



**RICHIESTA DI AMMISSIONE
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
F.LLI BERETTA -SAN GIUSEPPE
PADENGHE SUL GARDA**

IL SOTTOSCRITTO _____
NATO A _____ IL _____
C.F. _____ RESIDENTE A _____
IN VIA _____ N _____
IN QUALITA' DI _____ N.RO DI TELEFONO _____
INDIRIZZO E MAIL _____

CHIEDE

CHE IL/LA SIG/SIG.RA _____
NATO/A A _____ IL _____
C.F. _____ RESIDENTE A _____
IN VIA _____ N _____
TESSERA SANITARIA _____ ESENZIONI _____

MEDICO DI BASE _____ TELEFONO _____

ATTUALMENTE RICOVERATO/A PRESSO:

- ☐ PROPRIO DOMICILIO
- ☐ OSPEDALE _____
- ☐ ISTITUTO DI RIABILITAZIONE _____
- ☐ RSA _____
- ☐ ALTRO _____



MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA DI AMMISSIONE

- PERDITA DELL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
- PROBLEMI SANITARI NON GESTIBILI AL DOMICILIO
- PROBLEMI SOCIO AMBIENTALI _____

A TALE SCOPO DICHIARA:

1. Di essere a conoscenza e di accettare senza eccezione o riserva, il Regolamento dell'Ente così come specificato in dettaglio nel Regolamento medesimo, nella Carta dei Servizi e nel Contratto di ingresso della RSA.
2. Di essere a conoscenza che la retta potrà essere variata, a giudizio insindacabile, dalla Cooperativa Progetto Salute.
3. In adempimento alle disposizioni in merito alla residenza anagrafica, il responsabile della comunità entro un mese dall'ingresso provvederà al trasferimento della residenza anagrafica presso la RSA ospitante.
4. Di essere stato informato in merito a quanto previsto dal Regolamento UE 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati" GDPR e DPR 445/2000.

DATA

FIRMA



DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE:

1. Scheda dati SOSIA
2. Dichiarazione cumulativa sostitutiva di certificazione
3. Informativa e consenso ai dati personali debitamente firmata
4. Informativa Tutela persona fragile – firmata per presa visione
5. Regolamento dei servizi resi in RSA - firmato per accettazione
6. Regolamento ammissione in RSA lista d'attesa - cambio regime - firmato per accettazione
7. Regolamento rette 2024 - firmato per accettazione
8. Scheda di valutazione compilata dal MMG
9. Copia carta d'identità
10. Copia della tessera sanitaria e delle eventuali esenzioni
11. Copia accompagnamento/invalidità o copia della domanda presentata

AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE DOVRANNO ESSERE CONSEGNATI IN ORIGINALE:

1. carta d'identità
2. tessera sanitaria



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"





Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza

COGNOME E NOME: _____

STATO CIVILE:

- ☐ celibe/nubile
- ☐ coniugato/a
- ☐ divorziato/a
- ☐ separato/a
- ☐ vedovo/a

N. Figli Maschi: _____

N. Figlie Femmine: _____

PROVENIENZA OSPITE:

- ☐ Abitazione
- ☐ Struttura Sanitaria

GRADO DI ISTRUZIONE:

- ☐ ANALFABETA
- ☐ ELEMENTARI
- ☐ MEDIE INFERIORI
- ☐ SCUOLA PROFESSIONALE
- ☐ DIPLOMA
- ☐ LAUREA

5
—

SITUAZIONE PENSIONISTICA:

- ☐ 0 NESSUNA
- ☐ 1 ANZIANITA'/VECCHIAIA
- ☐ 2 SOCIALE
- ☐ 3 TIPOLOGIA SPECIALE (GUERRA)
- ☐ 4 REVERSIBILITA'
- ☐ 5 INVALIDITA'
- ☐ 6 DUE O PIU' TIPOLOGIE DI PENSIONE



PROFESSIONE ALL'INGRESSO:

- ☐ LAVORO RETRIBUITO
- ☐ NON LAVORA MA HA LAVORATO
- ☐ NON HA MAI LAVORATO

SOGGETTO CON INVALIDITA'

☐ SI (indicare % inv.) _____ ☐ NO

SOGGETTO CON ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO:

☐ SI ☐ NO (domanda presentata) ☐ NO

SOGGETTO CON BUONO SOCIO SANITARIO:

☐ SI ☐ NO (in lista di attesa) ☐ NO

SOGGETTO IN CURE DOMICILIARI:

☐ SI ☐ NO

SOGGETTO CON MISURA DI TUTELA GIURIDICA

☐ SI (☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno)
☐ NO

il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.



DICHIARAZIONE CUMULATIVA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 2 legge 15/68, come modificato all'art. 3 comma 10, legge 127/97,
e succ. DPR 445/2000 art. 46-47-75-76)

Io sottoscritto/a _____

In qualità di _____

DICHIARO CHE

Il/La sig./sig.ra _____

è nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____

è residente a _____ (Prov. _____)

in via _____ n. ____

Che il sig./sig.ra è

- ☐ Celibe/nubile
- ☐ coniugato/a
- ☐ vedovo/a
- ☐ divorziato/a

che la famiglia dell'interessato è così composta

Cognome e nome	Grado di parentela	Residenza

Firma _____



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"





INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile/Egregio Ospite,

la COOPERATIVA PROGETTO SALUTE ONLUS, in qualità di **titolare del trattamento dei dati personali**, ex artt. 12, 13 14 del Reg. UE 2016/679, la informa che, nell'esercizio della propria attività, ai sensi della D.G.R. Lombardia n. 2569/2014, 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.

1. SCOPI DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMI INTERESSI PERSEGUITI

- a) attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresi servizi diagnostici, programmi terapeutici e qualsiasi altro servizio socio sanitario erogato in RSA;
- b) attività amministrative, organizzative e di gestione dei servizi forniti agli interessati;
- c) attività di certificazione, di denuncia e di referto, di prescrizione, di compilazione della documentazione clinica e dei registri;
- d) attività di recupero crediti, di verifica della esenzione dal pagamento della retta e di controllo della congruità delle prestazioni erogate;
- e) attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza socio sanitaria, 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;
- f) attività legate alla fornitura di altri beni o servizi all'utente attraverso una rete di comunicazione elettronica, per la salvaguardia della salute (es. fornitura di ausili, protesi e gestione della cronicità), anche attraverso sistemi di teleassistenza e telemedicina a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- g) attività finalizzate a promuovere e pubblicizzare l'attività dell'ente quali, a titolo esemplificativo, la pubblicazione di immagini di vita quotidiana all'interno della struttura, sul sito internet dell'ente, profili di social network o sul giornalino interno.

2. RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il responsabile della protezione dei dati è l'avvocato Anna Fadenti.

Il Responsabile dei dati può essere contattato al seguente indirizzo email:
amm.padenghe@progettosaluteonlus.it

3. 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 l'assistenza sociosanitaria tipica della RSA ovvero per svolgere le attività amministrative correlate agli scopi di tutela della salute previsti dalla normativa regionale di settore. 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.

Il trattamento dei dati può avvenire anche mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali ad esempio dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE), per il cui utilizzo sarà eventualmente richiesta una manifestazione espressa e specifica di consenso da parte dell'interessato.

4. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati di natura sanitaria saranno conservati illimitatamente, in ottemperanza alle vigenti normative nazionali. I dati di diversa natura, 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 i quali sono stati raccolti o successivamente trattati; all'esito del trattamento saranno conservati secondo quanto previsto dalle normative di riferimento.

5. NATURA DEL CONFERIMENTO

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

6. 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, rende impossibile l'accesso in RSA, per cui quest'ultima informa che in caso di diniego al trattamento non potrà erogare le prestazioni richieste dall'interessato; se ciò accade durante il ricovero, il rapporto dovrà necessariamente terminare.

7. 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:

- Medici specialistici
- Organismi sanitari pubblici e privati
- Aziende, persone giuridiche e fisiche che operano sull'ospite sia per l'assistenza (animazione, ecc...), sia per i servizi alberghieri (pulizie, lavanderia, ristorazione, trasporto...)
- ATS, Regione Lombardia
- Agenzia delle Entrate
- INPS, INAIL
- Istituti di credito
- Uffici giudiziari

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, come indicato di seguito.



8. 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.

9. PROFILAZIONE

All'ingresso in RSA 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.

10. 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 l'interruzione immediata della presa in carico da parte della RSA, 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 e la relativa normativa sono a disposizione sul sito internet istituzionale della Cooperativa Progetto Salute ONLUS.

11. INFORMATIVA MODALITA' DI UTILIZZO E TRATTAMENTO DELL'IMPIANTO DI MONITORAGGIO ANCELIA

La Cooperativa Progetto Salute Onlus, in quanto Titolare del trattamento dei dati personali, La informa che è installato l'impianto di monitoraggio ANCELIA, della Società Teiacare. Si tratta di una soluzione basata su avanzati algoritmi di intelligenza artificiale studiata per migliorare le attività assistenziali in Suo favore. Ciò avviene tramite un sensore ottico, installato sopra il letto di ogni ospite, che permette di raccogliere in modo automatico e automatizzato informazioni sulle condizioni di ogni ospite (in particolare sui movimenti dello stesso), le informazioni raccolte verranno trasmesse su un tablet aziendale agli operatori sanitari di turno in reparto e al caposala. ANCELIA rileva la posizione e la postura dell'ospite e segnala agli operatori potenziali situazioni di rischio affinché gli operatori sanitari possano intervenire per tempo e senza ritardi.

Il sistema di monitoraggio appena descritto viene adottato al fine di migliorare la qualità dell'assistenza offerta



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"



agli ospiti e di ridurre il verificarsi di eventi avversi e/o di rischio.

Si precisa che ANCELIA è un sistema di intelligenza artificiale e si distingue, pertanto, da un sistema di videosorveglianza in quanto i rilievi dei movimenti degli ospiti non vengono registrati ma elaborati e distrutti in tempo reale.

L'attività svolta tramite il sistema ANCELIA avviene nel rispetto di quanto previsto dal GDPR.

La Cooperativa Progetto Salute Onlus, in quanto Titolare del trattamento dei dati personali, ha nominato responsabile del trattamento dei dati ex. art. 28 del GDPR 2016/679 il fornitore del sistema ANCELIA, Teiacare s.r.l. P.IVA 10083660968.

