

MSC.DS.201 Rev. 3 Gennaio 2026 Pag. 1 di 1	Direzione Sanitaria	Fondazione Don Carlo Gnocchi Istituto Palazzolo	
---	---------------------	--	---

DOMANDA DI ACCOGLIENZA IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Si riporta di seguito la documentazione da compilare per la domanda di inserimento presso la nostra RSA e da restituire all'indirizzo email rsa.palazzolo@dongnocchi.it oppure presso il Servizio Sociale previo appuntamento telefonico al numero telefonico 02 39703352 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 10.00 e dalle ore 14.30 alle ore 16.00.

DOCUMENTAZIONE DA COMPILARE

- **Regolamento economico finanziario**
- **Dichiarazione di impegno economico** MGF.DAFC.02 oppure impegnativa economica del Comune di Milano
- **Tabella delle tariffe** MSC.DS.201A
- **Scheda Sanitaria di ingresso** (compilata a cura del medico curante) e **domanda di inserimento unificata presso le RSA della ATS della città Metropolitana di Milano** a cui devono essere allegati:
 - carta identità/permesso di soggiorno se cittadino extracomunitario, in corso di validità
 - certificato di residenza
 - tessera sanitaria
 - eventuali esenzioni ticket sanitario
 - verbale o domanda di invalidità
 - tutela giuridica della persona se attivata
 - eventuale documentazione sanitaria recente (solo ultimi sei mesi)

Nota: Il giorno in cui viene programmato l'ingresso in Struttura, deve essere firmato il "Contratto d'Ingresso" e devono essere consegnati in originale presso il Servizio Sociale **Tessera Sanitaria** ed eventuali **Esenzioni ticket**. Il paziente dovrà eseguire il **tampone naso faringeo per SARS-CoV-2**, eseguito nelle 48 ore precedenti il ricovero. Il Servizio Sociale provvederà al **cambio del Medico di Medicina Generale**.

MGF.DAFC.01 Rev. 02 28/01/2026 Pag. 1/3	DAFC Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi Direzione generale	
--	--------------------------	--	---

REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO

(duplice copia)

1. RETTA GIORNALIERA

L'ospitalità presso la RSA dell'Istituto Palazzolo - Fondazione Don Carlo Gnocchi - ETS prevede una retta giornaliera per prestazioni socio-sanitarie/alberghiere, al netto della quota erogata dalla Regione Lombardia. L'importo della retta è stabilito annualmente dalla Direzione dell'RSA come da tabella delle tariffe allegata. L'importo della retta è valido anche per gli anni successivi fatta salva l'eventuale rideterminazione annuale da parte della RSA che sarà preventivamente e opportunamente comunicata all'Ospite e/o al Rappresentante dell'Ospite che, con un preavviso di almeno 7 (sette giorni) a decorrere dal ricevimento della comunicazione di rideterminazione, potrà dichiarare di non accettare la nuova retta con ogni conseguenza in ordine alle dimissioni dell'Ospite dalla struttura.

Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di ingresso.

Il giorno di dimissione o di decesso non viene calcolato ai fini del computo della retta.

La retta non comprende i servizi aggiuntivi a pagamento di cui all'allegata **Tabella delle tariffe**; detti servizi aggiuntivi, se richiesti, sono corrisposti secondo il relativo importo, insieme alla retta.

2. OBBLIGATI ALLA RETTA

L'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite sono obbligati alla corresponsione mensile dell'importo della retta. Nello specifico, **il Rappresentante dell'Ospite si obbliga in solido** alla richiesta di pagamento a prima richiesta della retta da parte della RSA, senza che la RSA debba rivolgersi prioritariamente all'Ospite (quindi, senza il beneficio della preventiva escussione del debitore principale (Ospite) e con espresso esonero dagli obblighi di cui all'art. 1957 c.c.), **assumendo il ruolo di fideiussore ai sensi e per gli effetti degli artt. 1936 e seguenti del c.c..**

In particolare per quanto riguarda ***l'Amministratore di sostegno***, in qualità di ***Rappresentante dell'Ospite***, ***quanto sopra si applica limitatamente alle disponibilità economiche dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare.***

In caso di impossibilità al pagamento, secondo le disposizioni di legge in materia, gli oneri relativi all'assistenza gravano sui Comuni di residenza o sulle loro articolazioni territoriali. A tal riguardo, l'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite si obbligano a rilasciare l'eventuale documentazione e le certificazioni delle rette a fini fiscali per i servizi che prevedono una compartecipazione del Comune alla retta.

