

FONDAZIONE "CECI"

Via G.P. Marinelli n. 3
60021 Camerano (AN)
Telefono: 071 730349
Fax: 071 2825013



DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

N. 07 DEL 5 MARZO 2022

OGGETTO: MODIFICA DELLA DOMANDA DI OSPITALITA'

~~~~~

L'anno duemilaventidue il giorno cinque del mese di Marzo, presso gli Uffici Amministrativi della Fondazione e nella modalità della videoconferenza così come previsto dal Decreto Legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito con modificazioni dalla Legge 16 settembre 2021 n. 126, regolarmente convocato, il Consiglio di Amministrazione si è riunito con la presenza dei signori

| nr. | cognome e nome        | Carica          | presenti | assenti |
|-----|-----------------------|-----------------|----------|---------|
| 1   | PIERGIACOMI MASSIMO   | Presidente      | si       |         |
| 2   | ARDONE ALFONSO        | Vice Presidente | si       |         |
| 3   | DI STAZIO VITTORIO    | Consigliere     | si       |         |
| 4   | GIORGETTI PIERGIORGIO | Consigliere     | si       |         |
| 5   | PIERONI Don ALDO      | Rapp. fam. ceci | si       |         |

Il Presidente, constatato che gli intervenuti sono in numero legale, dichiara aperta la riunione ed invita i convocati a deliberare sull'oggetto sopraindicato.

Il Presidente designa il Segretario, la Dott.ssa Nicoletta Focone, che partecipa alla seduta, quale segretario verbalizzante

### IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

**VISTA** la domanda di ospitalità della Fondazione "Ceci";

**PRESO ATTO CHE** la suddetta domanda in alcuni suoi punti necessita di una revisione che permetta di chiarire meglio le condizioni che regolano l'ospitalità degli anziani presso la Fondazione "Ceci";

**VISTA ED ESAMINATA** l'attuale domanda e quella modificata a seguito di vari confronti tenutisi tra il personale amministrativo e sanitario;

**RITENUTO OPPORTUNO** procedere alla modifica della domanda di ospitalità della Fondazione

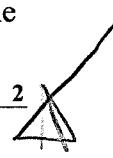
DELIBERAZIONE N. 07 DEL C.D.A. DEL 05/03/2022 Pagina 1 di 2

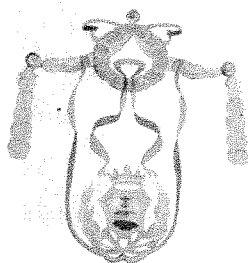
FONDAZIONE "CECI" - RESIDENZA PROTETTA - CASA DI RIPOSO - OPERA PIA "CECI"

Codice Fiscale: 80008890420 P. IVA: 01207580422

Sito internet: <http://www.casariposoceci.it> -

posta elettronica: [info@casariposoceci.it](mailto:info@casariposoceci.it) Pec : [info@pec.casariposoceci.it](mailto:info@pec.casariposoceci.it)





## FONDAZIONE "CECI"

Via G.P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



"Ceci"

Il Consiglio di Amministrazione, dopo ampio dibattito,  
Ad unanimità dei voti legalmente espressi

### DELIBERA

- 1) La premessa narrativa forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e qui deve intendersi come materialmente trascritta ed approvata;
- 2) Di modificare la domanda di ospitalità della Fondazione "Ceci" allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- 3) Di incaricare la Dr.ssa Nicoletta Focone al fine di provvedere alla pubblicità della presente Deliberazione tramite pubblicazione sul sito internet della Fondazione "Ceci".

IL PRESIDENTE

Massimo Piergiacomi

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE

Nicoletta Focone

Si certifica che copia della presente deliberazione viene pubblicata sul sito internet della Fondazione "Ceci" ([www.casariposoceci.it](http://www.casariposoceci.it))  
dal 11-03-2022  
e per rimanervi in pubblicazione 15 giorni consecutivi.

Camerano, 11-03-2022

## DOMANDA DI OSPITALITA'

Di \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_

Alla  
RESIDENZA PROTETTA  
CASA DI RIPOSO  
FONDAZIONE "Ceci"  
Via G.P. Marinelli, 3  
60021 Camerano (AN)

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_

nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono/cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

Chiede che la persona in oggetto nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ sia accolta presso la \_\_\_\_\_

(indicare Residenza Protetta o Casa di Riposo).

Inoltre Dichiara di non opporsi ad eventuali spostamenti di camera che dovessero verificarsi per esigenze interne dell'Istituto, o per mutate condizioni psico-fisiche dell'ospite.

**Inoltre dichiara di obbligarsi in solido con l'ospite al pagamento della retta di ospitalità qualora lo stesso non abbia redditi sufficienti o, per qualsiasi motivo, sia impossibilitato al pagamento.**

Fa presente

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

allega alla presente:

- 1) Certificato rilasciato dal medico curante;
- 2) Stato di famiglia o relativa autocertificazione.;
- 3) Informativa privacy;
- 4) Elenco documenti;
- 5) Disposizioni biancheria;
- 6) Condizioni pagamento;
- 7) Rette annuali;
- 8) Elenco biancheria;
- 9) Telefoni interni
- 10) Orario visite;
- 11) Richiesta ammissione i residenza protetta;
- 12) Disposizioni acconciature;
- 13) Autorizzazione uscite;

\_\_\_\_\_, *li* \_\_\_\_\_

FIRMA

Riservato all'ufficio \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI DI AUTOSUFFICIENZA**Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Recapito parentale \_\_\_\_\_

(fare una X sulla risposta più vicina all'attuale condizione dell'anziano)

| A) Condizioni generali                                | BUONE | MEDIOCRI | GRAVI        |
|-------------------------------------------------------|-------|----------|--------------|
| E' in grado di collaborare                            | SI    | NO       |              |
| B) Mobilità                                           |       |          |              |
| Può salire o scendere le scale                        | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Può camminare da solo                                 | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Può camminare con aiuto                               | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Può camminare con protesi                             | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Si sposta con carrozzella                             | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Allettato _____ da quanto _____ mese _____ anno _____ |       |          |              |
| C) Si veste da solo                                   | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Si lava                                               | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Mangia da solo                                        | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Scrive                                                | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Legge                                                 | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| Utilizza da solo i servizi igienici                   | SI    | NO       | SI CON AIUTO |
| D) Psiche integra                                     | SI    | NO       |              |
| Con fasi di confusione                                | SI    | NO       |              |
| Con fasi di disorientamento                           | SI    | NO       |              |
| Con fasi di agitazione psicomotoria                   | SI    | NO       |              |
| E) Sensorio                                           | SI    | NO       |              |
| Cecità                                                | SI    | NO       |              |
| Sordità                                               | SI    | NO       |              |
| Mutismo                                               | SI    | NO       |              |
| Disfasia                                              | SI    | NO       |              |
| F) Continenza                                         | SI    | NO       |              |
| Incontinenza vescicale                                | SI    | NO       |              |
| Incontinenza anale                                    | SI    | NO       |              |
| Porta il catetere                                     | SI    | NO       |              |
| Porta il pannolone                                    | SI    | NO       |              |

EVENTUALI CONDIZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA \_\_\_\_\_

## CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RETTA DI OSPITALITA'

### SERVIZI PRESTATI

La Fondazione "Ceci" eroga prestazioni di miglioramento del comfort alberghiero e prestazioni socio-sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali e, pertanto, il sottoscrittore della presente domanda di ospitalità si impegna a corrispondere la conseguente retta giornaliera così come annualmente determinata dal Consiglio di Amministrazione in base alla categoria di appartenenza dell'ospite, definita sulla base della relativa scheda di valutazione studiata e compilata dallo staff sociosanitario.

