



Regione  
Lombardia

ASL Milano 1

Spazio riservato RSA

<b>Attestazione ricevimento domanda</b> (data e timbro di ricevuta RSA)		<b>Identificativo utente</b> (codice)	
---	--	--	--

## DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN RSA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soggetto direttamente interessato | <input type="checkbox"/> Familiare di riferimento/garante/i |
| <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno        | <input type="checkbox"/> Tutore                             |
| <input type="checkbox"/> Curatore                          | <input type="checkbox"/> Assistente familiare (badante)     |
| <input type="checkbox"/> Funzionario del Comune di .....   |   |

**CHIEDE IL RICOVERO PRESSO LA RSA** \_\_\_\_\_ **Comune** \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

stato civile:  Celibe/Nubile  Coniugato/a  Separato/a  Divorziato/a  Vedovo/a

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ N° tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

***Elenco dei documenti da produrre in copia al momento della presentazione della domanda in R.S.A.***

1. documento di identità in corso di validità
2. codice fiscale
3. verbale di accertamento di invalidità o domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda informazioni sanitarie allegata
7. nomina amministratore di sostegno o tutore *(se del caso)*
8. certificato di residenza o autocertificazione con Atto sostitutivo di notorietà

***\*Al momento dell'ingresso in RSA l'Ente Gestore potrà richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria***

Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.



Regione  
Lombardia

ASL Milano 1

Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili\*

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

(\*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'art. 10 L. 675/96 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso le strutture RSA dell'Azienda. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonchè esercitare i diritti ivi previsti. Il testo integrale dell'informativa è disponibile presso la Direzione dell'Azienda presso cui è presente il Responsabile al trattamento dei dati.

Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione:

SI [ ]                      NO [ ]

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

#### SCHEDA PERSONALE

##### Motivo per cui si richiede ingresso in R.S.A.

(barrare anche più risposte)

- Persona non autonoma
- Vive sola
- Alloggio non idoneo
- Difficoltà familiari
- Problematiche sanitarie
- Altro (*specificare*) .....

##### Urgenza del ricovero

- Estrema - Non differibile
- Ordinaria
- Inserimento cautelativo in lista di attesa a scopo preventivo

##### Tipologia di assistenza

- Ricovero definitivo
- Ricovero temporaneo/sollievo
- Pronto intervento

##### La persona interessata attualmente si trova presso:

- Abitazione                       propria                       di altri (*specificarne*) \_\_\_\_\_
- Ospedale (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Istituto di riabilitazione (*specificare*) \_\_\_\_\_
- RSA (Casa di riposo) (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Struttura psichiatrica (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Altra struttura (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_



Regione Lombardia

ASL Milano 1

Grado di istruzione \_\_\_\_\_ Professione esercitata \_\_\_\_\_

Numero di Figli \_\_\_\_\_ Maschi \_\_\_\_\_ Femmine \_\_\_\_\_

**Dati relativi alla situazione pensionistica dell'interessato:**

- Nessuna pensione  Anzianità/Vecchiaia (VO)  Sociale (PS)
- Tipologia Speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)  Reversibilità (SO)
- Invalidità (IO)

**L'interessato usufruisce attualmente di: (barrare anche più risposte)**

- Invalidità civile  SI (% .....Codice .....)  NO  In attesa
- Assegno di accompagnamento  SI  NO  In attesa
- Di aver presentato domanda ed essere in attesa di visita
- Di essere stato sottoposto a visita in data.....e in attesa di esito
- Di aver presentato domanda di aggravamento
- Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)  SI  NO
- Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria (ADI)  SI  NO

**ALTRE INFORMAZIONI**

<b>Autonomia nelle attività strumentali</b>	<b>Autonomo</b>	<b>Riceve aiuto</b>	<b>Non in grado</b>
Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'anziano esce di casa? SI ( solo \_  accompagnato)  NO

**Altre notizie utili al ricovero**

.....  
.....

**Il compilatore:**

Cognome ..... Nome .....

Data ..... Firma.....



Regione  
Lombardia

ASL Milano 1

---

RISERVATO ALLA STRUTTURA  
NOTE:

Operatore che accoglie la richiesta .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN RSA

### Sez. INFORMAZIONI SANITARIE

#### Compilazione a cura del Medico curante

#### Notizie clinico/anamnestiche e stato di salute generale

---

---

#### Ultimo ricovero ospedaliero (se possibile indicare mese/anno e diagnosi alle dimissioni)

---

---

#### Eventuali ricoveri precedenti (se ritenuti utili alla definizione del caso)

---

---

---

#### Patologie concomitanti

INDICATORE COMORBILITA'	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Cardiaca (solo cuore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiratoria (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O O N G L (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato G I Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparato G I Inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatiche (solo fegato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renali (solo rene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema Muscolo scheletrico – Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervoso centrale e periferico (non include la demenza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrine Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psichiatrico – comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Terapie in atto** (specificare farmaci assunti e loro posologia)

---

---

---

**Allergie note**

---

---

**Stato mentale e comportamentale**

(segnalare presenza di ansia, depressione, alcoolismo, manifestazioni psicotiche, tentativi di suicidio, demenza, agitazione psicomotoria, difficoltà di comunicazione, ecc. pregressa o in atto)

Stato di coscienza

- Vigile       Soporoso       Coma       Orientato T/S  
 Parzialmente orientato T/S       Disorientato T/S