Data e firma

Il titolare del trattamento

Cooperativa Progetto Salute ONLUS



CONSENSO PRIVACY

Il sottoscritto _____ in qualità di:

- ☐ Interessato
- ☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)
- ☐ Familiare: indicare il grado di parentela _____ (nel caso in cui le condizioni psicofisiche attuali del signor/della signora _____ non consentano di fornire allo stesso un' informativa diretta)

Nato a _____ il _____,

C.F. _____, residente in _____,

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 anche mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE), nonché del sistema di rilevazione informazioni tramite impianto di monitoraggio Ancelia.

- ☐ Acconsento
- ☐ Non acconsento

Per quanto concerne la rilevazione delle informazioni tramite il sistema Ancelia

- ☐ Acconsento
- ☐ Non acconsento

Data , _____

L'interessato o il rappresentante legale o il familiare



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"



Il sottoscritto _____ in qualità di:

- ☐ Interessato
- ☐ Rappresentante legale dell'interessato (☐ amministratore di sostegno, ☐ tutore, ☐ curatore)
- ☐ Familiare: indicare il grado di parentela _____ (nel caso in cui le condizioni psicofisiche attuali del signor/della signora _____ non consentano di fornire allo stesso un' informativa diretta)

Nato a _____, il _____,

C.F. _____, residente in _____,

nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

- ☐ Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, indumenti ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori
- ☐ Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, quali social e anche a scopo di aggiornamento del sito internet.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione:

14

della presenza presso la Rsa F.LLI BERETTA SAN GIUSEPPE a:

- ☐ Coloro che lo richiedono
- ☐ Indicare il nome delle persone che lo richiedono _____
- ☐ nessuno

del proprio stato di salute a:

- ☐ Coloro che lo richiedono
- ☐ Indicare il nome delle persone che lo richiedono _____
- ☐ nessuno

Data

L'interessato o il rappresentante legale o il familiare

Via Privata de Vitalis n. 44 – 25124 BRESCIA – Tel 030 2942050 – C.F. e P. IVA 02256690989
PEC: progettosalute-onlus@legalmail.it mail: progettosalute.segreteria@progettosaluteonlus.it
Numero iscrizione Albo Cooperative Mutualità Prevalente: A143271



INFORMATIVA TUTELA PERSONA FRAGILE

Nel nostro ordinamento giuridico la tutela delle situazioni di fragilità, dopo il raggiungimento della maggiore età, può essere attuata attraverso tre diverse misure di protezione giuridica:

- Interdizione: presuppone una condizione di infermità assoluta ed abituale e comporta la nomina di un Tutore, con la conseguenza che ogni atto compiuto dall'interdetto, tanto di ordinaria che di straordinaria amministrazione, va considerato annullabile. L'interdetto ha quindi un'incapacità legale assoluta.
- Inabilitazione: presuppone una condizione di infermità parziale o situazioni sociali tali da mettere a rischio gli interessi della persona e comporta la nomina di un curatore per il compimento di atti di straordinaria amministrazione. L'inabilitato ha quindi una incapacità legale relativa.
- Amministrazione di Sostegno (introdotta nel nostro ordinamento con la Legge 6/2004): presuppone una situazione di fragilità e permette di dare una risposta adeguata alle esigenze di protezione di ciascun soggetto, consentendo di dare al beneficiario una protezione giuridica mirata alla sua fragilità (es. esprimere il consenso per le cure sanitarie e per interventi sociali, firmare documenti, scegliere la collocazione abitativa, amministrare il proprio patrimonio...).

15

Di seguito si forniscono alcune informazioni sull' Amministratore di Sostegno I beneficiari

In base all'art. 404 del Codice Civile. *"la persona che per effetto di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un Amministratore di sostegno, nominato dal Giudice Tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio".* La nomina dell'Amministratore di sostegno (AdS) può essere chiesta anche nei confronti del minore che si trovi nelle condizioni previste dall'art. 404 c.c. (ad esempio con invalidità civile riconosciuta) e in tal caso la domanda andrà presentata, al Giudice Tutelare competente, qualche mese prima del compimento dei 18 anni.

Chi può presentare il ricorso per la nomina dell'Amministratore di sostegno

Il ricorso può essere presentato dai soggetti sotto elencati (artt. 406 - 417 C.C.):

- l'interessato;
 - i parenti entro il 4° grado in linea retta e collaterale, il coniuge, gli affini entro il 2° grado, e i conviventi stabili del
- Via Privata de Vitalis n. 44 – 25124 BRESCIA – Tel 030 2942050 – C.F. e P. IVA 02256690989
PEC: progettosalute-onlus@legalmail.it mail: progettosalute.segreteria@progettosaluteonlus.it
Numero iscrizione Albo Cooperative Mutualità Prevalente: A143271



beneficiario;

- il tutore o il curatore congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione e inabilitazione;
- i responsabili dei servizi socio-sanitari direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona;
- il Giudice Tutelare d'ufficio ed il Pubblico Ministero.

Nel procedimento per la nomina dell'AdS non vi è l'obbligo di farsi assistere da un legale, tranne nel caso in cui sussistano importanti conflitti familiari o nel caso in cui è necessario gestire ingenti patrimoni (per informazioni relative all' eventuale patrocinio gratuito a spese dello Stato rivolgersi all'Ordine degli Avvocati - Via San Martino della Battaglia n. 18 - tel. 030/41503).