Sono compresi nella retta di ospitalità il servizio di parrucchiera con un taglio e messa in piega al mese, i servizi di fisioterapia e di animazione svolto da un'educatrice professionale in base alle condizioni psicofisiche dell'anziano, il servizio svolto da parte di una psicologa a favore di anziani, familiari ed operatori che svolgono la loro attività presso la struttura ed il servizio di approvvigionamento farmaci per il quale il familiare si impegna, mensilmente o con cadenza maggiore, a corrispondere l'importo relativo agli stessi giustificato dagli scontrini fiscali.

Sono compresi nella retta anche i presidi per incontinenza oltre a quelli già assegnati gratuitamente dall'apposita commissione sanitaria o in procinto di essere assegnati.

Non rientrano nella retta mensile e, pertanto, sono a carico dell'ospite e dei suoi familiari un corredo iniziale di vestiario, si vedano gli allegati, le spese per le analisi, per le visite specialistiche e per i farmaci non concessi dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono a carico degli ospiti anche il supplemento per usufruire di una stanza di degenza singola e per i trasporti in ambulanza (trasferimenti ordinari).

I pagamenti delle rette di ospitalità, in relazione alla categoria di appartenenza dell'anziano ospitato, dovranno essere effettuati entro il giorno 10 di ogni mese (si consiglia, a tale scopo, il pagamento tramite domiciliazione bancaria sul conto corrente bancario a: **FONDAZIONE "CECI"** presso la BANCA DI FILOTTRANO – CREDITO COOP. DI FILOTTRANO E CAMERANO (Filiale di Camerano (AN) via Mons. Donzelli n. 34 tel. 071/730181) con il seguente IBAN:

IBAN: IT 49 D 08549 37260 000140110123

### CLASSIFICAZIONE DELLE CATEGORIE PER LA DETERMINAZIONE DELLE RETTE MENSILI

La classificazione degli ospiti viene effettuata, provvisoriamente, al loro ingresso sulla base della documentazione sanitaria e delle informazioni fornite dai familiari, quindi, definitivamente dopo i primi 15 giorni di degenza, a seguito di una più completa valutazione da parte dell'infermiere responsabile del reparto, dopo aver consultato il medico curante prescelto e tenendo presente l'eventuale valutazione del geriatra dell'unità di valutazione distrettuale (UVGD).

La predetta valutazione determina la classificazione degli anziani ospiti in cinque categorie:

- 1) autosufficienti;
- 2) parzialmente autosufficienti;
- 3) non autosufficienti;
- 4) demenze e decubiti;
- 5) dementi senili gravi.

Eventuali cambiamenti dello stato fisico e psichico dei singoli ospiti, saranno accertati durante il periodo di degenza, con le modalità di cui sopra e, conseguentemente, l'ufficio amministrativo

provvederà ad aggiornare sia la categoria di appartenenza, **studiata ed esaminata dallo staff sociosanitario**, che il relativo importo della retta, comunicandolo ai familiari dell'ospite.

**In caso di dimissione anticipata dell'Ospite o in caso di decesso il pagamento delle competenze sarà calcolato fino al terzo giorno successivo alla comunicazione della dimissione o del decesso.**

**In caso di ricovero ospedaliero o di ingresso temporaneo presso una Residenza Sanitaria Assistenziale, dopo il decimo giorno di assenza si procederà ad effettuare una decurtazione della retta di ospitalità pari a metà dell'importo giornaliero della stessa.** L'assistenza privata ed ogni onere connesso al ricovero ospedaliero sono ad esclusivo carico dell'ospite.

Nessuna spesa funebre è da considerarsi a carico della Fondazione "Ceci".

Il richiedente conferma quanto dichiarato nel presente foglio, accetta le suddette condizioni di pagamento della retta e le condizioni contenute nella Carta dei Servizi e nel Regolamento per il Servizio Interno **della Fondazione "Ceci"**

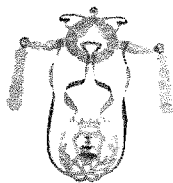
Firma

|                      |
|----------------------|
| Data entrata:.....   |
| <b>Nucleo:</b> ..... |
| N° guardaroba:.....  |
| Camera singola:..... |
| Categoria:.....      |

|                    |
|--------------------|
| Ospite R.P.: SI NO |
| Entrata R.P. ....  |
| Giorni R.P. ....   |
| Uscita R.P. ....   |

|                      |
|----------------------|
| Data di arrivo:..... |
| Registrato:.....     |
| N° di prot.:.....    |

**Via G.P. Marinelli, 3 – 60021 Camerano (Ancona) telefono: 071730349 fax: 0712825013**  
**e-mail: [info@casariposoceci.it](mailto:info@casariposoceci.it) partita i.v.a.: 01207580422 codice fiscale: 80008890420**



## FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli - n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



### Allegato n.1

## VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

(Riservata al Medico di Medicina Generale/Medico di Reparto)

Cognome Nome \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Attività avanzate della vita quotidiana (I.A.D.L.)

