



Fondazione Conte Franco Cella di Riva - Onlus
Residenze Sanitarie Assistenziali – Servizi Sociosanitari Integrati

Sede Legale e Amministrativa Via Emilia, 328 - 27043 **B R O N I** (Pv) - Tel. 0385/257111
e-mail: info@fondazioneccella.it

Riservato all'ufficio

N.A.T. ALZ.

Data : ____/____/____

Prot. S. n° ____ del : ____/____/____

Firma del Medico

Broni, lì ____/____/____

Al Signor Presidente,

Oggetto: Richiesta di ospitalità

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria di ammissione presso

Residenze Sanitarie Assistenziali – R.S.A. Broni Sacro Cuore Arena Po

Comunità Alloggio Residenziali

Comunità / Alloggio Disabili – C.S.S.

Casa Albergo Vescovera

Appartamenti Protetti Per Anziani/A.P.A.

Centro Diurno Integrato – C.D.I.

(Ospitalità diurna)

Assistenza Domiciliare Integrata A.D.I.

DATI ANAGRAFICI

Nato/a a _____ il ____/____/____

C.F. _____ Tel. _____ cell. _____

Residente a _____ Prov. _____

via _____ n° _____ titolo di studio _____

professione ante pensionamento _____

Stato civile: Libero coniugato/a con vedovo/a di _____

N° figli _____ Tessera sanitaria n° _____ ATS _____

Esenzione Ticket si no Per patologia Per invalidità civile

Pensione: **si** **no** - Ind. Accompagnamento **si** **no** - Pratica in corso **si** **no**

Allegare copia: vaccinazione anti COVID-19, documento di identità, codice fiscale, tessera sanitaria, certificazione di invalidità e documentazione circa il possesso dell'indennità di accompagnamento se presenti.

Motivo della Domanda:

La Famiglia non è in grado di provvedere Ha perso l'autonomia fisica Vive solo L'alloggio non è idoneo

Provenienza dell'Ospite

Soggetto che accede alla Struttura direttamente Soggetto in dimissione da Struttura Sanitaria Accreditata
 Soggetto in dimissione da Struttura Psichiatrica Soggetto in dimissione da Struttura Sanitaria Non Accreditata
 Soggetto in dimissione da Istituto di Riabilitazione Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia
 Altro (Centro Diurno Integrato - Ricovero a Pagamento - Ricovero di sollievo - Emergenza o Pronto Intervento all'interno della stessa Struttura)

ACCETTA

- I Regolamenti e le disposizioni contenute nei contratti di ospitalità.
- Eventuali aumenti che potranno essere apportati alle rette stesse.
- Le Condizioni Generali e le Norme Interne alla Struttura, es. variazioni di camera per mutate condizioni dell'Ospite o per esigenze della Struttura, al fine di prevenire e controllare gli aspetti negativi specifici della condizione anziana / disabilità, per garantire e/o migliorare le capacità residue della persona, favorendone il più alto grado di autonomia e di dignità.
- L'onere relativo al pagamento delle fatture per i trasporti con ambulanze da corrispondere direttamente alla CROCE che lo ha effettuato (si precisa che non comporta alcun costo il trasporto connesso ad un ricovero ospedaliero).
- Di liberare, sin da ora, l'Amministrazione dell'Ente da ogni responsabilità in merito a furti e/o smarrimenti di oggetti, indumenti o somme di denaro in dotazione e/o a corredo dell'Ospite.

Firma del Richiedente

NB Eventuali dimissioni dell'Ospite devono essere comunicate alla Direzione, **con un preavviso di 10 giorni.**

L'Ente si riserva di procedere alle dimissioni d'ufficio dell'Ospite, qualora le condizioni del medesimo si rivelassero inconciliabili con le esigenze della vita comunitaria.

Dati anagrafici parenti e/o familiari e/o Tutori/ Curatori/ Amministratori di sostegno e/o Servizi Sociali

1. Nome _____ Cognome _____

Tipo di Parentela/qualifica _____ Indirizzo e-mail _____

tel. _____ cell. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

2. Nome _____ Cognome _____

Tipo di Parentela/qualifica _____ Indirizzo e-mail _____

tel. _____ cell. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

E' garante del pagamento della retta e sottoscrittore contratto

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ il ____/____/____

C.F. _____

Tipo di Parentela/qualifica _____ Indirizzo e-mail _____

tel. _____ cell. _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ n° _____

Firma del Garante

N.B.: Ogni variazione dei recapiti sopra indicati dovrà essere tempestivamente comunicata ai competenti uffici dell'Ente; in difetto, questa Amministrazione sarà sollevata da ogni responsabilità per il caso di impossibilità a contattare il parente di riferimento.

