



FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO

Corso Garibaldi, 3 - 25017 Lonato del Garda (BS) - C.F.02964900175 - P.IVA 00712050988
www.madonnadelcorlo.it - info@madonnadelcorlo.it - info.casadiriposolonato@pec.it

REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLA R.S.A. "Madonna del Corlo"
(approvato con delibera urgente n. 30 dello 21/07/2022)

Art. 1

La richiesta di accesso alla RSA ed alla RSA Aperta avviene mediante presentazione della domanda agli Uffici Amministrativi della Fondazione. La domanda è reperibile presso gli Uffici stessi o scaricabile dal sito internet www.madonnadelcorlo.it

La domanda per il servizio di Rsa avrà validità triennale e verrà annullata d'ufficio alla scadenza del triennio, previo avviso al richiedente che potrà comunque riformularla.

Art. 2

Coloro che hanno presentato domanda verranno inseriti in due graduatorie distinte: "Residenti nel Comune di Lonato del Garda" e "Non Residenti". I residenti a Lonato del Garda hanno la precedenza, salvo circostanze dovute a motivi di sanità pubblica.

Art. 3

Avrà la priorità per l'accesso colui che consegnerà il maggior punteggio nelle risposte al questionario allegato alla domanda redatto secondo livelli di urgenza improcrastinabile.

Saranno inoltre applicati i seguenti ulteriori criteri:

- a parità di punteggio discriminerà la data di presentazione antecedente;
- il punteggio sarà incrementato di 0.5 punti ogni mese di permanenza in graduatoria sino ad un massimo di 6 punti;
- il punteggio assegnato alle domande di coniuge, fratelli e sorelle di Ospiti presenti nella RSA verrà incrementato di 3 punti.
- in caso di rinuncia l'utente permarrà in graduatoria con una decurtazione di 20 punti al primo diniego e di 50 punti ai successivi.
- le dichiarazioni inerenti alla titolarità dell'Indennità d'accompagnamento per invalidità civile al 100%, devono essere accompagnate da copia della relativa certificazione.

RSA APERTA: La graduatoria tra le domande presentate sarà determinata in ragione della data di presentazione, assegnando priorità all'istanza con data antecedente.

Art. 4

L'Amministrazione, appena disponibile il posto letto, provvederà ad avvisare l'avente diritto che deve confermare l'ingresso. Il pagamento decorrerà dal giorno di accettazione, anche se l'effettivo ingresso nella struttura dovesse avvenire successivamente.

Il formale accoglimento viene disposto dall'Amministrazione, sentito il parere del Responsabile Medico della R.S.A. che accerterà la compatibilità mediante visita medica;

Per l'accesso alla misura di **Rsa Aperta** sarà adottata la seguente procedura:

Preliminarmente all'inserimento nella graduatoria l'Ufficio, entro cinque giorni dalla presentazione, dovrà verificare che la domanda abbia i requisiti di accesso alla misura e non abbia incompatibilità.

Entro dieci giorni dalla certificazione di idoneità, nel rispetto dell'ordine cronologico e dei vincoli di volume prestazionale annualmente assegnati dal Consiglio di Amministrazione in sede di Bilancio di previsione e definito nel numero di utenti dalla Direzione Amministrativa, si procederà con la valutazione multidimensionale al domicilio dell'Utente. A seguito di esito positivo della valutazione multidimensionale in 30 giorni si darà l'avvio all'erogazione della misura.

Art. 5

La graduatoria formata con i criteri di cui ai precedenti articoli sospende ogni efficacia a seguito di provvedimento espresso dal Sindaco (Ordinanza) dando accesso alla struttura all'Ospite per il quale sia stato redatto il suddetto provvedimento.

Art. 6

La struttura non è dotata di apposito nucleo per pazienti affetti dal morbo di Alzheimer: il possibile ingresso di ospiti affetti da tale patologia sarà valutato di volta in volta dal Responsabile Medico della Rsa.



FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO

Corso Garibaldi, 3 - 25017 Lonato del Garda (BS) - C.F.02964900175 - P.IVA 00712050988
www.madonnadelcorlo.it - info@madonnadelcorlo.it - info.casadiriposolonato@pec.it

DOMANDA DI INGRESSO PRESSO LA RESIDENZA SANITARIA PER ANZIANI

PER

Cognome e nome	_____
Luogo di nascita	_____ data _____
Residente in	_____ Via/P.zza _____
Tel.	_____
Codice fiscale	_____
Tessera sanitaria (cod. assistito)	_____
Carta d'identità	_____ scadenza il _____

La parte sottostante è da compilare solo nel caso in cui chi la compila non sia il diretto interessato. È necessario allegare un documento di identità.

DATI DEL GARANTE O REFERENTE PRINCIPALE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Si considera garante la persona o l'ente che, in forza di vincoli personali e/ o legali, oppure per scopo istituzionale, o per mera liberalità, anche in assenza di formale espressione di volontà di mandato o rappresentanza o delega da parte dell'ospite, garantisce e/ o assume personalmente ed irrevocabilmente tutti gli obblighi (finanziari, morali di fare o non fare) derivanti dalla stipula del contratto di accoglienza e fino alla risoluzione dello stesso.

Cognome e nome – Eventuale grado di parentela o Amministratore di Sostegno	_____
Luogo di nascita	_____
Data	_____
Residente in	_____
Via/P.zza	_____
Tel.	_____

SCELTA DELLA TIPOLOGIA DI OFFERTA:

- Stanza singola solventi € 88/giornalieri
- Stanza doppia solventi € 78/giornalieri
- Stanza doppia/tripla accreditati € 59/giornalieri

DATI SOCIALI:**Stato civile:** (barrare la casella di riferimento)

- Coniugata/o;
- Divorziata/o;
- Nubile/celibe;
- Separata/o;
- Vedova/o.

N. figli _____

Maschi _____

Femmine _____

Stato di convivenza:

- vive solo/a;
- vive con il coniuge;
- vive con i famigliari;
- convive con altra persona;
- proviene da altro istituto/ospedale (specificare quale _____)

Invalidità civile:

- Sì _____%
- No

Indennità di accompagnamento:

- Sì;
- No;
- In attesa.

Posizione nella professione al momento dell'ingresso in RSA:

- Attualmente svolge un lavoro retribuito (specificare _____);
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: casalinga;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: pensionato;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: invalido, inabile, anche se pensionato;
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: disoccupato
- Attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito: altro
- Non ha mai svolto lavoro retribuito;

Titolo di studio:

- Analfabeta;
- Licenza elementare;
- Licenza di scuola media inferiore;
- Scuola professionale;
- Diploma di scuola superiore;
- Laurea.

Situazione pensionistica:

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

Motivo del ricovero;

- vive da solo/a;
- non autosufficiente;
- rapporti famigliari difficili;
- alloggio non idoneo;
- situazione economica;
- altri motivi.



FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO

Corso Garibaldi, 3 - 25017 Lonato del Garda (BS) - C.F.02964900175 - P.IVA 00712050988
www.madonnadelcorlo.it - info@madonnadelcorlo.it - info.casadiriposolonato@pec.it

Indicare eventuale terapia in corso:

Indicare se paziente dializzato:

- Si – Indicare
frequenza: _____
- No

DATI SANITARI

Ats di appartenenza _____

Medico di base _____

Tel. _____

Esenzione ticket:

- Si N°ESENZIONE _____
- No.

La domanda avrà validità triennale e verrà annullata d'ufficio alla scadenza del triennio,
previo avviso al richiedente che potrà comunque riformularla.