Contenuti del ricorso

Il ricorso per l'AdS deve indicare:

- le generalità del ricorrente e del beneficiario;
- le ragioni per cui si chiede la nomina dell'AdS;
- l'eventuale nominativo della persona proposta come AdS;
- il nominativo e il domicilio - se conosciuti - del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario;
- le azioni il beneficiario è in grado di compiere da solo/con l'assistenza o con la rappresentanza esclusiva dell'AdS.

16

Al ricorso è necessario allegare la seguente documentazione:

- Stato di famiglia della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell'AdS;
 - Marca da bollo (attualmente € 27,00)
 - Certificato medico o copia di documentazione clinica/ medico legale della persona beneficiaria
 - Copia verbale di invalidità
 - Copia libretto/i di pensione, busta paga e altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria
 - Estratti conto bancari della persona beneficiaria
 - Copia dei rogiti notarili o dei contratti di locazione riguardanti le consistenze immobiliari della persona beneficiaria
 - Copia ultima dichiarazione dei redditi della persona beneficiaria
 - Fotocopia di un documento di identità del ricorrente e della persona beneficiaria e della persona individuata come Ads,
- Via Privata de Vitalis n. 44 – 25124 BRESCIA – Tel 030 2942050 – C.F. e P. IVA 02256690989
PEC: progettosalute-onlus@legalmail.it mail: progettosalute.segreteria@progettosaluteonlus.it
Numero iscrizione Albo Cooperative Mutualità Prevalente: A143271



se diversa dal ricorrente

- Dichiarazione medica dell'eventuale impossibilità della persona beneficiaria a presenziare all'udienza
- neppure in ambulanza

Procedimento (scelta – nomina- revoca)

Il Giudice Tutelare competente per territorio, cioè il magistrato del luogo dove il beneficiario ha la sua residenza o domicilio (art. 404 c.c.), ricevuto il ricorso, fissa - con decreto - il giorno e l'ora dell'udienza in cui devono comparire davanti a lui il ricorrente, il beneficiario, la persona proposta come AdS (se diversa dal ricorrente); possono partecipare anche le persone indicate nel ricorso dalle quali ritenga utile acquisire informazioni.

Con decreto motivato, immediatamente esecutivo, il Giudice Tutelare provvede alla nomina dell'AdS (nei casi urgenti è possibile anche la nomina di un AdS provvisorio); tale nomina su richiesta motivata delle persone previste dalla legge, può, con decreto motivato anche essere revocata.

Nel decreto di nomina, che riporta le generalità della persona beneficiaria e dell'AdS, viene definito quanto segue:

- la durata dell'incarico (a tempo determinato o indeterminato ma comunque non oltre i dieci anni, a meno che sia coniuge, convivente, ascendente o discendente del beneficiario);
- gli atti che l'AdS ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;
- gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'AdS
- limiti anche periodici delle spese che l'AdS può sostenere con l'utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha può avere disponibilità;
- a periodicità con cui l'AdS deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

Compiti e doveri dell'AdS

L'AdS ha il dovere di agire nell'interesse della persona che rappresenta, amministrandone diligentemente il patrimonio ed assumendo le opportune decisioni relative alla cura ed all'assistenza in collaborazione, ove possibile, con i servizi di cura e supporto.

Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni, delle aspirazioni e delle volontà espressi dalla persona beneficiaria.

Dovrà annualmente fornire una relazione al Giudice tutelare circa le attività svolte ed il patrimonio amministrato e dovrà chiedere

Via Privata de Vitalis n. 44 – 25124 BRESCIA – Tel 030 2942050 – C.F. e P. IVA 02256690989
PEC: progettosalute-onlus@legalmail.it mail: progettosalute.segreteria@progettosaluteonlus.it
Numero iscrizione Albo Cooperative Mutualità Prevalente: A143271



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"



autorizzazione al giudice ogni qual volta debba compiere un atto straordinario.

Per informazioni è possibile contattare:

- L'Ufficio Protezione Giuridica dell'ATS Brescia "Struttura per la Tutela"
- tel. 030/383-8075/-9035
- e-mail: strutturatutela@ats-brescia.it
- Sito: www.ats-brescia.it nel MENU della pagina dedicata ai CITTADINI sezione Ufficio Protezione Giuridica (dove sono reperibili anche il modello di ricorso e la Guida operativa)
- Gli operatori delle A.S.S.T. che hanno in carico la persona
- Il Servizio Sociale del Comune
- La rete degli sportelli di protezione giuridica i cui recapiti sono pubblicati sul sito dell'ATS di Brescia sezione Ufficio Protezione Giuridica

Data _____

Firma _____

18
—



REGOLAMENTO DEI SERVIZI RESI IN RSA

La COOPERATIVA ritiene che una corretta assistenza all'Ospite in RSA debba contemplare un ambiente il più possibile familiare, scopo ottenibile solo con la regolare presenza e collaborazione dei parenti e l'organizzare del lavoro secondo regole precise e condivise da tutti, dettate dalla normativa vigente e dalle conoscenze scientifiche in campo geriatrico.

Ne consegue che la presenza dei parenti, pur insostituibile, non deve interferire con l'attività assistenziale né ostacolarla ma integrarsi e combinarsi con essa.