3. MODALITÀ E TERMINI DI PAGAMENTO DELLA RETTA

La retta potrà essere corrisposta secondo le seguenti modalità:

- a) pagamento ***mensile e anticipato*** attraverso il servizio di pagamento denominato **"SEPA DIRECT DEBIT CORE"** sul conto corrente intestato all'Ospite e/o al Rappresentante dell'Ospite indicato su apposito modulo.
 - La prima fattura anticipata sarà pagata a mezzo bonifico oppure presso la Segreteria di Direzione entro una settimana dall'ingresso. Contestualmente con il primo pagamento dovrà essere sottoscritto il Mandato "SEPA" comunicando l'intestatario e il codice IBAN del conto corrente di addebito.
 - Con la sottoscrizione del mandato "SEPA" l'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite autorizzano Fondazione ad addebitare telematicamente la retta sul conto corrente il 15° (quindicesimo) giorno lavorativo del mese di riferimento senza ulteriore esplicita comunicazione da parte di Fondazione.

MGF.DAFC.01 Rev. 02 28/01/2026 Pag. 2/3	DAFC Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi Direzione generale	
--	--------------------------	--	---

- b) Solo in via eccezionale, pagamento a mezzo **bonifico entro il 15° (quindicesimo) giorno lavorativo** del mese di riferimento **previo versamento di un deposito cauzionale pari all'importo di una (1) mensilità** della retta di degenza.
- Il deposito cauzionale verrà restituito al termine della permanenza dell'Ospite presso l'RSA con il saldo dell'ultima retta al netto di quanto eventualmente dovuto alla RSA.

4. RITARDI E MANCATO PAGAMENTO DELLA RETTA

In caso di mancato tempestivo pagamento della retta per 3 (tre) mensilità, la RSA invierà una formale diffida nei confronti dell'Ospite e di ogni altro soggetto Fideiussore/Obbligato in solido, a mezzo di raccomandata A.R., con invito al pagamento del dovuto entro 15 (quindici) giorni.

L'Ospite/il Rappresentante dell'Ospite sono a conoscenza che, anche ai sensi della **Delibera Regione Lombardia n. 8496 del 26.11.2008 e n. 1185 del 20.12.2013 e s.m.i., in caso di ritardato o mancato pagamento della Retta, la RSA potrà dimettere l'Ospite** - previa comunicazione scritta A/R all'Ospite/il Rappresentante dell'Ospite - fermo restando l'avvenuto adempimento degli obblighi normativamente sanciti in capo alla RSA, con l'attivazione del Comune e dell'ATS, per una dimissione assistita.

5. PROCEDURA DI ACCOGLIENZA DEGLI OSPITI PRESSO LA RSA

L'RSA comunica la disponibilità all'accoglienza dell'Ospite e la data di ingresso.

Nel caso di impedimenti all'ingresso nella data prevista, se l'Ospite desidera mantenere il posto letto assegnato, può "ritardare" l'accesso previa comunicazione scritta, per un massimo di 3 (tre) giorni e ad una tariffa giornaliera che per l'anno - è pari a € 110,00 (centodieci/00), con decorrenza dal giorno successivo alla messa a disposizione del posto letto.

Tale tariffa è dovuta anche in caso di rinuncia, per il numero di giornate che decorrono dalla data di ingresso a lui assegnata e quella di avvenuta comunicazione di rinuncia.

