


| | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro "S. Maria al Monte" - Malnate |  |
| Pag. 1 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

VERIFICA DELLA DOMANDA DI ACCOGLIENZA – VALUTAZIONE E PROTOCOLLO

| | | |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;"><u>NOMINATIVO</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ETA _____</p> <p>PROVENIENZA:</p> <p>_____</p> | <p style="text-align: center;"><u>VALUTAZIONE</u></p> <p>Classe Sosia presunta:</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p> <p>Firma _____</p> <p>Dom. Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Dom. Urgente <input type="checkbox"/></p> | <p style="text-align: center;"><u>AGGIORNAMENTO</u></p> <p>Classe Sosia presunta:</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p> <p>Firma _____</p> <p>Dom. Normale <input type="checkbox"/></p> <p>Dom. Urgente <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>Nucleo _____</p> <p>Camera _____</p> <p>Data ingresso _____</p> <p>N. biancheria _____</p> | <p>N. Prot. _____</p> <p>Impegno camera dal _____</p> |
|---|---|

OSSERVAZIONI E NOTE

da Servizio Accoglienza:

.....

da Scheda Sociale:

.....

da Responsabile Medico:

.....

La domanda di accoglienza è stata riconsegnata il giorno

TIMBRO

| | | | |
|--|--------------------------------|--|--|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro “S. Maria al Monte” - Malnate |  |
| Pag. 2 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

DOMANDA DI ACCOGLIENZA IN REGIME DI SOLVENZA - RSA

Gentile Sig./Sig.ra,


i documenti da Lei ritirati costituiscono la domanda di accoglienza presso la *Residenza Sanitaria Assistenziale* (RSA) nei posti letto in solvenza, quindi non a carico del SSR e devono essere compilati in modo completo.

La relazione sanitaria deve essere compilata dal medico curante (che non deve necessariamente essere il medico di base).

La modulistica compilata e supportata dalla documentazione sanitaria ed anagrafica richiesta, deve essere consegnata al *Servizio Unico di Accoglienza* (SUA) del Centro di Malnate negli orari di apertura: dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:30 e dalle ore 13:30 alle ore 17:00.

Grazie.

La Direzione

| | | | |
|--|--------------------------------|--|--|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro “S. Maria al Monte” - Malnate |  |
| Pag. 3 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE
NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE IN REGIME DI SOLVENZA

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA e SANITARIA

Istruttoria RSA (**MSC.MAL.RSA.10**) compilata e firmata nelle seguenti parti:

- ✓ Domanda di accoglienza
- ✓ Regolamento economico-finanziario
- ✓ Dichiarazione di Impegno Economico
- ✓ Modulistica relativa a informativa e consenso al trattamento dei dati personali
- ✓ Consenso alla cura
- ✓ Scheda sanitaria (a cura del Medico Curante o dello Specialista della Struttura inviante)
- ✓ Scheda assistenziale (a cura del *Caregiver*)

DOCUMENTAZIONE MEDICA

- ✓ Documentazione medica precedente (in particolare ricoveri ospedalieri, visite specialistiche, esami ematochimici)

DOCUMENTAZIONE PERSONALE

- ✓ Verbale o attestazione della domanda di invalidità qualora presente
- ✓ Carta di Identità
- ✓ Carta Regionale dei Servizi
- ✓ Esenzione Ticket Sanitari

| | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro "S. Maria al Monte" - Malnate |  |
| Pag. 4 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

DOMANDA DI ACCOGLIENZA

La/il sottoscritta/o _____
 nata/o a _____ provincia _____ il _____
 Stato Civile _____
 residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
 domiciliata/o a _____ prov. _____ via _____ n. _____
 telefono _____ cellulare _____

CHIEDE

di essere ammesso al Centro S. Maria al Monte di Malnate precisando che, ai sensi dell'articolo 10 della Legge Regionale 7/1/1986 n° 1, la richiesta è formulata per libera scelta e determinazione

DICHIARA

di essere a conoscenza e di accettare le norme che regolano il funzionamento del Centro, i servizi erogati e le condizioni economiche.

