

## 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  sì  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

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO
<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)

PROVENIENZA
<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: _____ _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO
<input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza  Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____ note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA
Con chi vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ <input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) _____  <input type="checkbox"/> Altro: _____  Dove vive: <input type="checkbox"/> Abitazione adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata Perché _____  <input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro: _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____  Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...): _____ _____  Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.): _____ _____  Recapiti: _____ _____

## 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

### SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: \_\_\_\_\_
  
- Fratelli (N:     )
- Sorelle (N:     )
  
- Figli (N:     )
- Figlie (N:     )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- Reversibilità
  
- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
  - ↳ Codice: \_\_\_\_\_
  - ↳ Percentuale: \_\_\_\_\_%
  - ↳ Indennità accompagnamento
    - si  no  In attesa

### 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
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> Centri Sociali Territoriali <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> 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 NOTORIETA' (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.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 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: ..... ..... ..... ..... ..... .....
---

**Generalità dell' interessato/a (soggetto per cui si richiede il ricovero)**

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

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

Per le RSA sotto indicate basterà consegnare la domanda in una delle RSA scelte (a mezzo mail/fax/a mano).  
Qualora l'interesse fosse anche per altre RSA del territorio dell'ATS di Milano (diverse da quelle sotto) la consegna della domanda dovrà invece avvenire direttamente in ciascuna di esse.

(Indicare la/le struttura/e a cui si è interessati (X) e/o assegnare un ordine di preferenza (1,2,3...))

DENOMINAZIONE	SEDE RSA	TEL e FAX	CONTATTI MAIL e SITO
<b>RSA ZONCADA</b>	Via Cavallotti n. 21 25812 Borghetto Lodigiano	Tel. 0371 80253 Fax 0371 269082	ric.zoncada@libero.it
<b>RSA A. VITTADINI</b>	Via Fleming n. 2 26841 Casalpusterlengo	Tel. 0377 7710 Fax. 0377 81167	info@assoc.it www.assoc.it
<b>RSA MILANI</b>	Via Roma n. 83 26823 Castiglione d'Adda	Tel. 0377 900750 Fax 0377 900750	amministrazione@fondazionemilani.org
<b>RSA OPERE PIE RIUNITE</b>	Via Ugo Bassi n. 37/39 26845 Codogno	Tel. 0377 431101 Fax 0377 431121	info@operepiecodogno.org
<b>RSA SANTA TERESA</b>	Via Manzoni n. 13 26814 Livraga	Tel. 0377 87734 Fax 0377 987226	casas.teresalivruga@gmail.com
<b>RSA SANTA SAVINA</b>	Via De Lemene n.13 26900 Lodi	Tel. 0371 420193 Fax 0371 427427	santasavina@tin.it
<b>RSA SANTA CHIARA</b>	Via Paolo Gorini n. 48 26900 Lodi	Tel. 0371 403217 Fax 0371 403451	urp@fondazione-santachiara-lodi.it
<b>RSA VALSASINO</b>	Via Valsasino n.116 20078 San Colombano al Lambro (MI)	Tel. 0371 2900247 Fax 0371 89044	annamaria.favale@aspvalsasino.it direzione.medica@aspvalsasino.it
<b>RSA TRABATTONI</b>	Via Garibaldi n.2 26847 Maleo	Tel. 0377 58000 Fax 0377 589179	rsatrabattoni@fastpiu.it
<b>RSA CORAZZA</b>	Via Ospedale Corazza n.3 26847 Maleo	Tel. 0377 58073 Fax 0377 558032	rsatrabattoni@fastpiu.it
<b>RSA MADRE CABRINI</b>	Via Cogozzo n.12 26866 Sant'Angelo Lodigiano	Tel. 0371 90686 1 10 Fax 0371 210013	reception@fondazionemadrecabrini.org direzione.generale@fondazionemadrecabrini.org www.fondazionemadrecabrini.org
<b>RSA S. F. CABRINI</b>	1) Via S.F. Cabrini n.11 2) Via Carducci n. 50 26845 Codogno	Tel. 0377 435424 Fax 0377 53454	info@rsa-cabrinicodogno.it
<b>RSA GROSSI FRANZINI</b>	Via Sen. Grossi n. 25 26856 Senna Lodigiana	Tel. 0377 802201 Fax 0377 802640	
<b>RSA VIGONI</b>	Via Matteotti n. 38/B 26867 Somaglia	Tel. 0377 57248 Fax 0377 57672	vigoni@fondazionevigonidellasomaglia.191.it
<b>RSA SALVADERI</b>	Via Dossino n. 33 26843 Meleti	Tel. 0377 702007 Fax 0377 702782	rsa_salvaderi@dlservizionlus.it
<b>RSA SAN GIORGIO</b>	Via Gandolfi n. 27 26845 Codogno	Tel. 0377 7721 Tel. 0377 772202	info@aspbassolodigiano.it

Data \_\_\_\_\_

\*Firma del compilatore/utente \_\_\_\_\_

\*Allegare copia della Carta d'Identità del firmatario

**NB:** i dati sanitari avranno una validità di **massimo 365 giorni**.

In caso di variazioni significative dello stato di salute del richiedente è sempre consigliabile aggiornare interamente i dati sanitari.

**SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICO - FUNZIONALE DI PRE – INGRESSO**

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

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

Da compilarsi da parte del **medico di base, ospedaliero o altro specialista che ha in cura l'utente**

<b>Trasferimento letto sedia</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico</li><li>2. Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona</li><li>3. Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona</li><li>4. Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia</li><li>5. Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento</li></ol>
<b>Deambulazione</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Dipendenza rispetto alla locomozione</li><li>2. Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione</li><li>3. Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili</li><li>4. Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto</li><li>5. Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.</li></ol>
<b>Locomozione su Sedia a Rotelle</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione</li><li>2. Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano</li><li>3. Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.</li><li>4. Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficili</li><li>5. Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.</li></ol>
<b>Igiene Personale</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista</li><li>2. È necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale</li><li>3. È necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale</li><li>4. È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire</li><li>5. Totale indipendenza.</li></ol>
<b>Alimentazione</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paziente totalmente dipendente, va imboccato.</li><li>2. Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.</li><li>3. Riesce ad alimentarsi sotto supervisione – l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.</li><li>4. Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile</li><li>5. Totale indipendenza nel mangiare.</li></ol>
<b>Confusione</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paziente completamente confuso – comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata</li><li>2. È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe</li><li>3. Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo</li><li>4. È perfettamente lucido</li></ol>
<b>Irritabilità</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Qualsiasi contatto è causa di irritabilità</li><li>2. Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.</li><li>3. Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete</li><li>4. Non mostra segni di irritabilità ed è calmo</li></ol>
<b>Irrequietezza</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo</li><li>2. Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.</li><li>3. Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.</li><li>4. Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.</li></ol>

**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	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
<b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b> Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Ipertensione</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>Rene</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; <i>non include la demenza</i> )	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	..... .....	<input type="checkbox"/>				
<b>Stato mentale e comportamentale</b> ( <i>include demenza</i> , 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 <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<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 <i>(è possibile barrare più caselle)</i>	<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 <i>(incluse ferite chirurgiche)</i>	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Cadute ricorrenti <i>(anche senza conseguenze traumatiche)</i>	<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

Ipovisus	<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
		Sordità assoluta	<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 inconsapevole/tentativo fuga	<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/potus	<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
		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.....

ALLEGATO INTEGRATIVO per la richiesta di ricovero in R.S.A.  
(Smart R.S.A. – Residenze Sanitarie Assistenziali del Lodigiano)

Attestazione / Consenso  
Regolamento EU 2016/679

Spett.le

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

IL sottoscritto:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_

per sé stesso

per sé stesso e per il soggetto di cui è esercente la potestà parentale/tutela/curatela o in favore del quale agisce

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_

ATTESTA

che gli sono state rese per iscritto le informazioni dovute ai sensi e per gli effetti del Regolamento EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. In base al citato Regolamento EU per il trattamento dei dati qui conferiti da parte Sua, della A.T.S., del Comune di Residenza, ovvero di altra struttura sanitaria, socio sanitaria e/o assistenziale, per le finalità indicate nella suddetta informativa e per comunicazione a terzi soggetti sopra e di seguito individuati dichiara di aver compreso che non necessitano di consenso al trattamento in quanto necessari per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico ai sensi della Legge 328/2000 e per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte. I Soggetti a cui i dati saranno o potranno essere trasmessi sono: per programmazione territoriale regionale e nazionale: Comune di Residenza o di domicilio, Regione. Ministeri competenti; per scambio di informazione con altri servizi del comparto socio - sanitario e/o assistenziale A.S.S.T., Pattanti Cure Palliative, Assistenti Sociali dei Comuni o dei loro Consorzi, altre RSA, I.D.R. ecc.; per adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio-sanitario-assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS, Regione, Ministero della Salute e Ministero delle Finanze ecc.; per ragioni di avvio segnalazioni situazioni di necessità di tutela amministrazione di sostegno A.T.S. e Tribunale. Con le stesse licità verranno trattati i dati relativi alla domanda di inserimento ed allegati vari, nonché i dati raccolti, richiesti e/o prodotti in seguito, relativi al ricovero e trattamento terapeutico, ovvero alla domanda di ricovero, di natura anche medico socio psico-sanitaria e comportamentale. Dichiara altresì di aver compreso che i Suoi dati verranno trattati anche da società od Enti sopra individuati che svolgano attività di supporto, di sorveglianza, di garanzia, o comunque alle quali i dati siano dovuti per motivi di Legge, sanitari o ordine pubblico. Dichiara di aver compreso che il trattamento di dati definiti "sensibili" "relativi alla salute" ai sensi della normativa in oggetto, è un trattamento funzionale all'offerta dei servizi richiesti e di natura contrattuale.