(SI: funzione conservata ; NO: funzione persa)

|                               |    |    |                                     |    |    |
|-------------------------------|----|----|-------------------------------------|----|----|
| Capacità di usare il telefono | SI | NO | Biancheria                          | SI | NO |
| Fare acquisti                 | SI | NO | Utilizzo mezzi di trasporto         | SI | NO |
| Preparazione del cibo         | SI | NO | Responsabilità nell'uso dei farmaci | SI | NO |
| Governo della casa            | SI | NO | Capacità di maneggiare il denaro    | SI | NO |

### Attività di base

(Grado di autonomia nelle attività di base)

A: Indipendente; B: piccolo aiuto/supervisione; C: elevata dipendenza; D: totale dipendenza

|                                                                   | A | B | C | D |
|-------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Alimentazione (se c'è bisogno di tagliare cibo=aiuto)             |   |   |   |   |
| Abbigliamento (capacità di vestirsi correttamente)                |   |   |   |   |
| Toilette personale (capacità di curare il proprio aspetto fisico) |   |   |   |   |
| Fare il bagno e/o la doccia senza aiuto                           |   |   |   |   |
| Controllo sfintere e vescica                                      |   |   |   |   |
| Trasferimenti letto-sedia e viceversa                             |   |   |   |   |
| Uso della toilette (asciugarsi, far scorrere l'acqua)             |   |   |   |   |
| Camminare in piano                                                |   |   |   |   |
| Salire e scendere le scale                                        |   |   |   |   |

### Profilo cognitivo e comportamentale:

funzioni corticali superiori:

| Funzione                | Normale | Deficit |          |       |
|-------------------------|---------|---------|----------|-------|
|                         |         | Lieve   | Moderato | Grave |
| Memoria                 |         |         |          |       |
| Orientamento spaziale   |         |         |          |       |
| Orientamento nel tempo  |         |         |          |       |
| Giudizio critico        |         |         |          |       |
| Linguaggio/comprendione |         |         |          |       |
| Riconoscimento persone  |         |         |          |       |

### Disturbi del comportamento

|               |         |       |          |       |              |         |       |          |       |
|---------------|---------|-------|----------|-------|--------------|---------|-------|----------|-------|
|               | Assente | Lieve | Moderato | Grave |              | Assente | Lieve | Moderato | Grave |
| Deliri        |         |       |          |       | Depressione  |         |       |          |       |
| Wandering     |         |       |          |       | Anoressia    |         |       |          |       |
| Aggressività  |         |       |          |       | Irritabilità |         |       |          |       |
| Allucinazioni |         |       |          |       | Insonnia     |         |       |          |       |

### STATO DI SALUTE SOMATICA INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

| Apparato                                                  | Gravità * |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|---|
|                                                           | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| CARDIOPATIE (aritmica, ischemica, valvolare)<br>Diagnosi: | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| IPERTENSIONE ARTERIOSA<br>Diagnosi:                       | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| VASCULOPATIE PERIFERICHE<br>Diagnosi:                     | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| EMOPATIE (anemie, mielopatie, ecc.)<br>Diagnosi:          | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE RESPIRATORIE<br>Diagnosi:                       | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE ORGANI SENSORIALI<br>Diagnosi:                  | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE GASTROENTERICHE<br>Diagnosi:                    | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE EPATICHE E VIE BILIARI<br>Diagnosi:             | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE RENALI<br>Diagnosi:                             | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE GENITO-URINARIE<br>Diagnosi:                    | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE E CUTANEE<br>Diagnosi:     | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE DEL SNC E PERIFERICO<br>Diagnosi:               | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE<br>Diagnosi:              | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |
| PATOLOGIE PSICHIATRICHE<br>Diagnosi:                      | 1         | 2 | 3 | 4 | 5 |

\* 1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave.

### RICOVERI OSPEDALIERI NEGLI ULTIMI DUE ANNI

Ricoveri n. \_\_\_\_\_ complessivi di ricovero (circa)

Malattie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ULTIMO ricovero ospedaliero: data di entrata \_\_\_\_\_ data di  
dimissione \_\_\_\_\_ diagnosi \_\_\_\_\_



## TERAPIE IN CORSO

---

---

---

---

Intolleranza ai Farmaci \_\_\_\_\_

## FATTORI DI GRAVITA'

|                         |    |    |           |                         |                                  |    |               |             |               |              |    |
|-------------------------|----|----|-----------|-------------------------|----------------------------------|----|---------------|-------------|---------------|--------------|----|
| <b>Ausili movimento</b> | si | no | bastone   | carrozzina              | <b>Alimentazione artificiale</b> | si | no            | SNG         | PEG           | parenterale  |    |
| <b>Incontinenza</b>     | si | no | pannolone | cat. vesc               | <b>Insuff respiratoria</b>       | si | no            | 6 ore       | cost          | ventilazione |    |
| <b>Diabete</b>          | si | no | dieta     | -ipoglicem<br>-insulina | <b>Dialisi</b>                   | si | no            | peritoneale | extracorporea |              |    |
| <b>Decubiti</b>         | si | no | n °       | <b>Protezione</b>       | si                               | no | <b>Cadute</b> |             | no            | si           | n° |

## VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

E' stato inoculato il vaccino antinfluenzale \_\_\_\_\_ se si in che data \_\_\_\_\_

## MALATTIE INFETTIVE

L'anziano ha contratto il COVID 19? \_\_\_\_\_ Se si quando? \_\_\_\_\_

Ha intrapreso /completato il percorso vaccinale? \_\_\_\_\_

Tipo Vaccino \_\_\_\_\_

L'anziano ha in corso altre malattie infettive? \_\_\_\_\_

Se si quali? \_\_\_\_\_

## ULTERIORI SEGNALAZIONI

---

---

E' buona norma che il medico curante continui ad assistere il proprio paziente anche nel periodo di permanenza in struttura.

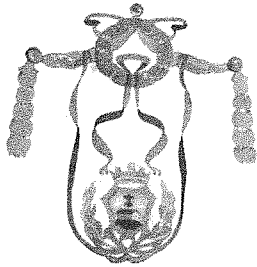
E' necessario che entro 48 ore dall'ingresso del paziente in struttura (prorogabili a 72 nel caso di festività), il medico venga a visitarlo ed a confrontarsi con il nostro personale sanitario, al fine consentirci di fare al meglio il nostro lavoro.

Altresì è necessario che il medico curante venga a visitare il proprio paziente, in tempi ragionevolmente brevi, quando richiesto dal personale sanitario dell'Ente.

**TIMBRO E FIRMA  
DEL MEDICO**

---

Data di compilazione \_\_\_\_\_



# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



All. 2

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46, D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445)

Io sottoscritto ....., nato a .....  
il ....., residente a ....., via ....., n. ....  
Consapevole che in caso di falsa dichiarazione incorrerò in sanzioni penali e nella decadenza dai benefici eventualmente ottenuti

### DICHIARO

che lo stato di famiglia del Sig./Sig.ra .....  
