

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.1/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

**VERIFICA DELLA DOMANDA DI ACCOGLIENZA – VALUTAZIONE E PROTOCOLLO**

**NOMINATIVO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ETA \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA:**

\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE**

Classe Sosia presunta:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dom. Normale

Dom. Urgente

**AGGIORNAMENTO**

Classe Sosia presunta:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dom. Normale

Dom. Urgente

Nucleo \_\_\_\_\_

Camera \_\_\_\_\_

Data ingresso \_\_\_\_\_

N. biancheria \_\_\_\_\_

N. Prot. \_\_\_\_\_

Impegno camera dal

\_\_\_\_\_

***OSSERVAZIONI E NOTE***

**da ServizioAccoglienza:**.....

.....

**da Scheda Sociale:**.....


.....

**da Responsabile Medico**.....

.....

La domanda di accoglienza è stata riconsegnata il giorno.....

**TIMBRO**

<b>MSC 10 Rev 4 Gennaio 2019 Pag.2/12</b>	<b>Direzione di Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

**DOMANDA DI ACCOGLIENZA**  
**PRESSO LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE**  
**in POSTI LETTO NON A CARICO DEL S.S.R.**

*Gentile Sig./Sig.ra, i documenti da Lei ritirati costituiscono la domanda di accoglienza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale nei posti letto 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 negli orari di apertura: dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:30 e dalle ore 13:15 alle ore 17:00.*

*Grazie.*

*Malnate, 1 Gennaio 2018*

*La Direzione*

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.3/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

***DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE***  
*nella Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto NON a carico del SSR*

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

Istruttoria RSA compilata e firmata nelle seguenti parti (MSC 10)

- ✓ Dati anagrafici
- ✓ Regolamento generale
- ✓ Regolamento economico-finanziario
- ✓ Dichiarazione di Impegno Economico
- ✓ Consenso informato al ricovero nella RSA in posti letto non a carico del SSR
- ✓ Modulistica relativa a informativa e consenso al trattamento dei dati personali (ex Regolamento Europeo 679/2016) MGF36 rev.5 - MGF36a rev.2 - MGF71 rev.3 - MGF72 rev.3 - MGF93 rev.2 - MGF94 rev.2 - MGF95 rev.2 - MGF96 rev.2
- ✓ Consenso alla cura (MGC 32)
- ✓ Scheda sanitaria (a cura del Medico Curante o dello Specialista della Struttura inviante)
- ✓ Scheda assistenziale (a cura del Care Giver)


**DOCUMENTAZIONE MEDICA**

1. Documentazione medica precedente (in particolare ricoveri ospedalieri, visite specialistiche, esami ematochimici)

<b>MSC 10 Rev 4 Gennaio 2019 Pag.4/12</b>	<b>Direzione di Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

#### DOCUMENTAZIONE PERSONALE

1. Verbale o attestazione della domanda di invalidità qualora presente
2. Carta di Identità
3. Carta Regionale dei Servizi
4. Esenzione Ticket Sanitari

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.5/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

**DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE**  
*nella Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto NON a carico del SSR*

✓ **DATI ANAGRAFICI**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Stato Civile \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
domiciliata/o a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_, 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.*

- **LE PRESTAZIONI E I SERVIZI EROGATI SONO QUELLE INDICATI NELLA CARTA DEI SERVIZI DEL CENTRO**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<b><u>Sezione a cura del Medico Curante</u></b>	
La/Il Richiedente risulta impossibilitato a firmare per (specificare la causa)	
_____	
_____	
Data _____	Firma _____

*Da compilare solo in caso di impossibilità a firmare da parte del Richiedente*

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.6/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE

*nella Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto NON a carico del SSR*


Sezione a cura della persona che presenta la Domanda di Accoglienza

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_  
relazione di parentela \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza e di accettare le norme che regolano il funzionamento del Centro, i servizi erogati e le condizioni economiche relative alla accoglienza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto non a carico del S.S.R.
- di assumere la responsabilità in nome e per conto di \_\_\_\_\_ della presentazione della domanda di accoglienza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale del Centro S. Maria al Monte di Malnate in posti letto non a carico del S.S.R.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.7/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

**DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE**  
*nella Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto NON a carico del SSR*  
✓ **REGOLAMENTO GENERALE**

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 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 rimangono a carico della struttura nel limite di quelli previsti dal prontuario farmaceutico della Fondazione don Gnocchi.

Restano a carico della struttura eventuali 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 QUELLE INDICATI NELLA CARTA DEI SERVIZI DEL CENTRO**

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_


dichiara per conto del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

di aver preso visione di quanto indicato e di accettare il regolamento che disciplina il ricovero nei posti letto non a carico del SSR.