QUESTIONARIO MEDICO DI VALUTAZIONE

Nome	Cognome
Nato/a a	il

Anamnesi (principali episodi morbosi, ricoveri ospedalieri, c/o Enti)

Situazione clinica attuale

Orientamento nel Tempo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Orientamento nello Spazio <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

Condizioni psichiche	<input type="checkbox"/> Lucide	<input type="checkbox"/> Persistenza disorientamento s.t.	<input type="checkbox"/> Fasi di confusione e disorientamento	<input type="checkbox"/> Fasi di agitazione psico-motoria
-----------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Sonno	<input type="checkbox"/> fisiologico	<input type="checkbox"/> Con uso di farmaci	Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Costantemente soporoso	<input type="checkbox"/> Saltuariamente soporoso
--------------	--------------------------------------	---------------------------------------------	---------------------------	---------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------

Stato Emotivo	Ansia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Saltuariamente	Depressione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Saltuariamente
----------------------	--------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------------	--------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------------

Comportamento	Collaborante	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.	Disinibizione	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.
	Aggressività verbale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.	Apatia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.
	Aggressività fisica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.	Euforia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.
	Irritabilità	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.
	Alcolismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> pregresso	Tentativi di fuga	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.
	Fumo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> pregresso	Vagabondaggio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Salt.

Stato funzionale	Incontinenza	<input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Occasionale	<input type="checkbox"/> Abituale	<input type="checkbox"/> Doppia	<input type="checkbox"/> Catetere vescicale				
Deambulazione	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Impossibile	<input type="checkbox"/> Con uso di carrozzina	Vestirsi	<input type="checkbox"/> Aut.	<input type="checkbox"/> Aiuto	<input type="checkbox"/> Tot. Dip.		
Stazione eretta	<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> Impossibile	Igiene personale	<input type="checkbox"/> Aut.	<input type="checkbox"/> Aiuto	<input type="checkbox"/> Tot. Dip.			
Alimentazione	<input type="checkbox"/> Aut.	<input type="checkbox"/> Aiuto	<input type="checkbox"/> Tot. Dip.	Uso w.c.	<input type="checkbox"/> Aut.	<input type="checkbox"/> Aiuto	<input type="checkbox"/> Tot. Dip.			
Presenza piaghe da decubito	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Presenza di forme contagiose	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Epatite	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Altro _____ _____
Peso:					Altezza:					
Terapia in atto (farmaco e posologia)										
Necessità di interventi riabilitativi	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Patologia Psichiatrica:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	C.P.S. di riferimento _____				
Tipologia disturbo	<input type="checkbox"/> Demenza		<input type="checkbox"/> Tossicodipendenza		<input type="checkbox"/> Morbo di Alzheimer		<input type="checkbox"/> Crisi Epiletiche			
<p>Nucleo Alzheimer: per persone con declino cognitivo medio grave e/o disturbi comportamentali si richiede, per l'inserimento nel nucleo, una certificazione medica attestante la <u>diagnosi certa di demenza senile</u>, redatta da medico specialista (Geriatra, Neurologo, Psichiatra) o dai servizi dei Centri Regionali Alzheimer o da strutture Ospedaliere o da Unità di Valutazione Geriatriche</p>										
Punteggio										
M.M.S.E. _____ UCLA _____										
Conclusione diagnostica										
Data _____					Timbro e Firma del Medico Curante _____					



Fondazione Conte Franco Cella di Rivara - Onlus

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI ART.13 REG.UE 679/2016

Gentile Signore/a,

con la presente desideriamo informarLa che ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016, "Regolamento generale sulla protezione dei dati personali", attraverso la presentazione della corrente domanda di ammissione, i dati personali da Lei forniti o per la persona di cui Lei esercita potestà parentale/tutela/curatela, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa indicata. La informiamo a tal fine che:

Titolare del trattamento: FONDAZIONE CONTE FRANCO CELLA DI RIVARA ONLUS, con sede a Broni (PV) Cap. 27043 in Via Emilia n.328.

Finalità del trattamento: gestione della pratica di ammissione, inserimento nella lista d'attesa, scambio di comunicazioni che comporterà la raccolta, registrazione e conservazione dei dati identificativi personali di ospite/utente e familiari e/o Enti di riferimento e dei dati particolari relativi allo stato di salute, e ad altri elementi utili di natura particolare come abitudini di vita l'origine razziale-etnica desumibile dai dati anagrafici.

Natura del conferimento e base giuridica: i dati personali sono conferiti spontaneamente da parte dell'Interessato ed il loro conferimento ha natura facoltativa; tuttavia, il mancato conferimento di tali dati comporterà l'impossibilità da parte dell'Ente di valutare adeguatamente la richiesta di ammissione e dare esecuzione all'ammissione.

