

## Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" Onlus

*Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura*

◆ Via Vismara, 10	26020 San Bassano (CR)	Sede Principale
◆ Via Porta Soccorso, 25	26026 Pizzighettone (CR)	Sede Distaccata
◆ Tel. 0374/373165	Fax 0374/381119	<a href="mailto:urp@istitutovismara.it">urp@istitutovismara.it</a>

## RSA- Residenza Sanitaria Assistenziale

### PRESENTAZIONE

La Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" Onlus, Ente fondato nel 1884, vanta un'esperienza ultracentenaria nell'assistenza agli anziani.

Accoglie 363 ospiti nelle due sedi:

<b>San Bassano</b>	<b>216 p.l. in RSA</b>	<b>Retta Cremonesi</b>	<b>€ 65,50</b>
		<b>Retta Fuori Provincia</b>	<b>€ 68,00</b>
	<b>31 p.l. nel Nucleo Alzheimer</b>	Retta giornaliera	<b>€ 68,00</b>
	<b>20 p.l. SOLVENTI</b>	Retta giornaliera	<b>€ 84,00</b>
<b>Pizzighettone</b>	<b>96 p.l. in RSA</b>	<b>Retta Cremonesi</b>	<b>€ 65,50</b>
		<b>Retta Fuori Provincia</b>	<b>€ 68,00</b>

Nel computo delle giornate di presenza viene sempre addebitata per intero la retta riferita al giorno d'ingresso mentre il giorno di dimissione non sarà conteggiato.

Per le assenze temporanee dalla Fondazione, la retta verrà addebitata per intero per tutti i giorni di assenza.

La Struttura si articola in una serie di reparti divisi per tipologia di utenza. Ogni reparto dispone di zone di degenza con stanze attrezzate, ampi soggiorni, sale da pranzo, studio medico e di una qualificata equipe medico-infermieristica assistenziale che opera con le più moderne metodologie, proprie della cura e assistenza geriatria e del disabile psichico.

L'assistenza medica, assicurata anche nelle ore notturne da medici interni, si avvale anche della consulenza di specialisti (dermatologo, oculista, cardiologo, dentista, psichiatra, fisiatra, neurologo, psicologo) che operano negli ambulatori presenti all'interno della struttura.

Il servizio di terapia riabilitativa dispone di una palestra dotata di servizi di medicina fisica. La diagnostica si avvale di un avanzato e completo laboratorio di analisi chimico-clinica, radiologia, ecografia, elettroencefalografia dinamica.

L'Istituto si avvale anche di un servizio di farmacia interna.

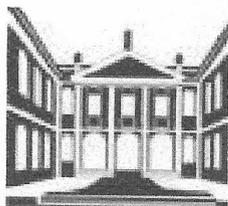
### Nella retta sono forniti i seguenti servizi:

- ALBERGHIERO (pasti - bevande e servizio di lavanderia)
- ASSISTENZIALE (presenza costante di personale medico e paramedico)
- LABORATORIO ANALISI e RADIOLOGIA INTERNI
- SERVIZIO DI RIABILITAZIONE
- ANIMAZIONE
- CONSULENZE SPECIALISTICHE INTERNE
- SERVIZIO BARBIERE/PARRUCCHIERA
- ASSISTENZA SPIRITUALE (con possibilità di accesso alla cappella e relative funzioni)
- PSICOMOTRICITA' e MUSICOTERAPIA (limitatamente al Nucleo Alzheimer)
- GITE ORGANIZZATE, ESCURSIONI e SOGGIORNI IN LOCALITA' TURISTICHE.

### Servizi non compresi:

- Trasferimenti in ambulanza A e DA presidi sanitari di cura o accertamenti non effettuabili all'interno dell'Istituto;
- Assistenza al familiare durante il ricovero in altra struttura;
- Fornitura e mantenimento capi d'abbigliamento e relativo cambio stagionale;
- Forniture protesiche (protesi dentarie, ausili per l'autonomia-deambulatori, girelli, tripod, bastoni, etc.)

⇒ PER INFORMAZIONI rivolgersi LUN- VEN ore 8.30-12.30: **UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**  
TEL. 0374/373165 - FAX 0374/381119 - Email: [urp@istitutovismara.it](mailto:urp@istitutovismara.it)



## Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" Onlus

*Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura*

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ◆ Via Vismara, 10        | 26020 San Bassano (CR)   | Sede Principale  |
| ◆ Via Porta Soccorso, 25 | 26026 Pizzighettone (CR) | Sede Distaccata  |
| ◆ Tel. 0374/373165       | Fax 0374/381119          | <a href="mailto:urp@istitutovismara.it">urp@istitutovismara.it</a> |

### DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

del/della sig./sig.ra

nato/a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

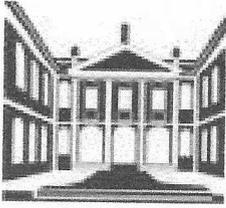
il ricovero del/della medesimo/a presso codesta Struttura socio-sanitaria per anziani.

Prende conoscenza altresì che la presente domanda avrà validità di un anno a partire dalla data di accettazione della presente, dopo di che, se ancora interessato/a provvederà ad inoltrarne un'altra aggiornata, pena l'archiviazione definitiva.

Dichiara inoltre di essere disposto/a a presentarsi presso l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico qualche giorno prima dell'ingresso in struttura per il ritiro dell'ulteriore documentazione amministrativa e per la presa visione della sistemazione assegnata al familiare.

Il richiedente si impegna fin d'ora a farsi carico delle seguenti obbligazioni:

- pagamento della retta di ricovero vigente nel tempo secondo l'importo ed alle condizioni organizzativo-gestionali determinate annualmente da parte del Consiglio Amministrativo di codesta Istituzione Assistenziale;
- versamento del deposito cauzionale infruttifero di € 1.690,00 (milleseicentonovanta/00);
- fornitura del vestiario della persona per la quale è stato richiesto il ricovero;
- Rimborso delle spese per eventuali trasporti in ambulanza della persona ricoverata a/da presidi sanitari per cure e/o accertamenti diagnostico-specialistici.



## Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" Onlus

*Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura*

- ◆ Via Vismara, 10                      26020 San Bassano (CR)                      Sede Principale
- ◆ Via Porta Soccorso, 25              26026 Pizzighettone (CR)                      Sede Distaccata
- ◆ Tel. 0374/373165                      Fax 0374/381119                      [urp@istitutovismara.it](mailto:urp@istitutovismara.it)

Dichiara di essere a conoscenza che anche successivamente all'avvenuto ricovero della persona interessata, l'Ente ha la facoltà di dimettere la stessa qualora la prestazione in regime residenziale non risulti idonea alle specifiche necessità assistenziali dell'ospite. È riconosciuta facoltà alla Direzione Sanitaria ed ai medici di disporre la sostituzione del letto, stanza o reparto della persona ricoverata operando poi l'amministrazione l'eventuale variazione di retta qualora tale provvedimento si renda necessario per i bisogni sanitario-assistenziali del paziente.

Altri recapiti telefonici dei familiari:

COGNOME e NOME	GRADO DI PARENTELA	N° TEL.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

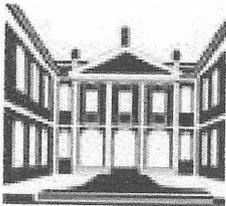
Il richiedente inoltre si impegna a corrispondere la retta piena determinata con deliberazione dal Consiglio di Amministrazione qualora non venisse erogato dall'A.S.L. competente per territorio il contributo regionale ad personam.

In fede \_\_\_\_\_

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla Legge 675 del 31.12.1996 e successive modificazioni ed integrazioni   1   sottoscritt \_\_\_\_\_  
acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo familiare.