Disturbi del comportamento

- Deliri       Allucinazioni       Agitazione       Aggressività verbale  
 Aggressività fisica       Apatia       Depressione       Ansia  
 Irritabilità       Cammino afinalistico (wandering)       Comportamento motorio ripetitivo  
 Disturbi dell'alimentazione       Disturbi del sonno

**Incontinenza sfinterica:**

- Assente  
 Solo urinaria  
 Solo fecale  
 Doppia incontinenza

**Gestione incontinenza:**

- Presidi assorbenti  
 Catetere vescicale a permanenza  
 Nefro/urostomia  
 Ano artificiale

**Alimentazione**

- Normale per os  
 Disfagia  
 Dieta a consistenza modificata (frullata, addensata,..)  
 Sondino naso-gastrico  
 PEG  
 Nutrizione parenterale

**Ausili per la gestione delle insufficienze funzionali in uso**

- Ossigenoterapia (continua, a cicli)  
 Tracheostomia (tipo di cannula)  
 Ventilatore (continuo , a cicli)  
 Dialisi ( peritoneale , extracorporea)



Regione  
Lombardia

ASL Milano 1

### Organi sensoriali

Vista  normale  con lenti  cecità

Udito  integro  corretto con protesi  sordità

### Presidi ed Ausili in uso:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastone/Canadese         | ( <input type="checkbox"/> se fornito da ASL) |
| <input type="checkbox"/> Deambulatore             | ( <input type="checkbox"/> se fornito da ASL) |
| <input type="checkbox"/> Carrozzina               | ( <input type="checkbox"/> se fornito da ASL) |
| <input type="checkbox"/> Materassino antidecubito | ( <input type="checkbox"/> se fornito da ASL) |
| <input type="checkbox"/> Letto Ortopedico         | ( <input type="checkbox"/> se fornito da ASL) |
| <input type="checkbox"/> Presidi per incontinenza | ( <input type="checkbox"/> se fornito da ASL) |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare)      |   |

.....

### Lesioni cutanee da pressione

Sede.....

Grado.....

### Linguaggio

- Normale
- Afasico
- Disartrico

### Altri problemi clinici

*(segnalare eventuali altre notizie cliniche significative)*

---

---

---

***Il paziente è esente da malattie contagiose tali da controindicare la vita in comunità.***

## **Notizie relative alle necessità assistenziali**

*Consigliata la compilazione a cura del Medico curante e/o di chi assiste l'anziano*

### **TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA E VICEVERSA**

- Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire il paziente con o senza un sollevatore meccanico
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
- Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza
- Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. E' indipendente durante tutte le fasi

### **DEAMBULAZIONE**

- Non in grado di deambulare
- Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione
- Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la manipolazione degli stessi
- Indipendente nella deambulazione ma con autonomia limitata (inferiore a 50 metri). Necessita di supervisione per maggiore fiducia o sicurezza in situazioni pericolose
- Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare stampelle, bastone o walker e di deambulare per 50 metri senza aiuto o supervisione

### **LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE (Uso della carrozzina alternativo alla deambulazione)**

*(\*Compilare questi item solo se il paziente è stato classificato 1 nella Deambulazione e solo dopo che sia stato istruito all'uso della carrozzina)*

- Dipendente negli spostamenti con la carrozzina
- Capace di spostamenti solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre
- Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc.
- Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.
- Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, al letto, wc, ecc.) L'autonomia deve essere superiore a 50 m.

### **IGIENE PERSONALE**

- Il paziente non è capace di badare all'igiene della propria persona ed è dipendente da tutti i punti di vista
- E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
- E' necessario assisterlo in uno o più aspetti dell'igiene personale
- Il paziente è in grado di provvedere alla cura della propria persona, ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- Il paziente riesce a lavarsi le mani ed il volto, a pettinarsi, pulirsi i denti e radersi. Un maschio può usare qualsiasi tipo di rasoio, ma deve essere in grado di inserirvi la lama, o di collegarsi alla presa

### **ALIMENTAZIONE**

- Il paziente è totalmente dipendente riguardo all'alimentazione, e va imboccato
- Riesce a manipolare una posata, di solito un cucchiaino, o un altro strumento, ma è necessaria la presenza di qualcuno che fornisca assistenza attiva durante il pasto.





Regione  
Lombardia

ASL Milano 1

- Il paziente riesce ad alimentarsi sotto supervisione. L'assistenza è limitata a gesti più complicati, come versare latte o zucchero nel the, aggiungere sale o pepe, imburrare, rovesciare un piatto, o altre attività di preparazione al pasto
- Il paziente è indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire un cartone di latte, maneggiare coperchi di barattoli, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile
- Il paziente riesce a mangiare per proprio conto, su una tavola apparecchiata. Deve essere in grado di adoperare da solo un ausilio, laddove necessario e poter condire con sale, pepe o burro ecc

#### **CONFUSIONE**

- E' completamente confuso, così che sono compromesse la capacità di comunicare e le attività cognitive; la personalità è completamente destrutturata
- E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- E' in grado di pensare chiaramente ed ha contatti non alterati con l'ambiente

#### **IRRITABILITÀ**

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo

#### **IRREQUIETEZZA**

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione gli oggetti a portata di mano
- Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

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

Timbro e firma del Medico \_\_\_\_\_

Firma di chi assiste l'anziano-----

Riferimento Telefonico del Medico \_\_\_\_\_