Scopo di questo regolamento è fornire a personale, familiari, parenti e volontari informazioni utili a migliorare la qualità dell'assistenza.

1) Posto letto. L'assegnazione del posto letto all'ingresso in struttura è deciso dalla COOPERATIVA tenendo conto della persona, delle sue necessità terapeutiche e assistenziali. La COOPERATIVA ha facoltà di effettuare, dopo aver avvisato l'Ospite e i parenti, RSA cambi di stanza ed abbinamenti con altri Ospiti, qualora si modificassero le condizioni d'inserimento anche per ragioni di organizzazione del lavoro e di servizio della RSA a fronte di nuovi inserimenti o dimissioni di Ospiti.

2) Terapie e farmaci. La gestione della terapia e dei farmaci è di stretta competenza medica ed infermieristica, è perciò vietato introdurre o somministrare farmaci extra agli Ospiti. Tutti i farmaci, lassativi pomate ecc. vanno consegnati al personale sanitario.

3) Vitto. L'orario dei pasti è alle 12 per il pranzo e alle 18 per la cena. Il menù settimanale, visionato ed approvato dal Comparto Sanitario, è esposto in sala da pranzo ed è a disposizione degli Ospiti.

La RSA somministra, ai propri Ospiti, 5 pasti (colazione, idratazione del mattino, pranzo, merenda del pomeriggio, cena). Il menù prevede il piatto del giorno e una seconda scelta;

Per questioni igieniche sanitarie è stata riservata all'interno della sala da pranzo una saletta predisposta per l'accogliimento dei familiari che volessero provvedere direttamente all'imbocco del pasto del loro caro.

Per garantire il più possibile un ambiente sereno, tranquillo e piacevole si ritiene preferibile evitare la presenza di troppe persone durante i pasti, pertanto è gradita la presenza di un solo familiare per Ospite. E' data la possibilità ai familiari pranzare o cenare presso con struttura con il loro cari ogni giorno della settimana previo richiesta presso l'amministrazione della RSA.

E' fatto divieto ai parenti di introdurre in struttura cibo che non sia confezionato che non riporti data di scadenza e ingredienti. Gli alimenti vanno consegnati al personale che provvederà alla somministrazione.

Caramelle o altri alimenti non deperibili potranno essere consegnati direttamente all'Ospite se:



- lo stato cognitivo e funzionale lo permette
- non sussiste rischio ab ingestis
- l'Ospite non presenta patologie che richiedano restrizioni dietetiche particolari

4) Vestiario dell'Ospite. Durante il primo colloquio per l'ingresso viene consegnato ai parenti l'elenco della biancheria che verrà contrassegnata a cura della RSA. Periodicamente i familiari sono pregati di effettuare un controllo degli armadi per eventuali ripristini di biancheria necessari.

Si richiede per gli Ospiti un tipo di abbigliamento comodo e adatto. Il lavaggio degli indumenti intimi e del vestiario è a carico della COOPERATIVA si chiede per questo che i capi di biancheria non siano delicati o troppo costosi. Eventualmente il parente può provvedere direttamente al lavaggio di questi ultimi. Si consigliano calzari sicuri e pantofole chiuse. Il personale della lavanderia provvederà ad effettuare il cambio degli indumenti personali (estivi e invernali).

La COOPERATIVA mette a disposizione di ogni Ospite tutta la biancheria piana del letto e gli asciugamani.

5) Deposito effetti personali. Si consiglia di non tenere oggetti di valore o denaro contante in camera. La COOPERATIVA mette a disposizione degli Ospiti una cassetta di sicurezza per la custodia di somme di denaro, da prelevare periodicamente, o di altri valori.

6) Persone di supporto/volontari. La RSA garantisce, grazie al proprio personale, tutte le prestazioni di assistenza diretta nella vita quotidiana; i familiari possono comunque affiancare agli Ospiti persone di supporto a pagamento (le cosiddette badanti) o ad altro titolo (volontari), per alcune esigenze particolari (accompagnamento, compagnia, attività del tempo libero), queste figure devono essere autorizzate dalla COOPERATIVA.

Il Responsabile Sanitario si riserva di segnalare agli Ospiti ed ai loro familiari eventuali difficoltà nel rapporto tra la badante e l'équipe di lavoro, così da concordare adeguate soluzioni.

7) Orari di Visita. Ai familiari è consentita la visita ai propri parenti ospitati in struttura nelle ore diurne dalle 8.00 alle 20.00

Al di fuori dell'orario sopra indicato è possibile effettuare visite agli Ospiti previo accordo con la Direzione Sanitaria. Vanno, comunque, rispettate le esigenze di riposo e di privacy degli Ospiti, tenendo conto dei problemi connessi all'organizzazione delle attività di assistenza e di igiene degli ambienti, per questo motivo la COOPERATIVA consiglia l'ingresso dalle ore 9.30 alle ore 11.30 e dalle ore 14.30 alle 17.30

8) Uscite. Gli Ospiti possono uscire dalla struttura previa comunicazione alla RSA e con autorizzazione del comparto medico. Per gli Ospiti su posto letto accreditato verrà richiesta la firma sul modulo di uscita. L'Ente declina ogni responsabilità di ordine sia civile che penale, nei confronti degli Ospiti e dei terzi durante le loro uscite, tranne che l'uscita sia organizzata dalla COOPERATIVA con l'assistenza di personale incaricato.