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EU 2016/679 IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

(da staccare e trattenere a cura dell'interessato)

Le rendiamo noto che i dati personali da Lei forniti per sé ovvero per il soggetto di cui Ella esercita potestà parentale/tutela/ curatela, o acquisiti nel contesto della nostra attività potranno subire i trattamenti elencati dal Regolamento EU 2016/679 in materia di protezione dei dati personali. Non avverrà la diffusione dei dati se non in forma anonima e non riconducibile al soggetto. Tali trattamenti verranno eseguiti nel rispetto degli adempimenti previsti dalla citata Legge. Titolari dei dati personali sono le RSA accreditate facenti capo al programma SMART-RSA. Le RSA sono indicate nelle apposite sezioni all'indirizzo internet sul sito della ATS di Milano, <https://www.ats-milano.it/canalitematici/RicercaRSA.aspx>. Responsabili della Protezione dei Dati, dove nominati, a cui Lei potrà rivolgersi per qualsiasi aspetto inerente alla privacy, sono indicati nei siti internet delle RSA. I dati sono raccolti c/o di Lei, ovvero c/o la A.T.S., Medico di Famiglia, Comune di Residenza ovvero altra RSA o struttura sanitaria che può fornire dati necessari al ricovero ed alla miglior tutela della sua salute e condizione socio-assistenziale. La raccolta dei dati avviene quale "finalità di rilevante interesse pubblico" ai sensi della Legge 328/2000, in quanto la RSA è accreditata e convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale a mezzo della ATS di pertinenza e pertanto finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e tutela della salute dei soggetti assistiti. La informiamo che i dati da Lei conferiti non hanno natura obbligatoria e che il Suo eventuale rifiuto al conferimento a tale autorizzazione al trattamento o alla comunicazione potrà determinare la rescissione del rapporto ovvero l'impossibilità del suo instaurarsi.

Le finalità del trattamento cui i Suoi dati potranno venire sottoposti sono relative alle attività specifiche del ns. servizio e possono comprendere:

- 1) assunzione di dati per necessità contrattuali e/o precontrattuali;
- 2) adempimenti e obblighi di legge;
- 3) esecuzione delle disposizioni degli organi di vigilanza (sanitario - assistenziale - economico fiscale ecc.);
- 4) necessità operative e di gestione interna;
- 5) finalità di tutela della salute;
- 6) scopi di statistica e di ricerca (con trattamento anonimo);
- 7) necessità di programmazione interna, territoriale regionale e nazionale, sia da parte dell'Ente che degli E.R. Regione - Ministeri competenti;
- 8) scambio di informazione con altri servizi del comparto socio-sanitario e/o assistenziale (ad esempio ricovero in Ospedale ovvero trasferimento ad altro servizio);
- 9) adempimenti relativi a rendicontazioni sia di carattere economico che socio - sanitario - assistenziale con i Comuni di Residenza, ATS, Regione ecc.

Il trattamento dei dati in oggetto sarà eseguito anche mediante l'uso di strumenti automatizzati atti a collegarli secondo categorie, variabili a seconda delle diverse situazioni e necessità, anche a dati riferibili ad altri soggetti. Tale trattamento sarà comunque svolto nel rispetto delle misure minime di sicurezza, facendo uso di mezzi che ne prevengano il rischio di perdita o distruzione, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito. I dati saranno posti a conoscenza del Titolare, del Responsabile e degli incaricati, ricompresi nelle categorie dei Responsabili di Unità Operativa, per quanto di loro competenza, delle Direzioni Mediche e Sociali, delle Amministrazioni (protocollo, Uff. Utenza, Uff. Ragioneria, Economato ecc.), del personale Infermieristico, di riabilitazione e di assistenza, del personale di animazione e delle Direzioni Generali dei vari servizi sopra indicati ed in particolare della ATS e della RSA. La informiamo inoltre che i dati a Lei riferibili potranno venire trasmessi a quei soggetti cui disposizioni di legge danno facoltà di accesso, o a quei soggetti, il trasferimento ai quali si renda necessario al fine dello svolgimento della nostra attività o dell'offerta dei servizi da Lei richiesti (ad es. ATS, ASST, IDR e strutture sanitarie in genere, altre RSA del territorio ecc.). La nostra società può far eseguire per suo conto i trattamenti di cui sopra (sempre nel rispetto delle suddette misure di sicurezza e riservatezza) da Società o Enti che offrano specifici servizi di elaborazione dati e/o da Società o Enti pubblici e privati la cui attività sia connessa, strumentale o di supporto a quella della ns. società o a quelle relative all'offerta dei servizi a Lei riferiti. L'elenco di tali società o enti, tempestivamente aggiornato, si trova presso la nostra sede ed è a Sua disposizione per la visione. Il termine ultimo di cancellazione o distruzione dei dati amministrativi è dopo dieci anni dal termine del contratto; per i dati sanitari la conservazione è illimitata.

Il citato Regolamento EU 2016/679 stabilisce inoltre diritti che Lei potrà esercitare in merito al trattamento dei dati che La riguardano. Tali diritti vengono riportati di seguito nella presente informativa:

- ✓ di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- ✓ di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- ✓ di opporsi al trattamento (art. 21 del GDPR);
- ✓ alla portabilità dei dati (art. 20 del GDPR);
- ✓ di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- ✓ di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.