depennarlo dal loro elenco.
  - **Si invitano i familiari a non mettere in circolazione capi di biancheria non codificati, né registrati, poiché in tal caso l'Istituto non può assumersi responsabilità, né rivendicare alcuna contestazione sul deterioramento o smarrimento dei capi non codificati.**





Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia  
V.le Matteotti, 63  
27100 Pavia

## **Informativa ex art.13 D. Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati personali e sensibili**

Gentile Signore/a,

ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

I dati sensibili, di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003 (*nonché, nel caso specifico, i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute*) possono essere oggetto di trattamento, ai sensi dell'art.76, da parte di Esercenti le professioni sanitarie e organismi sanitari pubblici anche senza l'autorizzazione del Garante e solo con il consenso scritto dell'interessato,

Prestando il Suo consenso al trattamento dei dati, gli stessi sensibili da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:

- Procedure amministrative inerenti l'espletamento delle prestazioni ambulatoriali e/o sanitarie e socio assistenziali di ricovero da Lei richieste;
  - Valutazione dello stato di salute e decisioni assistenziali, riabilitative e terapeutiche da parte del personale sanitario;
  - Nell'ambito del Progetto CRS-SISS, l'eventuale utilizzo nel mio Fascicolo Sanitario Elettronico -FSE. La comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che la sta riguardando, sia l'utilizzo dei dati sanitari, tramite il mio FSE, potranno avere luogo solamente qualora Lei abbia espresso il relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS – Informativa ex art.76 D.Lgs. 196/2003" che la Regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.
1. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:
    - registrazioni manuali ed informatiche
  3. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la mancata esecuzione delle procedure di cui sopra
  2. I dati potranno saranno comunicati ai servizi competenti della locale ASL e della Regione Lombardia ai quali l'Azienda Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia è tenuta ai fini dell'assolvimento del debito informativo.
  4. Il titolare del trattamento è: il Direttore Generale dell'ASP Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia;
  5. Il responsabile del trattamento per l'RSA S. Croce è il Direttore Medico di Presidio (tel 0382 381356)

6. Il rappresentante del titolare nel territorio dello Stato è il Consiglio di Amministrazione, nella figura del suo Legale Rappresentante

7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003,

Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

L'ASP

Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia



ASP  
Istituzioni Assistenziali Riunite di Pavia  
V.le Matteotti, 63  
27100 Pavia

## Acquisizione del consenso dell'interessato per il trattamento di dati personali

Il/la sottoscritto/a, acquisendo le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003,

- dichiara di avere preso visione della informativa riportata in calce ai sensi del citato D.Lgs. 196/03
- in merito al consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa

Presta il consenso      Nega il consenso

- in merito alla comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa?

**Presta il consenso      Nega il consenso**

- in merito al trattamento dei dati personali, necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Presta il consenso      Nega il consenso

Nome ..... Cognome .....

Luogo ..... Data .....

Firma leggibile

.....



**ASP**

Istituzioni Assistenziali  
Riunite di Pavia

**RSA "S. CROCE"**  
V.le Matteotti, 63  
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

**SCHEDA ANAGRAFICA E SOCIALE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ **Paternità** \_\_\_\_\_

**Maternità** \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

data \_\_\_ \ \_\_\_ \ \_\_\_\_\_ \ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_ Cognome e nome del coniuge \_\_\_\_\_

N° Figli |\_| n° Figli viventi maschi |\_| e loro stato civile \_\_\_\_\_

n° Figli viventi femmine |\_| e loro stato civile \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Titolo di studio \_\_\_\_\_

Professione esercitata prima del pensionamento \_\_\_\_\_

Pensione/ente \_\_\_\_\_

Pensione/ente \_\_\_\_\_

Assistenza Mutualistica ASL n. \_\_\_\_\_ Esenzione ticket n. \_\_\_\_\_

Usufruisce di assegno di accompagnamento? si domanda presentata no

Usufruisce di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)? si no

Indirizzo e numero di telefono della persona a cui rivolgersi in caso di necessità: (specificare il grado di parentela): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condizione abitativa precedente al ricovero:

Località: \_\_\_\_\_

Persone conviventi : \_\_\_\_\_

Eventuali ricoveri in altri Istituti. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo della richiesta di istituzionalizzazione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ASP**

Istituzioni Assistenziali  
Riunite di Pavia

**RSA “S. CROCE”**  
V.le Matteotti, 63  
27100 PAVIA – tel. 0382 – 3811

**CERTIFICAZIONE SANITARIA PERSONALE**

(da compilarsi da parte del medico di famiglia)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ F M

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI GENERALI ATTUALI:** Buone                      Mediocri                      Gravi

***Mobilità***

**1. IL SOGGETTO SI SPOSTA DALLA SEDIA (O CARROZZINA) AL LETTO E  
VICEVERSA (INCLUSO IL SEDERSI SUL LETTO)**

Non collabora al trasferimento. Necessarie 2 persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico 1

Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento 2

Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento 3

Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza 4

Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi 5

**2. DEAMBULAZIONE (SE SI SPOSTA CON LA CARROZZINA COMPILARE  
ALLA VOCE 3)**

Non in grado di deambulare 1

Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione 2

Necessita della presenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi 3

Indipendente nella deambulazione ma con autonomia limitata (inferiore a 50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose. 4

Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione 5

### 3. USO DELLA CARROZZINA (ALTERNATIVO A DEAMBULAZIONE)

*Usare questo item solo se il paziente è stato classificato "O" nella Deambulazione e comunque solo dopo che sia stato istruito nell'uso della carrozzina.*

Dipendente negli spostamenti con la carrozzina	1
Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre	2
Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.	3
Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette	4
Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi Avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere superiore ai 50 metri	5

### 4. ALIMENTAZIONE

Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne, e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare il burro ecc.	5
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	4
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte nel thè, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare il piatto di portata o altro.	3
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	2
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.	1

### 5. IGIENE PERSONALE

Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli)	5
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessità di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni	2
Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti	1

# *Cognitività*

## **1. CONFUSIONE**

E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente distrutta	1
E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinare situazioni come dovrebbe	2
Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo	3
E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente	4

## **2. IRRITABILITA'**

Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	1
Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare	2
Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete	3
Non mostra segni di irritabilità ed è calmo	4

## **3. IRREQUIETEZZA**

Cammina avanti e indietro incessantemente, senza fermarsi, ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo	1
Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente: si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano	2
Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione: ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti	3
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità	4

## **COMPROMISSIONE DI TIPO PSICHICO**

- epilessia	SI	NO
- disturbi della coscienza	SI	NO
- deficit intellettivo	SI	NO
- disturbi comportamentali	SI	NO

## Comorbilità

	assente	lieve	moderata	grave	molto grave
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Cardiaca</b> (solo cuore)					
<b>Ipertensione</b> (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
<b>Vascolari</b> (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
<b>Respiratorie</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
<b>O.O.N.G.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
<b>Apparato G.I. Superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
<b>Apparato G.I. Inferiore</b> (intestino, ernie)					
<b>Epatiche</b> (solo fegato)					
<b>Renali</b> (solo rene)					
<b>Altre patologie Genito-Urinarie</b> (uteri, vescica, uretra, prostata, genitali)					
<b>Sistema Muscolo-Scheletrico – Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)					
<b>Sistema Nervoso Centrale e Periferico</b> (non include la demenza)					
<b>Endocrine Metaboliche</b> (include diabete, infezioni, stati tossici)					
<b>Psichiatrico – comportamentali</b> (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)					
<b>Totale</b>					

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

-----

Riservato al Direttore Medico RSA "S.CROCE":

VALUTAZIONE

M\_

C\_

S\_

IL DIRETTORE MEDICO  
(Dr. Filippo Segù)

\_\_\_\_\_

# ALLEGATO 1

## AUTOCERTIFICAZIONE

(art.2. legge 15/1968 – mod. dall'art. 3, legge 15 maggio 1997, n.127)

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... prov. ....

Il ..... residente a .....

In via ..... n° .....

Codice Fiscale

### dichiara

di essere nato/a a ..... il .....

di essere residente a ..... via ..... n° .....

di essere cittadino/a italiano/a (oppure) .....

di essere: celibe    nubile    coniugato/a con .....

di essere vedovo/a di .....

che lo stato di famiglia è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita

Data .....

Il/La dichiarante