9) Divieto di fumo. Nella Residenza è vietato fumare sia nei reparti di degenza sia negli spazi aperti al pubblico.



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"



10) Dimissioni. All'atto della dimissione o del trasferimento presso altra struttura per gli Ospiti il Comparto Sanitario della COOPERATIVA, rilascia una "Scheda di trasferimento/dimissione" in cui si relaziona il periodo di ricovero presso la struttura, la terapia e le attività di vita e i bisogni. Viene rilasciata all'Ospite la documentazione personale consegnata all'ingresso in struttura e viene fotocopiata la documentazione acquisita durante il periodo di degenza. Si rilascia inoltre il promemoria di eventuali visite programmate

La COOPERATIVA si riserva la facoltà, in caso in cui l'Ospite abbia in struttura un comportamento incompatibile creando problemi legati all'organizzazione delle attività di assistenza e con l'armonia e la serenità degli altri Ospiti, di adottare tutti i provvedimenti necessari tesi a riportare alla normalità la situazione, non escluse le dimissioni dell'Ospite stesso.

11) Segnalazioni e lamentele. Eventuali osservazioni o lamentele possono essere presentate dagli Ospiti o dai loro parenti presso la segreteria della COOPERATIVA utilizzando l'apposita "Scheda reclamo" messa a disposizione in struttura, che può essere consegnata in busta chiusa in amministrazione o imbucata nell'apposita cassetta predisposta vicino alla bacheca nell'ingresso.

La Direzione della COOPERATIVA s'impegna a rispondere in merito alle segnalazioni per iscritto nel tempo massimo di 15 giorni

12) Decesso dell'Ospite. In caso di decesso dell'Ospite presso la struttura, la salma viene composta nella locale camera mortuaria e viene messa a disposizione dei parenti per le esequie senza nessun costo aggiuntivo.

13) Accettazione. Copia del presente regolamento viene preventivamente fatta sottoscrivere dall'Ospite o dai richiedenti l'ammissione al momento della presentazione della domanda, quale presa d'atto ed accettazione senza riserve delle norme ivi contenute.

Data _____

Firma _____



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"





REGOLAMENTO AMMISSIONE IN RSA

LISTA D'ATTESA - CAMBIO REGIME

Art. 1 - Oggetto Il presente regolamento è stato approvato con verbale del Consiglio di Amministrazione e disciplina l'accesso ai servizi di assistenza residenziale erogati dalla COOPERATIVA PROGETTO SALUTE ONLUS.

Art. 2 - Possono presentare la domanda d'ingresso solo gli anziani che abbiano compiuto i 65 anni di età con compromissione dell'autosufficienza.

Art. 3 - Requisiti di ammissione in RSA è subordinata alla positiva valutazione del Medico di Struttura in base alle condizioni cliniche dell'Ospite ed alla conseguente idoneità della struttura a prestare adeguata assistenza all'Ospite.

Art. 4 - Inserimento in lista di attesa L'ammissione degli Ospiti nella RSA avviene tramite domanda da presentare su apposito modulo, disponibile presso la segreteria amministrativa della COOPERATIVA O SU SITO INTERNET.

La domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, viene protocollata in data di presentazione ed inserita in lista di attesa. La domanda ha validità un anno, trascorso il quale decade automaticamente, salvo rinnovo da parte dell'interessato (in caso di rinnovo, deve essere trasmessa alla COOPERATIVA la documentazione clinica aggiornata). E' data facoltà al presentatore della domanda di rinunciare all'inserimento in RSA fino ad un massimo di due volte, senza che la rinuncia comporti il decadere della domanda.

Art. 5 - Criteri di inserimento nella lista d'attesa secondo l'ordine di priorità di seguito indicato:

Ospite o parente di primo grado residente nel Comune di Padenghe &/G. o Polpenazze d/G.;

Ospite residente in uno dei Comuni della Valtenesi;

Ospite residente in altro Comune della Provincia di Brescia;

Ospite residente in altro Comune della Regione Lombardia;

Ospite residente in altra Regione.

Agli Ospiti residenti a Padenghe sul Garda o a Polpenazze del Garda ed agli Ospiti non residenti, che hanno parente di primo grado residente nei comuni di Padenghe. o Polpenazze d/G., verrà applicata la retta da residenti. Il Consiglio di Amministrazione si riserva la facoltà di derogare ai criteri sopra richiamati nel caso di situazioni di particolare gravità.

Art. 6 - All'atto dell'ammissione in RSA, il presentatore della domanda deve sottoscrivere il "Contratto di Ammissione" nel quale sono formalizzati gli obblighi che lo stesso si assume nei confronti della COOPERATIVA.

Art. 7 - **Ogni Ospite che viene dichiarato idoneo all'accesso in struttura effettuerà l'ingresso su posto letto solvente non**



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"



convenzionato con l'ATS di Brescia. A seguito dell'ingresso in struttura viene effettuata una valutazione medica ed assistenziale che attribuirà una Classe Sospita che varia dalla 1 alla 8 in base alla gravità della patologia presente e dei bisogni assistenziali.

