

# 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 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

**URGENZA DELLA DOMANDA:**

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

**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:**

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <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**

- |                                   |                             |                             |   |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> 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:**

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DI PROPRIETÀ | <input type="checkbox"/> 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:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE |
|--|---|--|

**ELENCO DEI PRINCIPALI FAMILIARI 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:**

<b>SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:</b> <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"/> TELESOCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)</b> <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**

Sarà cura della RSA individuata dare applicazione al Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali del 27 aprile 2016 n. 679.

**La Richiesta viene inoltrata:**

- 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 (Residenza Sanitaria Assistenziale) 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.

Direttore Dipartimento PIPSS  
( Programmazione per Integrazione delle Prestazione Sociosanitarie con quelle Sociali)  
Dr. Andrea De Vitis

**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**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
	<b>Assente</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderato</b>	<b>Grave</b>	<b>Molto Grave</b>	<b>Data insorgenza</b>
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Iperensione 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 le demenze</i> ) Specificare						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare						
Patologie psichiatrico-comportamentali( <i>incluse le demenze</i> ) Specificare						

## Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE <input type="checkbox"/> OBESITÀ <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: <input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
Diabete mellito	
<input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI	<input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA
Lesioni cutanee	
<input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO      SEDE: _____ STADIO _____ <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI      SEDE: _____ STADIO _____	
Coma o stato vegetativo <input type="checkbox"/>	
Sclerosi Laterale Amiotrofica <input type="checkbox"/>	
Linguaggio	Vista ed udito
<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> AFASIA <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GLOBALE	<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	Capacità di vestirsi / svestirsi
<input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE
Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA <input type="checkbox"/> ALLETTATO	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> POST-ACUTA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA )	<input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO <input type="checkbox"/> ALTRO

Terapia dialitica	
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA

<input type="checkbox"/> <b>Radioterapia</b>
<input type="checkbox"/> <b>Chemioterapia</b>



**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_