

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Città Metropolitana di Milano.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

**GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA**

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

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

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di  AdS  Tutore  Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

**PER IL SIG./LA SIG.RA**

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

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Genere:  M  F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

Residente in _____	CAP _____
Via / Corso _____	Recapito telefonico _____

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno  si  no Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA**

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

<p><b>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee  <input type="checkbox"/> Vive solo/sola  <input type="checkbox"/> Perdita autonomia  <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso  <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue  <input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio  <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)</p> <hr/>	<p><b>PROVENIENZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Domicilio  <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale)  <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica  <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione  <input type="checkbox"/> Altra RSA  <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <hr/>
<p><b>TIPOLOGIA DI RICOVERO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tempo determinato  <input type="checkbox"/> Lungodegenza</p> <p>Nucleo Alzheimer    <input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>CONVENZIONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO  <input type="checkbox"/> Sì, con il seguente ente:</p> <hr/>
<p><b>CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO</b></p> <p><input type="checkbox"/> SI    <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____      note: _____</p>	
<p><b>SITUAZIONE ABITATIVA</b></p> <p>Con chi vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Solo  <input type="checkbox"/> Coniuge  <input type="checkbox"/> Figli  <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____  <input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>Dove vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata  <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata  <input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata</p> <p>Perché _____</p> <p><input type="checkbox"/> Casa di proprietà  <input type="checkbox"/> Affitto  <input type="checkbox"/> Casa ALER  <input type="checkbox"/> Usufrutto  <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <hr/>	<p><b>TUTELA</b></p> <p><input type="checkbox"/> NO    <input type="checkbox"/> Sì:</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela  <input type="checkbox"/> In corso  <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____  <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <p>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):      _____</p> <hr/> <p>Qualifica:  <input type="checkbox"/> Familiare:  <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)      _____</p> <hr/> <p>Recapiti:      _____</p> <hr/>

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

<p><b>SITUAZIONE FAMILIARE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Coniugato/a</li> <li><input type="checkbox"/> Divorziato/a</li> <li><input type="checkbox"/> Celibe/nubile</li> <li><input type="checkbox"/> Separato/a</li> <li><input type="checkbox"/> Vedovo/a</li> <li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li>   <li><input type="checkbox"/> Fratelli (N:      )</li> <li><input type="checkbox"/> Sorelle (N:      )</li>   <li><input type="checkbox"/> Figli (N:      )</li> <li><input type="checkbox"/> Figlie (N:      )</li> </ul>	<p><b>SITUAZIONE ECONOMICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nessuna pensione</li> <li><input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia</li> <li><input type="checkbox"/> Minima/sociale</li> <li><input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc</li> <li><input type="checkbox"/> Reversibilità</li>   <li><input type="checkbox"/> In attesa di invalidità civile</li> <li><input type="checkbox"/> Invalidità ↳ Codice: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Percentuale: _____ %</li> <li><input type="checkbox"/> Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> In attesa</li> </ul>
---	---

**LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI**

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_
- Laurea in \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_
- Professione pre pensionamento
- Interessi / hobby \_\_\_\_\_

**RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE**

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_
- CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi:  NO  SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_
- Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

**COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA**

- Direttamente
- Servizio Sociale di:  Centri Sociali Territoriali  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETÀ (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

**EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI**

---



---



---



---

Ai sensi del D.Lgs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

**NOTE:**

---



---



---



---

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Cognome e Nome .....

Data di nascita ..... / ..... / .....

luogo di nascita .....

**QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI**

INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)	DIAGNOSI	ASSENTE	LEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
		<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Iipertensione</b> (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato vascolare</b> (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato respiratorio</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Occhi / O.R.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato digerente tratto inferiore</b> (intestino, ernie)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Fegato</b> (solo fegato)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Renе</b> (solo rene)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema nervoso</b> (sistema nervoso centrale e periferico; <b>non include la demenza</b> )	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	.....	<input type="checkbox"/>				
<b>Stato mentale e comportamentale</b> (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	.....	<input type="checkbox"/>				

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

.....  
ALLERGIE  NON NOTE  NO  SI, DI CHE TIPO: .....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI**

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto <input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore <input type="checkbox"/> immobilità a letto
Utilizzo ausili per la deambulazione (è possibile barrare più caselle)	<input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> altro.....
Autonomia igiene e cura personale	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Autonomia nell'uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> senza aiuto / sorveglianza <input type="checkbox"/> aiuto parziale <input type="checkbox"/> aiuto totale
Incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Catetere vescicale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Data ultimo posizionamento: ..... / ..... / 20.....
Presidi assorbenti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Nefro /urostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:.....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede: ..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: ..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:.....
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Numero cadute nell'anno: .....

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

**DEFICIT SENSORIALI**

Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cecità assoluta	<input type="checkbox"/> SI
Ipoacusia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Corretta con protesi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHiatrici**

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma/stato vegetativo (GCS:..... /15)		
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Disorientamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....		
Crisi d'ansia / attacchi di panico frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Deflessione del tono dell'umore	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Allucinazioni	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Tentativi di allontanamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....		
Etilismo/polus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	<input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso	
	Di che tipo: .....		
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si,	di che tipo: .....	
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	indicare la data: .....	/ .....
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	.....	
Eventuali note e osservazioni:	.....		

**PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

Autonomia nell'alimentazione	<input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi/imboccamento		
Edentulia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:	Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore	<input type="checkbox"/> Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore
Rifiuto del cibo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Cibi frullati o omogeneizzati	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
		Addensanti	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO**

Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm	

Intolleranze	<input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
--------------	---

**TERAPIA**

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Tipo.....
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc)	.....

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ...../ ..... / 20....

Nome e Cognome medico curante:  Recapito  tel.diretto..... fax..... e-mail diretta: ..... @.....	Timbro e firma del medico curante
---	-----------------------------------

Data di compilazione: ...../ ..... / 20.....