Art. 8 - Ogni qual volta si libera un posto accreditato, convenzionato con l'ATS di Brescia, la COOPERATIVA provvede, in accordo con la famiglia, ad effettuare la valutazione per il cambio di regime con i seguenti criteri:

- Classe sospita:
 - effettueranno il passaggio gli Ospiti su posto solvente che alla data della dimissione dell'Ospite accreditato sono già in Classe Sospita 1;
 - in caso non siano presenti Ospiti in Classe Sospita 1 si provvederà alla valutazione degli Ospiti presenti in Classe Sospita 2 e via scorrendo;
- Attribuzione Classe sospita:
 - in caso siano presenti più Ospiti nella stessa classe si effettuerà il passaggio di regime dell'Ospite presente in struttura da più tempo

Art. 9 - Periodo di prova La COOPERATIVA si riserva di provvedere alle dimissioni dell'Ospite, dopo un periodo di degenza di giorni trenta, qualora insorgessero motivi, che a discrezione della COOPERATIVA, comportassero l'impossibilità di vivere in comunità con gli altri Ospiti.

Accettazione. Copia del presente regolamento viene preventivamente fatta sottoscrivere dall'Ospite o dai richiedenti l'ammissione al momento della presentazione della domanda, quale presa d'atto ed accettazione senza riserve delle norme ivi contenute.

Data _____

Firma _____



REGOLAMENTO RETTE 2026

Le rette in vigore sono le seguenti:

30 POSTI SOLVENTI <u>NON CONVENZIONATI</u> CON LA REGIONE LOMBARDIA	30 POSTI ACCREDITATI <u>CONVENZIONATI</u> CON LA REGIONE LOMBARDIA
IMPORTI RETTE: residenti € 2.300,00 non residenti € 2.380,00	IMPORTI RETTE: residenti € 2.100,00 non residenti € 2.150,00
MANTENIMENTO DEL MEDICO DI BASE FARMACI E PRESIDII: <u>NON COMPRESI NELLA RETTA</u>	MEDICO DI STRUTTURA FARMACI E PRESIDII: <u>COMPRESI NELLA RETTA</u>



L'ingresso in struttura avviene sempre effettuato su posto letto solvente tranne che la Cooperativa autorizzi, in caso di situazioni di particolare gravità, l'inserimento diretto sul posto letto a contratto.

La retta viene applicata a decorrere dalla data di inserimento dell'Ospite sulla base degli effettivi giorni di degenza.

La retta di ricovero deve essere versata alla COOPERATIVA in forma anticipata entro i primi 10 giorni del mese di riferimento. In caso di ritardato pagamento di oltre 30 giorni, verrà addebitato l'interesse semplice nella misura consentita dalla legge come stabilito dal contratto d'ingresso

L'assunzione dell'obbligo al pagamento delle rette per gli assistiti direttamente dal Comune o altri Enti, deve risultare da apposita impegnativa scritta dell'Amministrazione in questione.

Art. 3 – Cambi classe su posto solvente. Ogni nuovo Ospite effettua l'ingresso su posto letto solvente non convenzionato con l'ATS di Brescia. A seguito dell'ingresso viene effettuata una valutazione medica ed assistenziale che attribuirà una Classe Sosia che varia dalla 1 alla 8 in base alla gravità delle patologia presente e dei bisogni assistenziali. La rivalutazione della Classe Sosia viene fatta dopo un mese dall'ingresso ed in seguito semestralmente o in caso di variazione delle condizioni di salute dell'Ospite.

Art. 4 - Nella retta **sono compresi** i seguenti servizi: assistenza medica, assistenza infermieristica, assistenza sanitaria-assistenziale, fisioterapia, animazione, servizio ristorazione, lavanderia, parrucchiera e pedicure una volta al mese.

Art. 5 - Nella retta **sono esclusi** i seguenti servizi: Visite specialistiche presso presidi ospedalieri o ambulatoriali richieste dall'Ospite e/o dall'obbligato non avvalendosi del SSN sono a carico del richiedente; Servizio di trasporto in ambulanza, il servizio di trasporto in caso di visite o in caso di dimissione ospedaliera è a carico dell'Ospite



Art. 6 - Cauzione

Contestualmente al versamento della prima mensilità, gli Ospiti devono versare l'importo pari ad € 2.000,00 a titolo di cauzione infruttifera. Sono dispensati dal versamento della cauzione gli Ospiti la cui retta è totalmente a carico del comune di residenza.

Art.7 - Dimissioni

In caso di dimissioni vengono restituite (laddove versate) la cauzione e la quota retta relativa ai giorni di degenza pagati, ma non usufruiti (intendendo per tali i giorni del mese successivi al giorno delle dimissioni)

La COOPERATIVA si impegna ad effettuare la restituzione entro 30 giorni fine mese dal ricevimento del modulo richiesta restituzione.

La quota retta relativa ai giorni di degenza del mese in cui avvengono le dimissioni viene calcolata moltiplicando la retta giornaliera per il numero di giorni del mese sino al giorno delle dimissioni compreso. Le dimissioni non derivanti da decesso devono essere comunicate all'ufficio amministrativa mediante raccomandata a/r o consegnata a mano con un preavviso di giorni 20.

27

In caso di mancato preavviso e/o di dimissione prima dei termini di preavviso, verrà applicata una retta giornaliera per un numero di giorni tale da concorrere al raggiungimento dei termini di preavviso.