Modalità del trattamento: i dati sono trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici e telematici, ed inseriti in banche dati e archivi cui potranno accedere (e, quindi, venire a conoscenza) solo ed esclusivamente gli addetti espressamente autorizzati dal Titolare. Tali trattamenti saranno svolti attuando adeguate misure di sicurezza tali da garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati nonché l'esattezza, l'aggiornamento e la pertinenza dei dati stessi nel rispetto delle finalità dichiarate. In particolare l'Ente non utilizza procedimenti automatizzati finalizzati alla profilazione degli Interessati.

Durata del trattamento: per quanto concerne i tempi di conservazione, i dati e i documenti che li contengono, saranno conservati per il periodo necessario per adempiere agli obblighi di legge e alle esigenze gestionali e amministrative dell'Ente, in particolare: in caso di non ammissione o rinuncia all'ingresso, per 24 mesi; in caso di ammissione, i dati e la domanda entreranno a far parte della documentazione dell'ospite/utente, per 10 anni dalla cessazione del rapporto di assistenza.

Ambito di comunicazione e diffusione dei dati, destinatari dei dati: i dati saranno conoscibili esclusivamente per le finalità indicate sopra dal personale autorizzato dal Titolare e/o soggetti esterni quali ATS, Regione Lombardia, Medici di struttura per la valutazione del possibile ingresso. I dati non saranno comunicati all'estero *oppure* i dati potranno essere comunicati a società e/o persone, sia in Italia sia all'estero, che gestiscono i software (i dati sono caricati su database i cui salvataggi avvengono su cloud in ambito UE). Non è prevista la diffusione dei dati personali se non in forma aggregata, anonima e intelleggibile.

Diritti degli interessati: in relazione ai predetti trattamenti, potranno essere da Lei esercitati i diritti di cui agli artt. 15 e seguenti del Capo III del Regolamento UE 679/2016, quali:

- ⇒ ottenere la conferma che sia o meno in corso il trattamento di dati che La riguardano e, in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati personali ed ogni altra informazione connessa e prevista dall'art.15;
- ⇒ ottenere la rettifica (art.16), la cancellazione - oblio (art.17), la limitazione di trattamento (art.18). Tali eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate saranno comunicate dal Titolare ai destinatari cui di norma vengono trasmessi i dati (art.19);
- ⇒ ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali che La riguardano e trasmetterli a un altro titolare del trattamento - portabilità dei dati (art.20);
- ⇒ trasformazione in forma anonima o il blocco di dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione dei dati stessi;
- ⇒ opporsi, per motivi connessi alla Sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che La riguardano (art.21);
- ⇒ opporsi a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione (art.22);

Le ricordiamo, inoltre, che Lei, ha diritto di proporre **reclamo** all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali ai sensi dell'art.77 del GDPR; di **revocare** il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca (art.13 lettera c).

Modalità di esercizio dei diritti: nei limiti ed alle condizioni espresse dagli articoli del citato Regolamento UE, Lei potrà esercitare tali diritti rivolgendosi a FONDAZIONE CONTE FRANCO CELLA DI RIVARA ONLUS, con sede a Broni (PV). 27043 in Via Emilia n.328, o telefonando al numero + (39) 0385 257 111, o mandando un fax al numero + (39) 0385 257 199 o inviando una e-mail all'indirizzo info@fondazionecella.it.

Identità e dati di contatto:

- **Titolare del trattamento:** Fondazione Conte Franco Cella di Rivara - Onlus, con sede a Broni (PV) Via Emilia, 328 nella persona del Presidente e Legale Rappresentante dell'ente Dr. Luigi Ghisleri ai recapiti sopra indicati;
- **DPO:** Axential Consulting S.r.l. Via E. Fidolfi 19 – 19021 ARCOLA (SP) tel. 349/0698815
- **Privacy Officer:** Dott.Carlo Vercesi, domiciliata presso l'Ente;
- **Responsabile della videosorveglianza:** Dott. Carlo Vercesi, domiciliato presso l'Ente;
- **Autorizzati al trattamento:** l'elenco è visionabile presso gli uffici amministrativi della sede di Broni in Via Emilia n.328.

Broni, 18.04.2023

FONDAZIONE CONTE FRANCO CELLA DI RIVARA ONLUS
Presidente e Legale Rappresentante

Dr. Luigi Ghisleri

Con riferimento alle finalità dell'informativa di cui sopra, che mi è stata fornita ai sensi del Regolamento UE 679/2016, nella consapevolezza che tali dati sono indispensabili e necessari per stipulare e dare esecuzione alla domanda di ammissione:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

– **al trattamento dei dati identificativi personali** di ospite/utente e familiari e/o Enti di riferimento finalizzati alla gestione della pratica di ammissione, inserimento nella lista d'attesa, scambio di comunicazioni.