Data _____ Firma del diretto interessato _____

Sottoscrizione della domanda di accoglienza da parte del Rappresentante del Paziente, nel caso di impedimento di questi, in qualità di:

- ☐ PARENTE
- ☐ TUTORE
- ☐ CURATORE
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (nei limiti della disponibilità economica dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- ☐ GARANTE
- ☐ MEDICO CURANTE

Sig.ra/Sig.....Nato il
 residente a:Via: n°:.....
 telefono: Email.....

Data Firma del Rappresentante.....

| | | | |
|--|--------------------------------|--|--|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro “S. Maria al Monte” - Malnate |  |
| Pag. 5 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO

Indicazioni Generali

- Il ricovero nella Residenza Sanitaria Assistenziale nei posti letto non a carico del SSR prevede una permanenza minima di 30 giorni.
- Le eventuali dimissioni, anticipate rispetto alla data prevista, dovranno essere comunicate in forma scritta al *Servizio Unico di Accoglienza* (SUA) del Centro di Malnate con almeno 7 giorni di preavviso;
- nel caso di non rispetto di quanto sopra indicato verranno addebitati a tariffa intera i giorni di mancato preavviso.
- Il regime di solvenza non modifica il rapporto della persona con il proprio Medico di Base, pertanto competono al Medico di Base le prescrizioni, in accordo con il medico di struttura, di eventuali visite o esami specialistici (compresi gli esami ematochimici).
- I farmaci sono a carico della struttura nel limite di quelli previsti dal prontuario farmaceutico della Fondazione don Gnocchi.
- Restano a carico dell'ospite i trasporti in ambulanza per visite esterne.
- Il Centro provvede direttamente alla fornitura di ausili per la gestione dell'incontinenza (pannoloni, cateteri vescicali, sacche). I presidi per la prevenzione e cura delle lesioni cutanee da decubito (cuscini e materassini anti decubito, medicazioni avanzate, ausili per la postura ed i sistemi e soluzioni per la nutrizione enterale) sono forniti agli aventi diritto secondo le normative della ATS di residenza
- **Le prestazioni e i servizi erogati sono indicati nella carta dei servizi del Centro.**

Retta Giornaliera

L'ospitalità per un ricovero in regime di solvenza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale del "Centro S. Maria al Monte" della Fondazione don Gnocchi prevede una retta giornaliera di

- ☐ € 130,00/die per la camera doppia dal..... al.....;
- ☐ € 140,00/die per la camera singola dal..... al.....;
- ☐ € 155,00/die per ricovero in camera doppia nel nucleo protetto dal.....al.....;
- ☐ € 155,00/die ricovero per profilo riabilitativo media intensità in camera doppia dal..... al.....;
- ☐ € 165,00/die ricovero profilo riabilitativo media intensità in camera singola dal..... al.....;
- ☐ € 175,00/die per ricovero profilo riabilitativo ad alta intensità (quotidiano) in camera doppia dal..... al.....;
- ☐ € 185,00/die per ricovero profilo riabilitativo ad alta intensità (quotidiano) in camera singola dal..... al.....;
- ☐ € 185,00/die per ricovero profilo riabilitativo fino 7 trattamenti settimanali (posto letto dedicato) dal..... al.....;
- ☐ € 205,00/die per ricovero profilo riabilitativo fino a 10 trattamenti settimanali (posto letto dedicato) dal..... al.....;

| | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro "S. Maria al Monte" - Malnate |  |
| Pag. 6 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

fatte salve eventuali convenzioni stipulate con Enti, Fondazioni e/o Associazioni.

Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di ingresso e non comprende il giorno della dimissione.