Accettazione. Copia del presente regolamento viene preventivamente fatta sottoscrivere dall'Ospite o dai richiedenti l'ammissione al momento della presentazione della domanda, quale presa d'atto ed accettazione senza riserve delle norme ivi contenute.

Data _____

Firma _____



COOPERATIVA
"PROGETTO SALUTE"



PROGETTO SALUTE ONLUS – SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - Via Privata de Vitalis n. 44 – 25124 BRESCIA Tel.
030/2942050

Email : amm.padenghe@progettosaluteonlus.it progettosalute.segreteria@progettosaluteonlus.it

PEC progettosalute-onlus@legalmail.it



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

SEZIONE PATOLOGIE IN ATTO DEL SIG./SIG.RA _____	ASSENTE	LIEVE	MODERATA	GRAVE	MOLTO GRAVE
CARDIACA (solo cuore) Diagnosi	1	2	3	4	5
VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
APPARATO G.I. SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
APPARATO G.I. INFERIORE (intestino, ernie) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
EPATICHE (solo fegato) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
RENALI (solo rene) Diagnosi.....	1	2	3	4	5



ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
SISTEMA MUSCOLO- SCHELETRICO-CUTE (muscoli, scheletro, legamenti) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO(non include la demenza)Diagnosi.....	1	2	3	4	5
ENDOCRINE – METABOLICHE (include diabete, infezioni, stati tossici) Diagnosi.....	1	2	3	4	5
PSICHIATRICO – COMPORTAMENTALI (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) Diagnosi	1	2	3	4	5



MOBILITA'

DEAMBULAZIONE

1. Dipendente rispetto alla locomozione
2. Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3. Necessario l'aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
4. Paziente autonomo nella deambulazione ma necessità di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia. Non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
5. Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE (DA COMPILARE SOLO SE SI E' DATA LA RISPOSTA

31

N. 1 AL PUNTO B – DEAMBULAZIONE)

1. Il paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2. Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3. Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, letto, ecc
4. Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambiti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
5. Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo, ecc... e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri



IGIENE PERSONALE

1. Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente da tutti i punti di vista
2. E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
3. E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4. E' in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo le operazioni da eseguire
5. Totale indipendenza

ALIMENTAZIONE

1. Totale dipendente, va imboccato
2. Riesce a manipolare qualche posata, ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
3. Riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L'assistenza è limitata ai gesti più complicati
4. Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni.... La presenza di un'altra persona non è indispensabile
5. Totale indipendenza nel mangiare



COGNITIVITA'/COMPORTAMENTO

CONFUSIONE

1. Paziente completamente confuso, comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2. È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3. Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4. È perfettamente lucido

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

33

IRREQUIETEZZA

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



- **AIDS:** NO ☐ SI ☐

- **MALATTIA PROGRESSIVA S.N.C.:** NO ☐ SI ☐

- **ACCIDENTI CEREBRALI:** NO ☐ SI ☐ PREGRESSI ☐ ANNO

- **ESITI:** AFASIA ☐ DISFASIA ☐ EMI ☐

- **TRAUMA/INTERVENTO CHIRURGICO:**
NO ☐ FRATTURA FEMORE ☐ ALTRE FRATTURE ☐

- **DIPENDENZA** NO ☐ ALCOOL ☐ STUPEFACENTI ☐ ALTRO

- **NEOPLASIA MALIGNA:** NO ☐ SI ☐



INDICARE:

- **LESIONI DA DECUBITO** SI ☐ NO ☐
- **CATETERE URINARIO** SI ☐ NO ☐
- **CADUTE NEL TRIMESTRE** SI ☐ NO ☐ NR. ____
- **CONTENZIONE PERMANENTE** SI ☐ NO ☐ SOLO SPONDINE ☐
- **AUSILI PER IL MOVIMENTO**
☐ *Negativo* ☐ *bastone/gruccia* ☐ *arto artificiale* ☐ *carrozzina*
- **GESTIONE INCONTINENZA**
☐ *negativo* ☐ *catetere vescicale* ☐ *ano artificiale* ☐ *presidi ass.*
- **GESTIONE DIABETE**
☐ *negativo* ☐ *solo dieta* ☐ *antidiabetici orali* ☐ *insulina*
- **ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE**
☐ *negativo* ☐ *sondino* ☐ *PEG* ☐ *patent. Totale*
- **INSUFFICIENZA RESPIRATORI**
☐ *negativo* ☐ *O2 x 6 ore* ☐ *O2 assente* ☐ *vent. assistita*
- **INSUFFICIENZA RENALE**
☐ *negativo* ☐ *dialisi peritoneale* ☐ *dialisi extracorporea*

35

TERAPIE IN CORSO



GIUDIZIO SINTETICO

Autosufficiente ▮	Non Autosuf. Parziale ▮	Non Autosuf. Totale ▮	Evolutività clinica rapida ▮
----------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------------

Data ____/____/____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Firma e Timbro

36



COOPERATIVA "PROGETTO SALUTE"



PROGETTO SALUTE ONLUS – SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE - Via Privata de Vitalis n. 44 – 25124 BRESCIA Tel.
030/2942050

Email : amm.padenghe@progettosaluteonlus.it progettosalute.segreteria@progettosaluteonlus.it

PEC progettosalute-onlus@legalmail.it