L'Interessato/familiare Luogo e Data Firma leggibile.....

Se l'interessato è inabile alla firma:

Luogo e Data AdS o Tutore/Curatore

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

– **al trattamento dei dati particolari** di ospite/utente (stato di salute, abitudini di vita, origine razziale-etnica,) finalizzati alla gestione della pratica di ammissione, inserimento nella lista d'attesa, scambio di comunicazioni.

L'Interessato/familiare Luogo e Data Firma leggibile.....

Se l'interessato è inabile alla firma:

Luogo e Data AdS o Tutore/Curatore



Fondazione Conte Franco Cella di Rivara - Onlus

**RETTE GIORNALIERE
- SERVIZI RESIDENZIALI -**

Residenza Sanitaria Assistenziale di B R O N I

OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI (Indipendentemente dalla Classificazione SOSIA)			
Camera 2/3 posti letto	€ 60,50	Camera singola	€ 67,50
NUOVA RESIDENZA 5			
Camera 2 posti letto	€ 61,50	Camera singola	€ 67,50
OSPITI PRESSO NUCLEO ALZHEIMER			
Camera 2/3 posti letto	€ 61,50		

Residenza Sanitaria Assistenziale Sacro Cuore

OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI (Indipendentemente dalla Classificazione SOSIA)			
Camera 2 posti letto	€ 60,50	Camera singola	€ 67,50

Comunità Alloggio Residenza San Contardino

Camera 2/3 posti letto	€ 55,00	Camera singola	€ 60,00
------------------------	---------	----------------	---------

Residenza Sanitaria Assistenziale di ARENA PO

OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI (Indipendentemente dalla Classificazione SOSIA)			
Camera 2/3 posti letto	€ 60,50	Camera singola	€ 67,50
OSPITI PRESSO NUCLEO ALZHEIMER			
Camera 2/3 posti letto	€ 61,50		

Comunità Alloggio Residenza San Giorgio

OSPITI AUTOSUFFICIENTI			
Camera 2 posti letto	€ 59,50	Camera singola	€ 73,00

Comunità Alloggio: Residenza San Rocco e Residenza San Contardo

Camera 2 posti letto	€ 59,50
----------------------	---------

Casa Albergo di VESCOVERA

OSPITI AUTOSUFFICIENTI			
Camera 2 posti letto	€ 55,00	Camera singola con bagno ad uso esclusivo	€ 69,00
		Camera singola con bagno condiviso	€ 59,00

Comunità Alloggio Disabili VESCOVERA

Camera 2 posti letto	€ 61,00	Camera singola	€ 64,00
----------------------	---------	----------------	---------



Fondazione Conte Franco Cella di Rivara – Onlus

RETTE GIORNALIERE

- SERVIZI RESIDENZIALI -

Appartamenti Protetti per Anziani/A.P.A.

Bilocale 1 posto letto	€ 66,50	Bilocale 2 posti letto	€ 59,50
Bilocale 2 posti letto ma utilizzato singolarmente	€ 75,00		

RETTE GIORNALIERE

- SERVIZI SEMIRESIDENZIALI -

CENTRO DIURNO INTEGRATO

C/O R.S.A. DI BRONI		C/O R.S.A. DI ARENA PO		C/O SEDE DI VESCOVERA	
BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 22,00 pro die € 15,00	BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 22,00 pro die € 15,00	BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 22,00 pro die € 15,00
MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 24,00 pro die € 15,00	MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 24,00 pro die € 15,00	MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 24,00 pro die € 15,00
ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 32,00 pro die € 20,00	ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 32,00 pro die € 20,00	ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE 1/2 Giornata	€ 32,00 pro die € 20,00
ALZHEIMER 1/2 Giornata	€ 32,00 pro die € 20,00	ALZHEIMER 1/2 Giornata	€ 32,00 pro die € 20,00		
CENTRO DIURNO NOTTURNO	€ 60,50	CENTRO DIURNO NOTTURNO	€ 60,50		

- SERVIZI DOMICILIARI -

Assistenza Domiciliare di Base e Integrata

Figura Professionale	Tariffa Diurna Oraria /VISITA
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	€ 24,00/H
O.S.S.	€ 25,00/H
INFERMIERE PROFESSIONALE	€ 32,00/H
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	€ 32,00/H
MEDICO	VISITA GERIATRICA € 80,00 VISITA FISIATRICA € 100,00

Tutte le rette e tariffe sopraesposte sono vigenti sino al 31.12.2025.