Modalità e termini di pagamento della retta

La retta viene fatturata all'inizio del mese di competenza (fatto salvo il rimborso con nota di credito nel caso di dimissioni anticipate rispetto alla fine dello stesso mese) e deve essere pagata con una delle seguenti modalità:

- Assegno Bancario non trasferibile intestato a: "Fondazione don C. Gnocchi" da consegnare presso il *Servizio Unico Accoglienza* (SUA) del Centro.
- Bonifico Bancario presso Banca Popolare di Milano – Agenzia 01596 di Veduggio – Codice Iban: IT48N 05034 50620 000000001094.
- pagamento mensile e anticipato attraverso il servizio di pagamento denominato "SEPA DIRECT DEBIT CORE" sul conto corrente intestato all'Ospite e/o al Rappresentante dell'Ospite indicato su apposito modulo.

Si precisa che la retta di ricovero deve essere pagata presso il *Servizio Unico Accoglienza* (SUA) il primo giorno di degenza.

Procedura di accoglienza dei pazienti e ulteriori condizioni economiche

- Il *Servizio Unico Accoglienza* (SUA) conferma, al firmatario della domanda di ricovero, la disponibilità all'accoglienza e la data di ingresso.
- In presenza di lista di attesa la valutazione della priorità per l'ingresso compete al Responsabile Medico, che terrà conto sia del criterio cronologico (data presentazione domanda), sia di criteri specifici quali urgenza sociale o clinica e convenzioni in essere.
- Nel caso di impedimenti all'ingresso nella data concordata nella domanda dipendenti dal richiedente, se il paziente desidera mantenere il posto letto assegnato, previa autorizzazione della Direzione, può ritardare l'ingresso pagando una retta giornaliera "ridotta" a Euro 80,00 per la camera doppia ed a Euro 90,00 per la camera singola.
- Le eventuali dimissioni, anticipate rispetto alla data prevista, dovranno essere comunicate in forma scritta al *Servizio Unico di Accoglienza* (SUA) con almeno 7 giorni di preavviso.
- Nel caso di non rispetto di quanto sopra indicato verranno addebitati a tariffa intera i giorni di mancato preavviso.

Assenze temporanee e ricoveri in ospedale

Le assenze temporanee degli Ospiti, dovute a ricoveri ospedalieri, rientri in famiglia per festività, vacanze, ecc., sono esposte come giornate di presenza ad una retta giornaliera ridotta a Euro 80,00 per la camera doppia ed a Euro 90,00 per la camera singola.

| | | | |
|--|--------------------------------|--|--|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro “S. Maria al Monte” - Malnate |  |
| Pag. 7 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

Orario del Servizio Unico di Accoglienza (SUA)

Gli Uffici sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30 e dalle ore 13.30 alle ore 17.00.

Servizi non inclusi nella retta

- I servizi aggiuntivi di cura estetica da parte del parrucchiere (taglio, messa in piega, permanente e tinta) che vengono effettuati su richiesta dell'Ospite o dei parenti dello stesso, sono a pagamento come evidenziato dalla Tabella delle Tariffe e devono essere richiesti presso il *Servizio Unico Accoglienza (SUA)*.
- È altresì a disposizione dell'Ospite, pur essendone a Suo carico il relativo costo, quale risultante dalla Tabella Tariffe allegata alla domanda di accoglienza, il Podologo, le cui prestazioni sono da richiedersi presso il *Servizio Unico Accoglienza (SUA)*.
- Per i ricoveri in regime di solvenza il servizio di trasporto in ambulanza dell'ospite in fase di ingresso e dimissione è a carico del paziente.
- Restano inoltre a carico dell'ospite eventuali trasporti in ambulanza per visite mediche esterne previste nel periodo di degenza.

- Nel caso di decesso dell'Ospite i familiari contatteranno a loro libera discrezione un'Agenzia di Pompe Funebri autorizzata. Le spese sono a carico della famiglia.