è composto dalle seguenti persone:

| COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | PARENTELA | CODICE FISCALE |
|----------------|-------------------------|-----------|----------------|
|----------------|-------------------------|-----------|----------------|

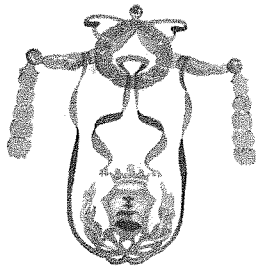
|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |
| ..... | ..... | ..... | ..... |

Ai sensi dell'art.13 D.lgs 196/2003 si informa che i dati che ci verranno forniti tramite la compilazione di questo modulo saranno trattati dalla Fondazione Ceci per il perfezionamento della pratica di ammissione. I dati potranno essere trattati con strumenti elettronici e cartacei, nel rispetto del Disciplinare Tecnico in materia di sicurezza Allegato B al D.Lgs 196/2003.

Si comunica che i suoi dati saranno trattati solamente con il suo consenso che è libero e facoltativo. Il mancato consenso comporterà l'impossibilità di concludere la domanda di ammissione. La nostra fondazione svolge il trattamento direttamente, tramite soggetti appartenenti alla propria organizzazione, o avvalendosi di soggetti esterni alla fondazione stessa per la realizzazione delle finalità precedentemente indicate. Tali soggetti tratteranno i suoi dati conformemente alle istruzioni ricevute dalla fondazione in qualità di responsabili outsourcing o incaricati. L'elenco completo dei predetti soggetti può essere richiesto direttamente alla Fondazione Ceci con sede in Camerano (AN) Via G.P. Marinelli 3, che è il titolare del trattamento. I suoi dati non saranno oggetto di diffusione e saranno conservati solamente per il tempo strettamente necessario alla realizzazione delle finalità precedentemente esposte. Come interessato Lei ha diritto in qualsiasi momento di esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.Lgs 196/2003 indirizzando la relativa richiesta al Titolare del Trattamento

Do il consenso                       Nego il consenso                      firma.....

**Questa dichiarazione sostituisce il certificato dello stato di famiglia**



# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



All.3

Gentile Signore/a,

La FONDAZIONE "CECI" in qualità di titolare del trattamento, la informa ai sensi dell'art.13 del GDPR 679/2016 che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Per trattamento dei dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione di dati anche se non registrati in una banca di dati.

La informiamo inoltre che i dati personali a Lei riferibili saranno trattati nel rispetto delle modalità indicate nell'art.5 del GDPR 679/2016 il quale prevede che i dati siano trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato; raccolti per finalità determinate esplicite e legittime e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità; adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati; esatti e, se necessario, aggiornati; conservati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati; trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentali.

## **Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali**

I Suoi dati personali, compresi quelli dei Suoi familiari o di chi esercita legalmente la potestà, da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti, verranno trattati per l'organizzazione e gestione dell'attività di cura e assistenza socio-sanitaria effettuata presso la struttura, oltre agli aspetti di carattere amministrativo, per gli adempimenti che ottemperano agli obblighi contabili, fiscali e giuridici in tema di ricevute di pagamento, registrazione e conservazione dei documenti ai sensi delle vigenti leggi.

Poiché nel corso di tale rapporto, il nostro Ente può venire a conoscenza di dati che la legge definisce "particolari" quali in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute, La invitiamo a fornirci il Suo consenso scritto al trattamento di tali dati personali

La informiamo inoltre che nel corso della sua permanenza possono essere effettuate riprese o foto, per cui La invitiamo a fornirci il Suo consenso scritto per la sua pubblicazione nel sito internet della fondazione o nella pagina facebook dell'ente, in giornalini, riviste attraverso le quali vengono dimostrate le attività dell'Ente o necessarie per la raccolta fondi.

## **Base giuridica del trattamento**

Il conferimento dei dati si basa sul consenso dell'interessato o di chi esercita legalmente la potestà.

## **Destinatari o categorie di interessati**

Il Suoi dati potranno essere comunicati e successivamente trattati da:

- Direttore Sanitario
- Medico Curante
- Personale incaricato al trattamento
- Consulenti e collaboratori esterni
- Personale sanitario esterno
- Asur
- Inps
- Poste o altre società di recapito della corrispondenza
- Farmacie

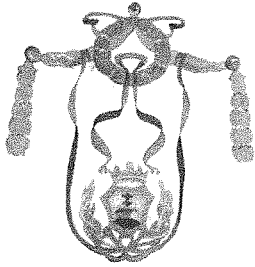
---

FONDAZIONE "CECI" – RESIDENZA PROTETTA – CASA DI RIPOSO - OPERA PIA "CECI"

Codice Fiscale: 80008890420 P. IVA: 01207580422

Sito internet: <http://www.casariposoceci.it> –

postu elettronica: [info@casariposoceci.it](mailto:info@casariposoceci.it) Pec : [info@pec.casariposoceci.it](mailto:info@pec.casariposoceci.it)



# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



## **Periodo di conservazione**

Per i dati sanitari non è previsto un limite nella conservazione, mentre per quelli di natura fiscale e contabile la conservazione è 10 anni come previsto per legge

## **Le conseguenze di un eventuale rifiuto alla comunicazione dei dati personali**

Il conferimento dei dati personali e sensibili ha natura obbligatoria per gli adempimenti di natura fiscale e contrattuale e per l'attività di cura e assistenza socio sanitaria. L'eventuale mancata o errata comunicazione da parte Sua di informazioni a noi necessarie comporterebbe quindi l'impossibilità da parte nostra di fornire un servizio confacente alle Sue necessità e di adempiere agli obblighi sopra indicati e in particolare per ciò che riguarda la normativa in materia fiscale e quella civilistica del contratto.

## **Diritti dell'interessato**

La informiamo altresì che come interessato Lei ha il diritto di accedere, rettificare, cancellare, limitare, opporsi al trattamento oltre alla possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento e di proporre reclamo all'Autorità secondo quanto previsto dagli articoli dal 15 al 22 del GDPR 679/2016, indirizzando la relativa richiesta al Titolare del Trattamento.

## **Estremi identificativi del Titolare**

Il titolare del trattamento è: FONDAZIONE "CECI" con sede in Via G.P. Marinelli 3 60021 Camerano (An)

### **Formula di acquisizione del consenso dell'interessato**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ in qualità di ospite della  
Fondazione "Ceci" / familiare dell'ospite \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016, circa le finalità, le modalità e l'ambito di comunicazione dei dati oggetto del trattamento e dei diritti ad esso spettanti e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "particolari", vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"

esprime il proprio consenso                       nega il proprio consenso

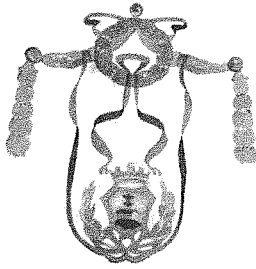
al trattamento dei propri dati personali e particolari necessari e obbligatori per le operazioni e le finalità riportate nell'informativa.