Dichiara inoltre che il periodo di permanenza presso la Residenza Sanitaria Assistenziale sarà dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, salvo variazioni intercorrenti che diano luogo a diverso accordo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.8/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

**DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE**  
*nella Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto NON a carico del SSR*

✓ **REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO**

**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 – Onlus prevede una retta giornaliera di

- euro 110,00 (centodieci/00) per la camera doppia
- euro 120,00 (centoventi/00) per la camera singola
- euro 160,00 (centosessanta/00) per ricoveri dal profilo riabilitativo

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 al termine di ogni mese di competenza (o al termine del periodo di ricovero nel caso di ricoveri di durata inferiore) e deve essere pagata in una delle seguenti modalità entro la prima settimana lavorativa del mese successivo:

- Assegno Bancario non trasferibile intestato a: "Fondazione don C. Gnocchi - Onlus" da consegnare presso il Servizio Unico Accoglienza del Centro .
- Bonifico Bancario presso Banca Popolare di Milano – Agenzia 01596 di Veduggio Olona –  
Codice Iban: IT48N 05034 50620 000000001094


**Procedura di accoglienza dei pazienti e ulteriori condizioni economiche**

Il Servizio Unico di Accoglienza conferma al firmatario della domanda di ricovero la disponibilità all'accoglienza del paziente e la data di ingresso.

In presenza di lista di attesa la scelta del paziente da inserire compete al Responsabile Medico, tenuto conto del criterio cronologico (data presentazione domanda) e di criteri specifici quali urgenza sociale o clinica e convenzioni in essere.

Nel caso di impedimenti all'ingresso nella data concordata nella domanda dipendenti dall'ospite, se il paziente desidera mantenere il posto letto assegnato, previa autorizzazione della Direzione, può



<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.9/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

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 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.

#### Orario del Servizio Unico di Accoglienza

Gli Uffici sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e dalle ore 13.15 alle ore 17,00.

#### Servizi non inclusi nella retta


Per i ricoveri in posti letto non a carico del SSR il servizio di trasporto in ambulanza dell'ospite in fase di ingresso e dimissione è a carico del paziente.

In caso di decesso dell'ospite, i familiari contatteranno a loro libera discrezione un'impresa di Pompe Funebri autorizzata. Le spese sono a carico della famiglia.

Data \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.10/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

*DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE*

*nella Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto NON a carico del SSR*

✓ DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono fisso \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_  
E.mail \_\_\_\_\_  
relazione di parentela \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**


**di assumere, con decorrenza odierna, l'onere della retta di ricovero**

del/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Gnocchi, sollevando quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta, anche in presenza di altri congiunti tenuti per legge a provvedere.

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 110,00 per la camera doppia e di Euro 120,00 per la singola.
- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera prevista per un ricovero a scopo riabilitativo in alta intensità è di Euro 160,00 in camera doppia o singola.
- Di essere a conoscenza che la retta viene fatturata al termine di ogni mese di competenza (o al termine del periodo di ricovero nel caso di ricoveri di durata inferiore) e che deve essere pagata entro la prima settimana.
- 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.

<b>MSC 10</b> <b>Rev 4</b> <b>Gennaio 2019</b> <b>Pag.11/12</b>	<b>Direzione di</b> <b>Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS</b> <b>Centro S. Maria al Monte, Malnate</b> <b>Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			


- 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 \_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

<p>La/il sottoscritta/o _____  nata/o a _____ provincia _____  il _____  residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____  telefono fisso _____, cellulare _____  Cod. Fiscale _____</p> <p style="text-align: center;"><b>DICHIARA</b></p> <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</p> <p>Data _____</p> <p>Nome e Cognome _____ Firma del richiedente _____</p>
---

<b>MSC 10 Rev 4 Gennaio 2019 Pag.12/12</b>	<b>Direzione di Centro</b>	<b>Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Centro S. Maria al Monte, Malnate Presidio N4</b>	
<b>ISTRUTTORIA RSA - SOLVENZA</b>			

*DOCUMENTI RICHIESTI PER L'AMMISSIONE*  
*nella Residenza Sanitaria Assistenziale in posti letto NON a carico del SSR*

✓ CONSENSO INFORMATO AL RICOVERO

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

DICHIARA

di essere stato informato e di essere a conoscenza delle norme che regolano il ricovero nella Residenza Sanitaria Assistenziale del Centro Santa Maria al Monte della Fondazione Don Gnocchi e di accettare tale ricovero per **libera scelta e determinazione**.

Firma \_\_\_\_\_