Per accettazione del Regolamento economico finanziario

Data _____ Firma del Diretto Interessato _____

Per accettazione da parte del Rappresentante dell'Ospite (vedi domanda di accoglienza), nel caso di impedimento di questi, in qualità di:

- ☐ PARENTE
- ☐ TUTORE
- ☐ CURATORE
- ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (nei limiti della disponibilità economica dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)
- ☐ GARANTE

Data Firma del Rappresentante.....

| | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro "S. Maria al Monte" - Malnate |  |
| Pag. 8 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO E/O VARIAZIONE SISTEMAZIONE

La/il sottoscritta/o Nato il

residente a: Via: n°

telefono: E.mail Codice Fiscale

in qualità di

☐ PARENTE
☐ TUTORE
☐ CURATORE
☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (nei limiti della disponibilità economica dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)
☐ GARANTE

DICHIARA

di assumere, con decorrenza odierna, l'onere della retta di ricovero quale rappresentante dell'Ospite Sig.ra/Sig.

e di **riconoscersi obbligato in solido con l'Ospite** nei confronti della RSA, anche in presenza di altri congiunti tenuti per legge a provvedere, **alla corresponsione della retta, senza che la RSA debba rivolgersi prioritariamente all'Ospite** (quindi, senza il beneficio della preventiva escussione del debitore principale "Ospite" e con espresso esonero dagli obblighi di cui all'art. 1957 c.c.), assumendo il ruolo di fideiussore ai sensi e per gli effetti degli artt. 1936 e seguenti del c.c.;

In particolare per quanto riguarda ***l'Amministratore di sostegno***, in qualità di ***Rappresentante dell'Ospite***, ***quanto sopra si applica limitatamente alle disponibilità economiche dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare.***

La/il sottoscritta/o inoltre

DICHIARA

- Di essere a conoscenza ed accettare le condizioni economico/finanziarie che regolano l'accesso e la permanenza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista è di Euro 130,00 per la camera doppia; di Euro 140,00 per la singola; di Euro 155,00 per ricovero in camera doppia nel nucleo protetto.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista per un ricovero riabilitativo in media intensità è di Euro 155,00 in camera doppia e di Euro 165,00 in camera singola.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista per un ricovero a scopo riabilitativo in alta intensità (quotidiano) è di Euro 175,00 in camera doppia e di Euro 185,00 in camera singola.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista per un ricovero a scopo riabilitativo su posto letto dedicato e con 10 trattamenti riabilitativi alla settimana è di Euro 205,00.
- Di essere a conoscenza che la retta viene fatturata all'inizio del mese di competenza (fatto salvo il rimborso con nota di credito nel caso di dimissioni anticipate rispetto alla fine dello stesso mese) e che deve essere pagata entro la prima settimana lavorativa.

| | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
| MSC.MAL.RSA.10 Rev.16 del 16/01/2026 | Direzione di Centro | Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro "S. Maria al Monte" - Malnate |  |
| Pag. 9 di 9 | | | |
| ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA | | | |

- Di accettare gli eventuali aumenti di retta che potessero essere disposti dalla Direzione del Centro S. Maria al Monte di Malnate, la quale si occuperà di darne preavviso con anticipo di almeno un mese.
- Di accettare eventuali cambi di camera o di reparto in relazione alle esigenze del Centro e allo stato di salute del paziente.
- Di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obbligati hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione del paziente dal Centro.

Data _____ Firma _____

Da compilare a cura dell'Ospite per il quale non è possibile individuare un parente/rappresentante che sottoscriva la Dichiarazione di Impegno Economico

| |
|--|
| La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ provincia _____ il _____ residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ telefono fisso _____, cellulare _____ Cod. Fiscale _____ <p style="text-align: center;">DICHIARA</p> di assumere, con decorrenza odierna, l'onere della retta del proprio ricovero e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Gnocchi, sollevando quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta Data _____ Firma del Richiedente _____ |
|--|