esprime il proprio consenso                       nega il proprio consenso

per la pubblicazione e diffusione dell'immagine per le finalità e con le modalità riportate nell'informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## FONDAZIONE "CECI"

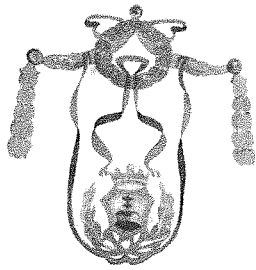
Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



All. 4

A completamento della domanda di ospitalità si richiedono:

- Fotocopia della tessera sanitaria;
- Fotocopia del verbale di invalidità;
- Fotocopia dell'autorizzazione Asur alla fornitura dei presidi per incontinenti;
- Fotocopie di eventuali altre esenzioni di cui gode l'interessato/a;
- Fotocopia della carta d'identità dell'anziano;
- Fotocopia del documento di identità e codice fiscale di chi presenta la domanda.
- Green pass vaccinale per COVID -19 dell'ospite o se non ancora rilasciato le ricevute delle avvenute somministrazioni del vaccino.



# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013

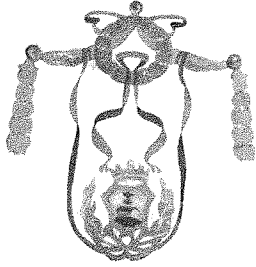


All. 5

## ELENCO DELLA BIANCHERIA DEGLI OSPITI DELLA CASA DI RIPOSO

### CAPI INTIMI E PERSONALI

**N.B.** Su tali capi viene attaccato un numerino corrispondente al numero di biancheria che viene assegnato all'ospite al momento dell'entrata in casa di riposo.



# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



All. 6

Telefono: 071730349 fax: 0712825013

e-mail: [info@pec.casariposoceci.it](mailto:info@pec.casariposoceci.it)

partita i.v.a.: 01207580422

codice fiscale: 80008890420

## ORARIO UFFICIO

(chiuso la domenica e i festivi)

Lunedì: dalle ore 10.00 alle ore 13.00

Martedì: dalle ore 16.00 alle ore 19.00

Mercoledì: dalle 10.00 alle ore 13.00

Giovedì: dalle ore 16.00 alle ore 19.00

Venerdì: dalle ore 10.00 alle ore 13.00

Sabato: su appuntamento

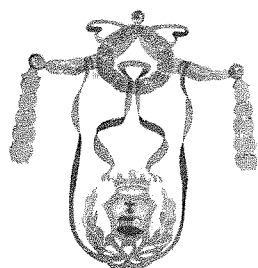
## CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RETTA

Il pagamento della retta mediante bonifico bancario sul c/c bancario, intestato a: FONDAZIONE "CECI" presso la BANCA DI FILOTTRANO - CREDITO COOPERATIVO DI FILOTTRANO E DI CAMERANO SOC. COOPERATIVA, Filiale di Via Mons. Donzelli, 34; Tel.071/73018 con il seguente IBAN:

**IT 45 V 08549 37260 00000010123**

Il versamento della retta di ospitalità dovrà essere effettuato entro il decimo giorno del mese in corso.

Eventuali impedimenti dovranno essere comunicati tempestivamente all'ufficio amministrazione.



## FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



All. 7

### Rette di ospitalità 2022

| CATEGORIA                                               | RETTA                |
|---------------------------------------------------------|----------------------|
| Autosufficienti                                         | € 1.263,00 (mensili) |
| Parzialmente autosuff.                                  | € 1.475,00 “         |
| Non autosufficienti                                     | € 1.687,00 “         |
| Alzheimer e demenze                                     | € 1.788,00 “         |
| Demenze gravi e piaghe<br>da decubito oltre il 3° grado | € 2.000,00 “         |

supplemento per camera singola € 250,00 mensili, € 150,00 mensili o € 100,00 mensili in base alla tipologia di camera singola.



All.8

Cognome Nome ospite \_\_\_\_\_

Data Ingresso \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero biancheria: \_\_\_\_\_ REPARTO: \_\_\_\_\_

**CORREDO DI BASE OBBLIGATORIO**

**CORREDO DI BASE AL MOMENTO**

**DELL'INGRESSO**

N°6 TUTE COMPLETE

n° \_\_\_\_\_

N°6 PANTALONI CON ELASTICO

n° \_\_\_\_\_

N°6 CAMICETTE MAGLINA/POLO/T-SHIRT MANICA LUNGA O CORTA

(in base stagione)

n° \_\_\_\_\_

N°6 FELPE APERTE/GOLFINI SINTETICI O MISTI

n° \_\_\_\_\_

N° 10 MAGLIE INTIME

n° \_\_\_\_\_

N° 10 CAMICIE DA NOTTE O PIGIAMI

n° \_\_\_\_\_

N° 2 PAIO DI PANTOFOLE

n° \_\_\_\_\_

N°10 PAIA DI CALZINI COLORATI (COTONE/LANA in base a stagione)

n° \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

**CORREDO FACOLTATIVO E/O A RICHIESTA**

N°4 TUTIONI SANITARI INTERI CON CERNIERA POSTERIORE

n° \_\_\_\_\_

N°10 PAIA DI SLIP (solo se persona continente)

n° \_\_\_\_\_

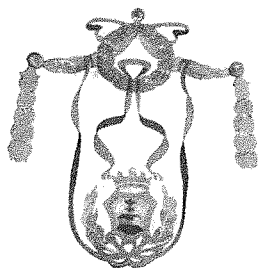
ABITI O GONNE (solo se persona autosufficiente)

n° \_\_\_\_\_

**SI PREGA EVITARE CAPI DELICATI (golfini lana/seta etc.)**

1. Sarà cura del nostro personale rispettare le esigenze e le comodità dell'ospite stesso.
2. Ogni capo deve essere contrassegnato con il numero stabilito dalla Casa di Riposo; tale numero deve essere di stoffa e cucito in modo che sia visibile  
La Direzione non risponde per lo smarrimento della biancheria non numerata con appositi numeri in stoffa cuciti sull'indumento.
3. Per l'eventuale aggiunta di corredo (sempre numerato) deve essere avvisata la Direzione ed il personale addetto al guardaroba per l'aggiornamento dell'elenco stilato al momento dell'ingresso.
4. Si prega cortesemente di segnalare infine, al momento dell'ingresso l'eventuale possesso di ausili e/o presidi (carrozzine, bastoni, deambulatori ecc.) e di contrassegnare anch'essi con il numero di corredo.
5. Il corredo del parente deceduto va ritirato dai familiari

**La Direzione**



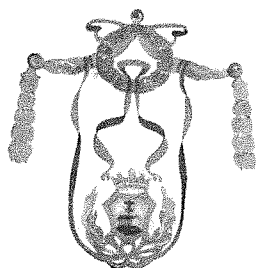
# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



All. 9

|                                                |                           |                   |
|------------------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>CENTRALINO/ Imp. Amm.Sabbatini Stefania</b> |                           | 071-73034 9       |
| <b>CELLULARE FONDAZIONE CECI</b>               |                           | <b>3510056333</b> |
|                                                |                           | Fax 071-2825013   |
| <b>PRESIDENTE</b>                              | Piergiacomini Massimo     | 071-73034 24      |
| <b>FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO - SEGRETARIO</b> |                           |                   |
| Dott.ssa Focone Nicoletta                      |                           | 071-73034 22      |
| <b>AMMINISTRAZIONE</b>                         |                           |                   |
| Dr.ssa Raffaelli Antonella                     |                           | 071-73034 21      |
| Cantori Francesca                              |                           | 071-73034 20      |
| <b>TECNICO</b>                                 | Geom. Andreanelli Manuela | 071-73034 23      |
| <b>SERVIZI INTERNI</b>                         |                           |                   |
| <b>NUCLEI 0,1, 2 (1° REP.)</b>                 | Infermeria                | 071-73034 26      |
|                                                | Corsia/degenza P.T.       | 071-73034 29      |
|                                                | Corsia/degenza P.1        | 071-73034 30      |
|                                                | Corsia/degenza P.2        | 071-73034 31      |
| <b>NUCLEO A (2° REP. )</b>                     | Infermeria                | 071-73034 27      |
|                                                | Corsia/degenza            | 071-73034 32      |
| <b>NUCLEO B (3° REP.)</b>                      | Infermeria                | 071-73034 28      |
|                                                | Corsia/degenza            | 071-73034 33      |
| <b>LAVANDERIA</b>                              |                           |                   |
|                                                |                           | 071-73034 35      |
| <b>STIRERIA</b>                                |                           |                   |
|                                                |                           | 071-73034 36      |
| <b>OFFICINA</b>                                |                           |                   |
|                                                |                           | 071-73034 37      |
| <b>SALA RIUNIONI</b>                           |                           |                   |
|                                                |                           | 071-73034 38      |
| <b>PALESTRA FISIOTERAPISTA</b>                 |                           |                   |
|                                                |                           | 071-73034 43      |



# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 2825013



All. 10

## ARTICOLO 8.2 DELLA CARTA DEI SERVIZI DELLA FONDAZIONE "CECI"

### 8.2 ORARI VISITE ESTERNE

Ogni ospite può ricevere visite da parte di familiari ed amici, possibilmente nei seguenti orari:

il mattino dalle ore 9.30 alle ore 11:00

il pomeriggio dalle ore 16.00 alle ore 18.00 e dalle ore 19.00 alle ore 20:00

E' opportuno, peraltro, che tali visite non siano d'ostacolo alle attività giornaliere e che non arrechino disturbo alla tranquillità ed al riposo degli ospiti.

Sarà valutata da parte del personale sanitario e di direzione la possibilità di far permanere i familiari, che lo richiedano, durante e per la somministrazione del vitto al proprio caro.



**Distretto 7**

**RICHIESTA DI AMMISSIONE O DIMISSIONE PROTETTA  
IN STRUTTURE RESIDENZIALI (CI, RSA, RP) DISTRETTO 7**

Data .....

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.<sup>ssa</sup> .....

MEDICO DI MEDICINA GENERALE [tel.....]

DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE ..... [ tel.....]

**Richiede ammissione in struttura residenziale per:**

Cognome e Nome.....

nato il ..... città ..... prov.(.....)

residenza..... Tel.....

caregiver/familiare di riferimento..... Tel.....

L'utente è attualmente assistito :

a domicilio       in ospedale      dal.....presso.....

in ..... dal ..... presso .....  
(specificare tipologia setting)

**REQUISITI DI AMMISSIONE IN STRUTTURA RESIDENZIALE (CI, RSA, RP)**

- Non autosufficienza
- Non assistibilità a domicilio
- Presenza di disabilità o di patologie croniche stabilizzate multiproblematiche o di esiti invalidanti (temporanei o permanenti) che necessitano di prestazioni sanitarie (assistenziali, curative e/o riabilitative) e socio-assistenziali da parte di personale qualificato \_\_\_\_\_
- Ricovero di sollievo
- Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.
- Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero .
- Pazienti adulti, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti.
- Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico , ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.
- Pazienti provenienti dal proprio domicilio (o strutture residenziali di bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate
- Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (disease-related) o dell' inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (disuse-related).
- Pazienti con necessità di terapia con farmaci H, ma stabili dal punto di vista clinico.

## Descrizione delle problematiche assistenziali e sanitarie attive

(compilazione a cura del Medico/Infermiere)

Cognome e Nome .....

**Diagnosi principale**.....

**Diagnosi secondarie**.....

.....

.....

**Terapia in atto (indicare il farmaco in uso e la posologia):**.....

.....

.....

**Terapia del dolore**.....

**Farmaco con piano terapeutico**.....

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RESPIRAZIONE/<br/>AUSILI</b>                  | <input type="checkbox"/> Eupnea <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo<br><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/mln _____<br><input type="checkbox"/> Necessarie aspirazioni secrezioni <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> CPAP<br><input type="checkbox"/> Respiratore<br><input type="checkbox"/> Tracheostomia (tipo _____ misura _____) |
| <b>ALIMENTAZIONE</b>                             | <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> SNG posizionato il _____ PEG/PEG-J posizionata il _____<br><input type="checkbox"/> Parenterale                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>DENTATURA</b>                                 | <input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> protesi <input type="checkbox"/> altro _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>DEGLUTIZIONE</b>                              | <input type="checkbox"/> Disfagia a solidi <input type="checkbox"/> disfagia a liquidi <input type="checkbox"/> deglutizione normale                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>DIETA</b>                                     | <input type="checkbox"/> Dieta speciale _____<br><input type="checkbox"/> Restrizione dietetiche _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>OBESITA' III CLASSE</b>                       | <input type="checkbox"/> Si    Peso Kg _____ <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>ELIMINAZIONE<br/>URINARIA/AUSILI</b>          | <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Alterazione urinaria _____<br><input type="checkbox"/> catetere vescicale tipo _____ Ch _____<br><input type="checkbox"/> Pannolone mis. _____ <input type="checkbox"/> urocontrol <input type="checkbox"/> Stomia urinaria (tipo _____ mis. _____)<br><input type="checkbox"/> Drenaggio _____                                                                                      |
| <b>ELIMINAZIONE<br/>INTESTINALE/AUSILI</b>       | <input type="checkbox"/> Alterazione eliminazione intestinale: _____<br><input type="checkbox"/> Utilizzo lassativi o clisteri evacuativi<br><input type="checkbox"/> Pannolone mis _____ <input type="checkbox"/> colostomia /ileostomia (tipo _____ misura _____)<br><input type="checkbox"/> Drenaggio _____                                                                                                                                 |
| <b>MOBILITA'</b>                                 | <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> con ausili <input type="checkbox"/> con aiuto <input type="checkbox"/> allettato <input type="checkbox"/> letto/poltrona<br><input type="checkbox"/> postura obbligata per patologia <input type="checkbox"/> altro                                                                                                                                                                  |
| <b>STATO NEUROPSICHICO</b>                       | <input type="checkbox"/> Vigile e collaborante <input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> deficit cognitivo<br><input type="checkbox"/> non risponde<br><input type="checkbox"/> Capacità di comprendere e comunicare informazioni<br><input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali, se si quali _____                                              |
| <b>CAPACITA' SENSORIALI DI<br/>COMUNICAZIONE</b> | <input type="checkbox"/> Non disturbi<br><input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio: <input type="checkbox"/> afasia <input type="checkbox"/> disartria <input type="checkbox"/> altro<br><input type="checkbox"/> Disturbi dell'udito<br><input type="checkbox"/> Disturbi della vista                                                                                                                                                   |
| <b>PRESIDI/<br/>DISPOSITIVI</b>                  | <input type="checkbox"/> Drenaggi (tipo e sede) _____ <input type="checkbox"/> CVP posizionato il _____<br><input type="checkbox"/> CVC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____<br><input type="checkbox"/> PICC in sede _____ tipo _____ posizionato il _____<br><input type="checkbox"/> MIDLINE in sede _____ tipo _____ posizionato il _____                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>CUTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Integra<br><input type="checkbox"/> Presenza dei fattori di rischio di compromissione dell'integrità cutanea <span style="float: right;">Rischio basso medio alto</span><br><input type="checkbox"/> Presenza di segni di lesioni da pressione (stadiazione):<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br>sede Lesione _____ Stadiazione I II III IV<br><input type="checkbox"/> Ferite chirurgiche <input type="checkbox"/> ulcere distrofiche <input type="checkbox"/> presenza di lividi <input type="checkbox"/> presenza edemi specificare _____<br><input type="checkbox"/> Presenza di altre lesioni, descrivere _____ |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>UTILIZZO MEZZI DI CONTENZIONE:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>PRESENZA DI DOLORE:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>INFEZIONI IN ATTO:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>NECESSITA ISOLAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si,quale.....                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>ATTIVITA' GESTIONE DELLA PERSONA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Completamente autonomo (livello 1)<br><input type="checkbox"/> richiede l'uso di ausili (livello 2)<br><input type="checkbox"/> Richiede la supervisione di un'altra persona (livello 3)<br><input type="checkbox"/> richiede l'assistenza di un'altra persona (livello 4)<br><input type="checkbox"/> E' dipendente e non partecipa (livello 5) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Alimentazione livello _____<br>Igiene della persona livello _____<br>Fare il bagno livello _____<br>Vestirsi livello _____<br>Deambulazione livello _____<br>Cura dell'aspetto livello _____<br>Mobilità nel letto livello _____ |  |  |

### IDA :indice dipendenza assistenziale

| ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                        | ELIMINAZIONE ALVO URINE |                                               | IGIENE E CONFORT       |                                                           | MOBILIZZAZIONE        |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NPT o NET                                                              | 1                       | Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente  | 1                      | Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del pz       | 1                     | Allettato                                                                        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Deve essere imboccato                                                  | 2                       | Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale | 2                      | Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del pz         | 2                     | Mobilizzazione su poltrona                                                       |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Necessita di aiuto per alimentarsi                                     | 3                       | Catetere vescicale a permanenza               | 3                      | Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi  | 3                     | Cammina con l'aiuto di una o più persone                                         |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Autonomo                                                               | 4                       | Autonomo                                      | 4                      | Autosufficiente                                           | 4                     | Autonomo                                                                         |
| PROCEDURE DIAGNOSTICHE                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                        |                         |                                               | PROCEDURE TERAPEUTICHE |                                                           | PERCEZIONE SENSORIALE |                                                                                  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Monitoraggio dei parametri vitali continuo                             |                         |                                               | 1                      | Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24h | 1                     | Stato soporoso/coma                                                              |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h |                         |                                               | 2                      | CVC o periferico per infusione non continua               | 2                     | Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte         |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h |                         |                                               | 3                      | Terapia per os, im, ev (comprese le fleboclii)            | 3                     | Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti                     |                         |                                               | 4                      | Terapia solo per os o nessuna terapia                     | 4                     | Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte            |
| Punteggio totale _____<br>Punteggio da 7 a 11: ALTA dipendenza assistenziale (2)<br>Punteggio da 12 a 19: MEDIA dipendenza assistenziale (1)<br>Punteggio da 20 a 28: BASSA dipendenza assistenziale (0)<br><b>N.B.Procedure diagnostiche: 1-2 non idoneo per ricovero in cure intermedie.</b> |                                                                        |                         |                                               |                        |                                                           |                       |                                                                                  |

**SCALA NEWS**

PAZIENTE Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ Firma operatore comilatore \_\_\_\_\_

| PARAMETRI FISIOLGICI    | 3      | 2          | 1              | 0              | 1              | 2            | 3                                                    | punteggio |
|-------------------------|--------|------------|----------------|----------------|----------------|--------------|------------------------------------------------------|-----------|
| Frekuensi del respiro   | <=8    |            | 9-11           | 12-20          |                | 21-24        | >=25                                                 |           |
| Saturazione d'ossigeno  | <=91   | 92-93      | 94-95          | >=96           |                |              |                                                      |           |
| Ossigeno supplementare  |        |            |                |                |                |              |                                                      |           |
| Temperatura corporea    | <=35,0 |            | 35,1 -<br>36,0 | 36,1 -<br>38,0 | 38.1 -<br>39,0 | >=39,1       |                                                      |           |
| Pressione sistolica     | <=90   | 91-<br>100 | 101 -110       | 111 - 219      |                |              | >=220                                                |           |
| Frekuensi cardiaca      | <=40   |            | 41-50          | 51 -90         | 91 - 110       | 111 -<br>130 | >=131                                                |           |
| Stato di coscienza      |        |            |                | vigile         |                |              | richiamo<br>verbale,<br>dolore<br>provocato,<br>coma |           |
| <b>Punteggio totale</b> |        |            |                |                |                |              |                                                      |           |

**N.B.**I sei punteggi devono essere sommati e, nel caso sia necessario l'ossigeno terapia, deve essere aggiunto il punteggio di due.

