



DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.

SEZ. 1

DATI ANAGRAFICI

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ ☐ M ☐ F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

COGNOME E NOME _____ LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

ATTO N. _____ DEL _____ TRIBUNALE DI _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME _____ LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____ CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ IN VIA/PIAZZA _____ N. _____

GRADO DI PARENTELA _____ E-MAIL _____

TELEFONO/CELL. _____ ALTRI RECAPITI TELEFONICI _____

**URGENZA DELLA DOMANDA:**

- ☐ ESTREMA
 ☐ ORDINARIA
 ☐ INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA A SCOPO PREVENTIVO

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- ☐ STATO DI SALUTE
☐ PROBLEMI FAMILIARI
☐ CONDIZIONI ABITATIVE
☐ TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA
- ☐ SOLITUDINE
☐ ALTRO (specificare):.....

☐ ALLOGGIO NON ADEGUATO
☐ EVENTUALE SFRATTO

SEZ. 2**DATI PERSONALI****SCOLARITÀ:**

- ☐ ELEMENTARI
 ☐ SUPERIORI
 ☐ ALTRO

ATTIVITÀ LAVORATIVA:

.....

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- ☐ CONSENZIENTE
 ☐ INDIFFERENTE
 ☐ NON IN GRADO DI DECIDERE
☐ CONTRARIO
 ☐ NON INFORMATO

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- ☐ TEMPORANEO
 ☐ DEFINITIVO

STATO CIVILE:

- ☐ CELIBE / NUBILE
☐ CONIUGATO / A
☐ SEPARATO / A
☐ DIVORZIATO / A
☐ VEDOVO / A

PENSIONE TIPO :

- ☐ ANZIANITA' -VECCHIAIA
 ☐ REVERSIBILITÀ
 ☐ INVALIDITÀ SOCIALE
☐ ALTRO (indicare il tipo)
 ☐ NESSUNA PENSIONE

INVALIDITÀ CIVILE:

- ☐ IN CORSO
 ☐ RICONOSCIUTA, AL _____ %
 ☐ DOMANDA NON PRESENTATA

**INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:**

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ NON RICONOSCIUTA | ☐ RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | ☐ CIECO ASSOLUTO |
| ☐ IN ATTESA | | ☐ CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| ☐ DOMANDA NON PRESENTATA | | ☐ INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | ☐ SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ☐ IN CORSO | ☐ SI | ☐ NO | ☐ DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI**ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- | | |
|---|--|
| ☐ AL PROPRIO DOMICILIO | ☐ PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| ☐ IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | ☐ IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| ☐ IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | ☐ DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ DI PROPRIETÀ | ☐ IN AFFITTO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|--|--|
| ☐ VIVE SOLO | ☐ DA QUANTO TEMPO |
| ☐ NON VIVE SOLO | |
| ☐ CONIUGE | |
| ☐ FIGLIO/A | |
| ☐ BADANTE | |
| ☐ ALTRO | |

IL CONVIVENTE È:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ AUTOSUFFICIENTE | ☐ PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE | ☐ NON AUTOSUFFICIENTE |
|--|---|--|

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					☐ SI	☐ NO
2					☐ SI	☐ NO
3					☐ SI	☐ NO
4					☐ SI	☐ NO

**SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:**

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
☐ IGIENE PERSONALE	☐ M.M.G.
☐ PULIZIA CASA	☐ INFERMIERE PROFESSIONALE
☐ ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA	☐ TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE
☐ AIUTO PER LA SPESA	☐ ALTRO (specificare): _____
☐ PASTO CALDO	
☐ TELESOCCORSO	
☐ ALTRO (specificare): _____	

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- ☐ CENTRO PSICOSOCIALE
 ☐ CENTRO DIURNO ANZIANI
 ☐ CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:

- ☐ CARROZZINA
 ☐ MATERASSO ANTIDECUBITO
 ☐ SOLLEVATORE
☐ ALTRO (specificare):

SEZ. 4 Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarla che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.

I dati acquisiti saranno comunicati all'ATS della Brianza e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 d. lgs. 196/2003.

D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a



conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo dell'raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A. , e presa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data.....

In fede.....

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:

☐ DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO

☐ DA UN PARENTE
(specificare).....

☐ ALTRO
(specificare).....

(NOME E COGNOME)_____ tel. _____

Il sottoscritto _____ dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure d'ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna altresì a comunicare alle RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc)

Firma dell'interessato o del richiedente_____

Data _____

Si allega :

- copia carta d'identità dell'interessato
- copia tessera sanitaria dell'interessato.