6. ASSENZE TEMPORANEE E RICOVERI IN OSPEDALE (*)

Le assenze temporanee dell'Ospite, danno diritto al mantenimento posto letto all'interno della RSA:

- se dovute a rientri in famiglia (sospesi nel caso di calamità pandemiche) per festività, vacanze, ecc., sono esposte come giornate di presenza entro il limite massimo di **15 (quindici)** giorni annui, superato il quale cessa la disponibilità del posto letto. Gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi/Contratto d'ingresso;
- se dovute a ricovero ospedaliero dell'Ospite, come giornate di presenza nel limite massimo di **15 (quindici)** giorni, superato tale termine cessa la disponibilità del posto letto e, a seguito di specifica valutazione, verranno proposte soluzioni alternative rispondenti ai nuovi bisogni dell'Ospite. Gli effetti personali dell'Ospite saranno custoditi secondo le modalità e nei termini previsti dalla Carta dei Servizi/Contratto d'ingresso.

Le assenze temporanee dell'Ospite, ai fini del computo della Retta Mensile saranno conteggiate e fatturate per entrambi i casi e saranno considerate giornate di presenza.

7. PROCEDURA DI DIMISSIONE DEGLI OSPITI PRESSO LA RSA

La richiesta di dimissione da parte dell'Ospite dalla RSA va presentata in forma scritta all'Ufficio Accoglienza, con 7 (sette) giorni di anticipo rispetto alla data di dimissione prevista.

In caso di richiesta di dimissione anticipata rispetto al periodo di preavviso necessario, viene addebitato un importo pari alla retta giornaliera moltiplicata per i giorni di preavviso mancanti.

All'atto delle eventuali dimissioni verranno addebitate spese amministrative d'uscita (**vedi Tabella delle Tariffe**) ove si sia trattato di permanenza superiore a 3 (tre) mesi.

MGF.DAFC.01 Rev. 02 28/01/2026 Pag. 3/3	DAFC Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi Direzione generale	
---	---------------------------------	--	---

Le dimissioni a causa del mancato o non accettato pagamento della retta, previsto anche ai sensi della Delibera Regione Lombardia n. 8496 del 26.11.2008E n. 1185 del 20.12.2013 e s.m.i., avverrà in adempimento agli obblighi di comunicazione normativamente stabiliti (comunicazione in forma scritta mediante raccomandata A/R all'Ospite /Rappresentante dell'Ospite, al Sindaco del Comune di residenza dell'Ospite e all'ATS) al fine di garantire la dimissione in forma assistita. In questo caso, la RSA invita l'Ospite e/o il Rappresentante dell'Ospite a fare riferimento presso l'Ufficio Anziani del Comune dell'ultima residenza dell'Ospite al fine di trovare l'alternativa adeguata alle necessità dell'Ospite. Fondazione fornirà l'adeguata assistenza per l'evasione della pratica presso il Comune.

8. Servizi non inclusi nella retta

- Il Servizio di Lavanderia e Stireria di capi e biancheria personale (vedi carta dei servizi) è affidato in gestione ad una società esterna. La Fondazione non è responsabile di eventuali disservizi
- Il Servizio Ambulanza al momento dell'accettazione o dell'eventuale dimissione sono a carico dell'Ospite. Il trasferimento dell'Ospite da un centro della Fondazione ad un altro ed eventuali trasferimenti per ricoveri ospedalieri – e /o esami richiesti dal medico responsabile sono a carico della Fondazione.
- Nel caso di decesso dell'Ospite, i parenti contatteranno a loro discrezione un'impresa di Onoranze Funebri autorizzata. Le spese sono a carico della famiglia. Il personale in servizio non può fornire indicazione alcuna alla scelta dell'impresa, come previsto dalla normativa regionale vigente (Regolamento Regionale 9 novembre 2004, n. 6).

9. ORARIO DELL' UFFICIO ACCOGLIENZA

L'Ufficio Accoglienza della RSA è a disposizione per eventuali necessità su appuntamento, da richiedere al numero telefonico 02.39703225-3661-3234-3311 o alla mail rsa.palazzolo@dongnocchi.it

Letto, approvato e sottoscritto in, il _____

L'Ospite _____

Il Rappresentante dell'Ospite _____

(*) Durante il periodo di Pandemia le assenze degli Ospiti per qualunque causa dovranno rispettare i Protocolli di Fondazione in materia di Covid-19 a garanzia della tutela propria e del Centro RSA ospitante

MGF.DAFC.02 Rev. 02 28/01/2026 Pag. 1/2	DAFC Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi Direzione generale	
--	--------------------------	--	---

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO E / O VARIAZIONE SISTEMAZIONE

L'anno _____ il giorno ____ del mese di _____ in (..)

Il sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov _____ Via _____

Codice fiscale _____ (allegare fotocopie C.F._ C.I)

Email _____ telefono _____

Relazione di parentela _____ ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Garante ☐ Altro titolo _____

☐ Amministratore di sostegno (nei limiti delle disponibilità economica dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare)

DICHIARA

DI ASSUMERE, CON DECORRENZA DAL GIORNO DELL'INGRESSO, L'ONERE DELLA RETTA DI RICOVERO QUALE "RAPPRESENTANTE DELL'OSPITE" (Nome e Cognome) _____

DICHIARANDO ALTRESI'

- di riconoscersi **obbligato in solido con l'Ospite** nei confronti della RSA, anche in presenza di altri congiunti tenuti per legge a provvedere, **alla corresponsione della retta, senza che la RSA debba rivolgersi prioritariamente all'Ospite** (quindi, senza il beneficio della preventiva escussione del debitore principale "Ospite" e con espresso esonero dagli obblighi di cui all'art. 1957 c.c.), assumendo il ruolo di fideiussore ai sensi e per gli effetti degli artt. 1936 e seguenti del c.c.;

In particolare per quanto riguarda **l'Amministratore di sostegno**, in qualità di **Rappresentante dell'Ospite**, **quanto sopra si applica limitatamente alle disponibilità economiche dell'Ospite e con le prescrizioni previste nel decreto di nomina del Giudice Tutelare.**

- di essere a conoscenza e che la corresponsione mensile dell'importo della retta copre le prestazioni socio-assistenziali/alberghiere rese dalla RSA - al netto della quota erogata dalla Regione;
- di essere a conoscenza ed **accettare le condizioni economico/finanziarie** che regolano l'accesso e la permanenza dell'Ospite presso la RSA **di cui all'allegato Regolamento Economico Finanziario** e, in particolare:
 - a) di essere a conoscenza che la retta giornaliera, considerando l'inizio dell'accoglienza dal giorno di ingresso, prevista per l'anno e successivi, salvo rideterminazione, è di:

sistemazione importo € validità dal

- b) di essere a conoscenza e accettare gli eventuali aumenti di retta e o variazioni di sistemazione che potessero essere disposti dalla Direzione della RSA e di cui si darà adeguato preavviso ai sensi dell'art. 1 del Regolamento Economico Finanziario;

MGF.DAFC.02 Rev. 02 28/01/2026 Pag. 2/2	DAFC Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi Direzione generale	
---	--------------------------	--	---

- c) di essere a conoscenza ed accettare le modalità e i termini di pagamento della retta, di cui all'art. 3 del Regolamento Economico Finanziario;
- di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obblighi hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione dell'Ospite dalla RSA.

Data _____

Firma _____

NOTE:

L'INTESTATARIO DELLA FATTURA E DELLA CERTIFICAZIONE DELLE SPESE SANITARIE (valida ai fini della dichiarazione dei redditi_ DGR21/03/1997 n°26316) saranno a NOME DELL' OSPITE e rilasciate dal Servizio Amministrazione.

DESTINATARIO DELLA POSTA ☐ OSPITE ☐ "Rappresentante dell'Ospite"

RISERVATO ALLA RSA :

CODICE D'INGRESSO _____ ENTRATO IL _____ REPARTO _____



TABELLA DELLE TARIFFE ISTITUTO PALAZZOLO

Nucleo	Tariffa
Tutti i nuclei standard camere singole	€ 89,00
Tutti i nuclei standard camere a 2 posti letto	€ 80,00
Tutti i nuclei standard camere a 3 - 4 posti letto	€ 79,00
4°B-C Montini camera a 1 - 2 posti letto	€ 89,00
4°B Montini camera a 3 - 4 posti letto	€ 86,00
Nucleo Alzheimer camera a 1 - 2 posti letto	€ 89,00
Nucleo Alzheimer camera a 3 - 4 posti letto	€ 86,00
Nucleo Protetto Rialzato Montini	€ 89,00
Nucleo Protetto Rialzato Generosa	€ 86,00
RSA Tipica pazienti ad alta complessità	€ 104,00

Si prega di indicare nel modulo "Dichiarazione di impegno economico" la tipologia di camera e la retta di degenza desiderate.

ALTRE PRESTAZIONI E SERVIZI ACCESSORI	
	Tariffa
Spese amministrative di uscita	€ 201,00
Giornate di mancato preavviso fino a un max di 7 gg	Tariffa in vigore nel reparto
Parrucchiere	
• Taglio aggiuntivo (oltre a quello previsto per contratto)	€ 12,00
• Tinta	€ 12,00
• Messa in piega	€ 10,00
• Permanente	€ 25,00
• Shampoo (se con piega è compreso)	€ 4,00
• Balsamo	€ 4,00
2° copia Fasas e successivo	€ 50,00
Spese di spedizione Fasas in aggiunta al costo della copia se previsto	€ 20,00

La prima copia del Fasas è gratuita

LA DIREZIONE

Milano, ____/____/____

Firma per ricevuta

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

- ☐ Condizioni abitative non idonee
- ☐ Vive solo/sola
- ☐ Perdita autonomia
- ☐ Quadro clinico compromesso
- ☐ Mantenimento/miglioramento capacità residue
- ☐ Rischio permanenza al domicilio
- ☐ Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

- ☐ Domicilio
- ☐ Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- ☐ Struttura psichiatrica
- ☐ Istituto di riabilitazione
- ☐ Altra RSA
- ☐ Altro:

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- ☐ Tempo determinato
- ☐ Lungodegenza

Nucleo Alzheimer ☐ SI ☐ NO

CONVENZIONE

- ☐ NO
- ☐ SI, con il seguente ente:

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

☐ SI ☐ NO, motivazione:

note:

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- ☐ Solo
- ☐ Coniuge
- ☐ Figli
- ☐ Altri parenti:
- ☐ Assistente familiare (ore/die)

☐ Altro:

Dove vive:

- ☐ Abitazione adeguata
- ☐ Abitazione parzialmente adeguata
- ☐ Abitazione totalmente inadeguata

Perché

- ☐ Casa di proprietà
- ☐ Affitto
- ☐ Casa ALER
- ☐ Usufrutto
- ☐ Altro:

TUTELA

☐ NO ☐ SI:

- ☐ Amministrazione di sostegno / Tutela
 - ☐ In corso
 - ☐ Numero decreto:
- ☐ Altro:

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):

Qualifica:

- ☐ Familiare:
- ☐ 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

☐ sì ☐ 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

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

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

DEFICIT SENSORIALI

Ipoacusia	☐ NO ☐ SI	Cecità assoluta	☐ SI
Ipoacusia	☐ NO ☐ SI	Corretta con protesi	☐ NO ☐ SI Sordità assoluta ☐ SI

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

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

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

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

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

Dieta specifica ☐ NO ☐ SI, di che tipo:	
Alimentazione enterale ☐ NO ☐ SI: ☐ PEG ☐ SNG	Alimentazione parenterale ☐ NO ☐ SI: ☐ periferica ☐ centrale
Peso corporeo: kg	Altezza: cm
Intolleranze ☐ non note ☐ NO ☐ SI, di che tipo:	

TERAPIA

☐ Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	☐ NO ☐ SI	Tipo
Dialisi	☐ NO ☐ SI: ☐ emodialisi ☐ 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....