| Punteggio NEWS                                                    | Rischio clinico |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 0                                                                 | basso           |
| 1 - 4 di somma                                                    |                 |
| ALLARME ROSSO (quando un solo parametro raggiunge il numero di 3) | medio           |
| 5-6 di somma                                                      |                 |
| =7                                                                | alto            |

Data.....Firma del Medico.....Firma dell'Infermiere Inviante.....

**Allegati.** Scale compilate per valutazione di approfondimento :

- |                                                                                        |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Valutazione delle funzioni cognitive: MMSE, SPMSQ             | <input type="checkbox"/> Valutazione del tono dell'umore: GDS,HRSD   |
| <input type="checkbox"/> Valutazione dello stato funzionale: Barthel Index, BADL, IADL | <input type="checkbox"/> Valutazione alterazioni comportamento: NPI  |
| <input type="checkbox"/> Valutazione stato salute fisica (comorbidità somatica) : CIRS | <input type="checkbox"/> Valutazione stato nutrizionale :MNA         |
| <input type="checkbox"/> Valutazione rischio lesioni da decubito: Norton, Braden       | <input type="checkbox"/> Valutazione andatura ed equilibrio: Tinetti |
| <input type="checkbox"/> altre valutazioni (specificare).....                          |                                                                      |

**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIO- FAMILIARE E ASSISTENZIALE**  
**RELAZIONE SOCIALE**

(compilazione a cura dell' Assistente Sociale)

Cognome e Nome .....

| CONDIZIONE SOCIO-FAMILIARE                                                     |                             |                                                                                                                     |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Vive solo/a                                                                    | <input type="checkbox"/>    | Vive con persona che fornisce assistenza continuativa (familiari, badante)                                          | <input type="checkbox"/>    |
| Vive con coniuge autonomo                                                      | <input type="checkbox"/>    | Paziente istituzionalizzato                                                                                         | <input type="checkbox"/>    |
| Vive con coniuge non autonomo                                                  | <input type="checkbox"/>    | Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante il ricovero (familiare,badante,volontari) | <input type="checkbox"/>    |
| Altro                                                                          |                             |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>    |
| CAREGIVER PRINCIPALE                                                           |                             |                                                                                                                     |                             |
| Cognome _____ Nome _____                                                       |                             |                                                                                                                     |                             |
| Recapiti telefonici _____                                                      |                             |                                                                                                                     |                             |
| Data di nascita ____ / ____ / ____                                             |                             | Titolo di studio _____                                                                                              |                             |
| In età lavorativa                                                              | si <input type="checkbox"/> | no <input type="checkbox"/>                                                                                         | In pensione                 |
|                                                                                |                             |                                                                                                                     | si <input type="checkbox"/> |
|                                                                                |                             |                                                                                                                     | no <input type="checkbox"/> |
| Ore die dedicate all'assistenza della persona _____                            |                             |                                                                                                                     |                             |
| CONDIZIONE ABITATIVA                                                           |                             | CONDIZIONE ECONOMICA                                                                                                |                             |
| <b>ABITAZIONE</b>                                                              |                             | <b>PENSIONE</b>                                                                                                     |                             |
| <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto         |                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                             |                             |
| <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Senza fissa dimora |                             | Invalidità civile                                                                                                   |                             |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                                           |                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                             |                             |
| Presenza di barriere architettoniche                                           |                             | Assegno di accompagnamento                                                                                          |                             |
| Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                        |                             | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                             |                             |
|                                                                                |                             | In corso <input type="checkbox"/>                                                                                   |                             |
| MEDICO DI MEDICINA GENERALE                                                    |                             | SERVIZI TERRITORIALI GIA' ATTIVI                                                                                    |                             |
| Cognome: _____                                                                 |                             | <input type="checkbox"/> SAD                                                                                        |                             |
| Nome: _____                                                                    |                             | <input type="checkbox"/> Assegno di Cura                                                                            |                             |
| Recapiti telefonici: _____                                                     |                             | <input type="checkbox"/> Cure Domiciliari (ADI)                                                                     |                             |
|                                                                                |                             | <input type="checkbox"/> Fornitura di presidi/ausili                                                                |                             |

Data compilazione \_\_\_\_\_ Firma operatore compilatore \_\_\_\_\_



**Accettazione della procedura di ammissione in CI/RSA/RP**

In data.....Il Sottoscritto.....

nato il .....città .....prov.(.....)

residenza..... Tel.....

in qualità di  utente  caregiver  familiare  legale rappresentante

Dichiara di accettare il ricovero in struttura residenziale

**Firma**.....



**UVI** (parte riservata alla Unità Valutativa Integrata)

Vista la richiesta del MMG/DIRIGENTE MEDICO U.O. OSPEDALE e sulla base della documentazione sanitaria acquisita e della valutazione multidimensionale si giudica l'assistito \_\_\_\_\_

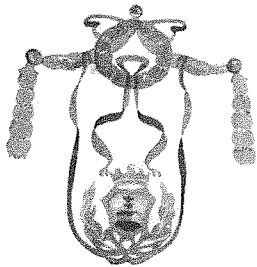
- IDONEO AL RICOVERO IN :
  - C.I.
  - RSA
  - RP

- NON IDONEO AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

Data e luogo.....

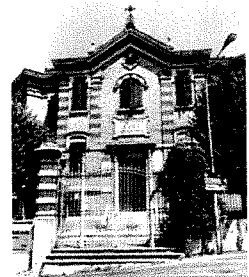
Per L'Unità di Valutazione Distretto 7 Asur Marche

Firma del Responsabile.....



# FONDAZIONE "CECI"

Via G. P. Marinelli n. 3  
60021 Camerano (AN)  
Telefono: 071 730349  
Fax: 071 7303440



All. 12

## DISPOSIZIONI PER L'ACCONCIATURA DEI CAPELLI

Il/la sottoscritto/a.....  
Familiare .....(figlio/a nipote, genero, nuora)  
del/della Sig./Sig.ra .....  
Ospite della Casa di Riposo-Residenza Protetta Fondazione "Ceci" – Camerano (AN)

### dà disposizione alla Fondazione "Ceci" affinché

Al/alla Sig./Sig.ra .....  
venga effettuata una messa in piega, oltre quella mensile prevista e gratuita, con la seguente cadenza:

- 1 ulteriore messa in piega mensile
- 2 ulteriori messe in piega mensili
- 3 ulteriori messe in piega mensili
- Tinta dei capelli mensile

Con decorrenza dal .....al .....  
al costo di € 10,00 cadauna, da versare mensilmente con il pagamento della retta.

Distinti saluti.

Data.....

firma