

# DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A. o C.D.I. .

## 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 TELEFONO

\_\_\_\_\_  
CITTA' VIA/PIAZZA N° CIVICO

\_\_\_\_\_  
ATTO N° DEL TRIBUNALE DI

### PERSONA DI RIFERIMENTO

\_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME DATA DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
RESIDENTE A PROV. IN VIA/PIAZZA N.

\_\_\_\_\_  
GRADO DI PARENTELA E-MAIL

\_\_\_\_\_  
TELEFONO/CELL. ALTRI RECAPITI TELEFONICI



- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA       | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO                    |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA              |   | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO          |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |   | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
|   |   | <input type="checkbox"/> 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:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO                                       | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI   |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....<br>.....<br>REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)<br>.....<br>REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)<br>.....            | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO   |

**SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:**

- DI PROPRIETÀ                       IN AFFITTO

**SITUAZIONE FAMILIARE:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO     | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |
| <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO |  |
| <input type="checkbox"/> CONIUGE       |  |
| <input type="checkbox"/> FIGLIO/A      |  |
| <input type="checkbox"/> BADANTE       |  |
| <input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:**

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	<input type="checkbox"/> M.M.G. <input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> 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                      ADEMPIMENTI PRIVACY**

***Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003 / Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679***

Gentile Signore/a,

Gli articoli 12, 13 e 14 del Regolamento Europeo Privacy EU/2016/679 impongono al titolare del trattamento di fornire all'interessato, mediante la predisposizione di una idonea informativa privacy, tutte le informazioni necessarie a fargli comprendere come saranno trattati i suoi dati personali.

Il titolare del trattamento deve fornire l'informativa privacy all'interessato, per iscritto o con altri mezzi anche elettronici, quali la pubblicazione dell'informativa privacy sul sito web aziendale.

Solo qualora venga espressamente richiesto dall'interessato, il titolare del trattamento è esonerato dal rendere l'informativa privacy per iscritto e può fornire l'informativa privacy oralmente, previa verifica ed accertamento della reale identità dell'interessato.

Qualora i dati personali vengano raccolti presso l'interessato, l'articolo 13 del Regolamento Europeo Privacy impone al titolare del trattamento di fornire all'interessato, prima dell'inizio del trattamento, le seguenti informazioni tramite l'informativa privacy:

- Finalità, motivazioni giuridiche e modalità del trattamento***  
 Assistenza socio-sanitaria per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso la nostra 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, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento (cartacea e informatizzata, con prevalenza della seconda).
- Legittimi interessi perseguiti dal titolare del trattamento o da terzi***  
 Il Titolare, il Responsabile e i suoi incaricati svolgono legittimamente l'attività per la quale sono autorizzati, ovvero RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed all'ATS competente.
- Destinatari o categorie di destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati***  
 I suoi dati personali possono essere comunicati all'interno dell'Ente agli incaricati. All'esterno i dati vengono comunicati agli organi di controllo (ATS e Regione Lombardia).
- Eventuale trasferimento dei dati personali a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale con indicazione delle eventuali garanzie privacy***  
 Questa modalità non è attuata.
- Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinare tale periodo***  
 La conservazione dei dati sanitari è sottoposta alle leggi dello Stato in materia. Allo stato attuale la conservazione è illimitata.

I dati di diversa natura, fatti salvi gli eventuali obblighi di legge, verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati.

- **Diritti:** art. 15 (Diritto di accesso dell'interessato), art. 16 (Diritto di rettifica), art. 17 (Diritto alla cancellazione/oblio), art. 18 (Diritto di limitazione di trattamento), art. 20 (Diritto alla portabilità dei dati), art. 21 (diritto di opposizione) e art. 23 (Limitazione) del Reg. 2016/679.

L'interessato può accedere in qualsiasi momento ai suoi dati, chiederne la rettifica qualora non corretti, richiedere la cancellazione di dati sovrabbondanti ma non di quelli richiesti per Legge al Titolare, può limitare l'accesso dei dati ad alcune figure se questo non ha ricadute sulle sue cure, non può opporsi al trattamento perché i dati sanitari acquisiti hanno conservazione illimitata. La portabilità dei dati non è possibile per lo stesso motivo. L'interessato può invece richiedere copia dei dati per portarli con sé o trasferirli ad altro Titolare.

- **Esistenza del diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento**

L'interessato può revocare il consenso in qualsiasi momento, assumendosene le ricadute, fermo restando l'obbligo per il Titolare di continuare a detenere illimitatamente i dati sanitari a norma di Legge, anche per futuri controlli degli organi preposti. A tal fine i documenti informatizzati originali e firmati digitalmente sono archiviati a norma di legge presso azienda terza che procede all'archiviazione sostitutiva, disponibile anche ai fini legali.

- **Diritto di poter proporre reclamo a un'autorità di controllo privacy**

- **Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento**

Il conferimento dei dati è obbligatorio **(in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta).**

Nel caso l'ospite abbia perso:

- la capacità di manifestare una scelta;
- la capacità di comprendere le informazioni relative al consenso;
- la capacità di dare un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze;
- la capacità di utilizzare razionalmente le informazioni

il consenso sarà firmato dal parente/tutore/ADS.

- **Estremi identificativi del Titolare del Trattamento/Responsabile:**

Rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile Via M. D'Azeglio, 70 - 20833 Giusano (MB) - Tel.(0362)354336- Fax(0362)354376 mail: info@residenzaamica.com

#### 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 ( barrare il tipo di richiesta)    R.S.A.    C.D.I.**

DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO

DA UN PARENTE

(specificare).....

ALTRO

(specificare).....

(NOME E COGNOME) \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Firma dell' interessato o del richiedente** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Si allega :**

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

## INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA CDI del territorio dell'Agenda 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	<b>Assente</b>	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	<b>Lieve</b>	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	<b>Moderato</b>	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	<b>Grave</b>	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	<b>Molto grave</b>	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.

**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: _____ _____						
Ipertensione 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 ( <i>escluse</i> 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

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

### Diabete mellito

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA  | <input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI |  |

### Lesioni cutanee

- |  |             |              |
|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO | SEDE: _____ | STADIO _____ |
| <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI   | SEDE: _____ | STADIO _____ |

Coma o stato vegetativo

Sclerosi Laterale Amiotrofica

### Linguaggio

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NORMALE   |  |
| <input type="checkbox"/> DISARTRIA |  |
| <input type="checkbox"/> AFASIA    | <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA      |
|                                    | <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE |
|                                    | <input type="checkbox"/> GLOBALE         |

### Vista ed udito

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE                               |
| <input type="checkbox"/> NON VEDE  |
| <input type="checkbox"/> NON SENTE                                       |
| <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO |

### Igiene

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE                              |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                              |

### Capacità di vestirsi / svestirsi

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE             |
| <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI |
| <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE                     |

### Mobilità

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE    |
| <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE |
| <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA             |
| <input type="checkbox"/> ALLETTATO                 |

### Cadute negli ultimi 3 mesi

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> NESSUNA          |
| <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE      |
| <input type="checkbox"/> 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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_