Data _____

Firma del richiedente

	DATA		
	NOMINATIVO OSPITE		
<p>Si informa che il trattamento dei dati comuni e sanitari è eseguito nel rispetto del D. Lgs. 196/03 e successivi sulla Privacy al fine di elaborare le informazioni necessarie ad erogare il servizio di assistenza e cura previsto dalla Rsa. In relazione a tale trattamento possono essere esercitati tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e successivi.</p>			
1	SITUAZIONE AL DOMICILIO		
	Vive da solo	<input type="checkbox"/>	
	Vive da solo con badante	<input type="checkbox"/>	
	Vive in famiglia	<input type="checkbox"/>	
2	CAMMINO		
	Obbligato a letto/carrozzina/poltrona	<input type="checkbox"/>	
	Necessaria presenza costante di una o più persone per il cammino	<input type="checkbox"/>	
	Autonomo nel cammino	<input type="checkbox"/>	
3	USO CARROZZINA		
	Da solo	<input type="checkbox"/>	
	Con aiuto	<input type="checkbox"/>	
4	IGIENE PERSONALE		
	Dipende da tutti i punti di vista/non in grado di badare alla propria igiene	<input type="checkbox"/>	
	Necessita di aiuto	<input type="checkbox"/>	
	Totalmente autonomo	<input type="checkbox"/>	
5	ALIMENTAZIONE		
	Alimentazione artificiale (Peg, sondino naso-gastrico)	<input type="checkbox"/>	
	Va imboccato	<input type="checkbox"/>	
	Autonomo	<input type="checkbox"/>	
6	CONFUSIONE		
	Completamente confuso/non riconosce le persone	<input type="checkbox"/>	
	Incerto e dubbioso	<input type="checkbox"/>	
	Perfettamente lucido	<input type="checkbox"/>	
7	IRRITABILITA'/AGGRESSIVITA'		
	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità/E' sempre aggressivo	<input type="checkbox"/>	
	Talvolta è aggressivo	<input type="checkbox"/>	
	E' calmo	<input type="checkbox"/>	
8	IRREQUIETEZZA		
	Molto irrequieto, si muove in continuazione, non riesce a stare seduto	<input type="checkbox"/>	
	Talvolta si agita e gesticola	<input type="checkbox"/>	
	E' tranquillo	<input type="checkbox"/>	
9	E' INVALIDO AL 100% E PERCEPISCE ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO?	SI	NO
10	RELAZIONE ASSISTENTE SOCIALE	SI	NO
11	E' ATTUALMENTE RICOVERATO UN SUO FAMILIARE?		
	<input type="checkbox"/> CONIUGE <input type="checkbox"/> FRATELLO /SORELLA <input type="checkbox"/> ALTRO	SI	NO
12	È AFFETTO DA PATOLOGIE NOTE?	SI	NO
	Elencare le principali (es. malattie del cuore, diabete, ecc.):		
13	HA E SEGUITO VACCINAZIONE ANTICOVID 19 O E' STATO DICHIARATO GUARITO?	SI	NO
14	E' IN DIALISI?	SI	NO
15	E' AFFETTO DAL MORBO DI ALZHEIMER?	SI	NO
16	E' RESIDENTE /DOMICILIATO PRESSO I MINIALLOGGI E IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI SOPRAGGIUNTA NON AUTOSUFFICIENZA?	SI	NO
17	E' SEGUITO DAL NOSTRO SERVIZIO DI RSA APERTA?	SI	NO
Per consenso			



FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO

Corso Garibaldi, 3 - 25017 Lonato del Garda (BS) - C.F.02964900175 - P.IVA 00712050988
www.madonnadelcorlo.it - info@madonnadelcorlo.it - info.casadiriposolonato@pec.it

Il Richiedente Sig./Sig.ra _____ si impegna a:

- a) a sottoporre a visita medica il futuro Ospite prima dell'accoglimento nella Rsa acconsentendo che lo stesso si sottoponga ad eventuali indagini volte ad escludere la presenza di sintomi sospetti da Covid;
- b) ad accompagnare predett_ presso la Residenza Sanitaria Assistita, in caso di accettazione della presente domanda, con gli effetti personali dell'Ospite;
- c) ad autorizzare l'Ente a dimettere l'Ospite, dopo un periodo di giorni 15 (quindici), qualora insorgessero motivi che a discrezione della Direzione comportassero l'impossibilità di vivere in comunità con altri ospiti;
- d) a sollevare da ogni e qualsiasi responsabilità la Direzione e l'Amministrazione dell'Ente qualora l'Ospite si allontanasse dalla Sede senza aver avvisato la Direzione e qualora accadessero all'Ospite incidenti di qualsiasi natura, fuori dalla Casa che lo ospita;
- e) a dichiarare di essere a conoscenza che, a giudizio insindacabile della Direzione, il Paziente può essere spostato di camera a seconda delle esigenze;
- f) ad impegnarsi personalmente al pagamento mensile anticipato della retta di degenza in vigore relativa alla tipologia di ricovero per cui ha espresso la preferenza e cioè:
 - € 88 camera singola solventi
 - € 78 camera doppia solventi
 - € 59 camera doppia posto accreditato
- g) di essere a conoscenza che la retta potrà essere variata, a giudizio insindacabile, dal Consiglio di Amministrazione;
- h) di autorizzare l'esposizione del proprio nominativo all'esterno della stanza presso cui sarà alloggiato;
- i) di impegnarsi al pagamento dell'autoambulanza qualora ce ne fosse la necessità.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- 1) fotocopia tessera sanitaria;
- 2) fotocopia carta d'identità non scaduta;
- 3) fotocopia verbale di invalidità
- 4) modello Obis-M
- 5) nomina Amministratore di Sostegno (se presente)

IN FEDE – Il richiedente

Informativa all'interessato sul trattamento dei dati personali Lista d'attesa

Gentile Signora/Egregio Signore,

ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la Fondazione Madonna del Corlo Onlus in qualità di Titolare del trattamento (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare") Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei dati personali del richiedente e/o quelli riguardanti i familiari, i soggetti legalmente responsabili e/o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso. La Fondazione dovrà raccogliere e trattare dati personali comuni e particolari (vale a dire dati idonei a rivelare la vita sessuale, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere della persona) nonché dati relativi alla salute della persona.

Titolare del trattamento:

Il Titolare del Trattamento è la Fondazione Madonna del Corlo Onlus.

Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)

Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato ai seguenti recapiti email: privacy@patriziameo.it

1. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali forniti direttamente dall'interessato o altrimenti acquisiti dalla domanda d'inserimento, saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità:

- a) **di legge:** connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché impartite da autorità a ciò legittimate;
- b) **Legittimi interessi:** cioè dirette esclusivamente per l'inserimento in lista d'attesa in RSA.

2. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità, punto 1 lett. a), b) e c) connesse ad obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie nonché una corretta instaurazione, gestione connesso alla procedura di accoglienza in RSA. Si precisa che, in caso di mancato conferimento, la domanda di ammissione in R.S.A. non potrà essere accolta.

3. Conservazione dei dati personali

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Regolamento in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità cui al punto 1 per le quali i dati personali sono trattati o per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia".

4. Modalità e logica del trattamento

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati

I dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili (art. 28 del Reg. UE 2016/679) e/o in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati che agiscono sotto l'autorità del Titolare e/o del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità indicate al punto 1. Precisamente, i dati saranno comunicati a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema ecc...);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni);
- Organismi sanitari pubblici e privati, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione.



FONDAZIONE MADONNA DEL CORLO

Corso Garibaldi, 3 - 25017 Lonato del Garda (BS) - C.F.02964900175 - P.IVA 00712050988
www.madonnadelcorlo.it - info@madonnadelcorlo.it - info.casadiriposolonato@pec.it

6. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

7. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- l'opposizione al trattamento;
- la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.;

qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione (art. 77 cit.).

(23/05/2018)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

II/La sottoscritto/a _____

II/La sottoscritto/a, in qualità di: _____ del Sig./Sig.ra _____

a) Compiutamente informato ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa che precede, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

La ringraziamo per l'attenzione che ha voluto dedicarci e La preghiamo di volerci restituire, debitamente sottoscritto, il presente modulo.

Luogo e Data _____ - Firma _____