In fede \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



## **Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" Onlus**

*Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura*

- ◆ Via Vismara, 10                      26020 San Bassano (CR)                      Sede Principale
- ◆ Via Porta Soccorso, 25              26026 Pizzighettone (CR)                      Sede Distaccata
- ◆ Tel. 0374/373165                      Fax 0374/381119                      [urp@istitutovismara.it](mailto:urp@istitutovismara.it)

### **CERTIFICAZIONE AMMINISTRATIVA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

1. Estratto dell'atto di nascita in carta libera o Autocertificazione di Non Tutela;
2. Fotocopia carta d'identità non scaduta;
3. Fotocopia Tessera Sanitaria;
4. Fotocopia Esenzione Ticket;
5. Certificato o copia della domanda di riconoscimento Invalidità Civile e/o indennità di accompagnamento;
6. Fotocopia patente di guida;
7. Eventuale documentazione sanitaria precedente;
8. Copia Green Pass o Certificazione vaccinale;
9. Copia di eventuale Atto di nomina di Tutore/ Curatore/ Amministratore di sostegno;
10. Copia di eventuale Procura generale o speciale.

**U. R. P.**

**Ufficio Relazioni con il Pubblico**

**(Rag. Boffini Gianfranco)**

## ALLEGATO 1

### RELAZIONE SANITARIA PER L'INGRESSO IN RSA

A CURA DEL  MEDICO MEDICINA GENERALE  MEDICO STRUTTURA OSPITANTE

SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

ESENZIONI \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

PATOLOGIE \_\_\_\_\_

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

#### TERAPIA FARMACOLOGICA

FARMACO	DOSAGGIO	POSOLOGIA

ALLERGIE AI FARMACI:   SI   NO

Se si, quali: \_\_\_\_\_

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tipo _____
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....		

**GESTIONE DELLA TERAPIA:**

- AUTONOMO
- CON AIUTO
- TOTALMENTE DIPENDENTE

**NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:**

---



---



---

**LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:**

INFLUENZA:	SI	NO	Data Vaccinazione: _____
ANTIPNEUMOCOCCICA:	SI	NO	Data Vaccinazione: _____
SARS COV 2:	SI	NO	Data Ultima Vaccinazione: _____
			N. dosi somministrate: _____

ALTRO \_\_\_\_\_

**DEFICIT SENSORIALI**

Ipoovisus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta <input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sordità assoluta <input type="checkbox"/> SI

**DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI**

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)
Diagnosi di demenza nota	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, QUALE.....	
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI



## SCALA BARTHEL

<b>Attività</b>	<b>Punteggio</b>	
<b>Alimentazione</b>	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
<b>Vestirsi / Svestirsi</b>	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
<b>Igiene personale</b>	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
<b>Fare il bagno / doccia</b>	0	dipendente
	5	indipendente
<b>Controllo sfinterico intestinale</b>	0	incontinente
	5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
<b>Controllo sfinterico vescicale</b>	0	incontinente
	5	occasionali incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
<b>Spostamenti Trasferimento sedia- letto</b>	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
<b>Utilizzo della toilette</b>	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
<b>Mobilità Deambulazione su terreno piano</b>	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
<b>Salire o scendere le scale</b>	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

PUNTEGGIO \_\_\_\_\_/100

## INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente      [2] lieve      [3] moderato      [4] grave      [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità \_\_\_\_\_

Indice di comorbilità \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA RESPIRATORIA:**

NESSUNA

OSSIGENOTERAPIA SI NO FLUSSO (litri/minuto): \_\_\_\_\_ PER QUANTE ORE/DIE \_\_\_\_\_

TRACHEOTOMIA SI NO

VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA SI NO

VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA SI NO

**LESIONI CUTANEE:** SI NO

Se si, specificare:

Lesioni da decubito: Sede \_\_\_\_\_

Stadio \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_ : Sede \_\_\_\_\_

Stadio \_\_\_\_\_

**MINIZIONE ED EVACUAZIONE**

UTILIZZO PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA SI NO

PORTATORE DI CATETERE VESCICALE SI NO

ILEOSTOMIA/COLOSTOMIA SI NO

**LA PERSONA E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE E CONTAGIOSE E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?** SI NO

**EVENTUALI NOTE:**

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_