Parte riservata alla struttura

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

Responsabile UOC Accesso ai Servizi e
Continuità Assistenziale

Dr. Andrea De Vitis

Direttore. Dipartimento PIPSS
(Programmazione per Integrazione delle
Prestazione Sociosanitarie con quelle Sociali)

Dr. Maurizio Resentini



RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE
PER L'INGRESSO IN R.S.A.

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____						
Iipertensione arteriosa Specificare: _____						
Patologie vascolari Specificare _____						
Patologie respiratorie Specificare _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____						
Patologie epatiche Specificare _____						
Patologie renali Specificare _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____						



Patologie neurologiche centrali e periferiche (*escluse le demenze*)
Specificare

Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare

Patologie psichiatrico-comportamentali (*incluse le demenze*)
Specificare

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione

- | | |
|---|---|
| ☐ NESSUNO | ☐ DISFAGIA |
| ☐ STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE | ☐ DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA |
| ☐ OBESITÀ | ☐ NUTRIZIONE ENTERALE: |
| ☐ MALNUTRIZIONE | ☐ ○ SONDINO NASO - GASTRICO |
| ☐ RIFIUTO DEL CIBO | ☐ ○ GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA |
| ☐ SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE | ☐ NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE |
| ☐ SI ALIMENTA CON AIUTO | |
| ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE | |

Diabete mellito

- | | |
|--|--|
| ☐ TRATTATO CON LA SOLA DIETA | ☐ INSULINOTERAPIA |
| ☐ FARMACI ANTIDIABETICI ORALI | |

Lesioni cutanee

- | | |
|--|--------------------------|
| ☐ LESIONI DA DECUBITO | SEDE: _____ STADIO _____ |
| ☐ LESIONI VASCOLARI | SEDE: _____ STADIO _____ |

Coma o stato vegetativo ☐

Sclerosi Laterale Amiotrofica ☐

Linguaggio

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ NORMALE | |
| ☐ DISARTRIA | |
| ☐ AFASIA | ☐ ESPRESSIVA |
| | ☐ DI COMPrensIONE |
| | ☐ GLOBALE |

Vista ed udito

- | |
|--|
| ☐ VEDE E SENTI BENE |
| ☐ NON VEDE |
| ☐ NON SENTI |
| ☐ DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO |

Igiene

- | |
|---|
| ☐ SI LAVA AUTONOMAMENTE |
| ☐ NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE |
| ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE |

Capacità di vestirsi / svestirsi

- | |
|--|
| ☐ SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE |
| ☐ NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI |
| ☐ TOTALMENTE DIPENDENTE |



Mobilità		Cadute negli ultimi 3 mesi	
☐ SI MUOVE AUTONOMAMENTE ☐ SI MUOVE CON DEAMBULATORE ☐ IN CARROZZINA ☐ ALLETTATO		☐ NESSUNA ☐ 1 – 3 VOLTE ☐ PIÙ DI TRE VOLTE	
Terapia riabilitativa in corso		Assistenza respiratoria	
☐ NESSUNA ☐ POST-ACUTA ☐ DI MANTENIMENTO		☐ OSSIGENO OCCASIONALMENTE ☐ OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO ☐ OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO ☐ TRACHEOTOMIA ☐ VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA ☐ VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA	
Minzione e Evacuazione			
☐ UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA ☐ CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA ☐ CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA ☐ URETEROCUTANEOSTOMIA		☐ NEFROSTOMIA ☐ STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) ☐ ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA	
Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore			
☐ NESSUNO ☐ PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI ☐ PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA ☐ DISORIENTAMENTO NEL TEMPO ☐ DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO ☐ COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO ☐ PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE ☐ FACILE IRRITABILITÀ ☐ CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO ☐ URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI ☐ DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)		☐ DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI ☐ DELIRI E ALLUCINAZIONI ☐ STATO ANSIOSO ☐ TONO DELL'UMORE DEFLESSO ☐ APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI ☐ TENTATI SUICIDI ☐ ETILISMO ATTUALE ☐ ETILISMO PREGRESSO ☐ AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI ☐ NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE ☐ NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO ☐ ALTRO	
Terapia dialitica			
☐ DIALISI PERITONEALE		☐ DIALISI EXTRACORPOREA	
☐ Radioterapia			
☐ Chemioterapia			



Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

Allergie a farmaci

☐ NO

☐ SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI ☐ NO ☐

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono
