



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.1 Gennaio 2022 Pag. 1/3	DIREZIONE A.F.C. Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS Direzione generale	
--	--------------------------------------	--	---

REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO
(duplice copia)

1. RETTA GIORNALIERA

L'ospitalità presso la RSA dell'istituto Palazzolo - Fondazione Don Carlo Gnocchi - Onlus 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 del'R5A 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 al 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 escusione del debitore principale (Ospite) e con espressa 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 Bravano 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 seconda le seguenti modalità:

- a) pagamento *mensile e anticipato* attraverso il servizio di pagamento denominato "SEPA DIRECT DEBIT CORE" sul conto corrente intestato all'Ospite o/o al Rappresentante dell'Ospite indicato su apposita 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.1 Gennaio 2022 Pag. 2/3	DIREZIONE A.F.C. Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS 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 a 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 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 mancati.

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.1 Gennaio 2022 Pag. 3/3	DIREZIONE A.F.C. Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS 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 26.12.2008 e 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 0239703310 o alla mail suar.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.1 Gennaio 2022 Pag. 1/2	DIREZIONE A.F.C. Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS 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._ CI)

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)

D I C H I A R A

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

DICHIARANDO ALTRESÌ

- 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 escusione 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 cc.;

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 o 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.1 Gennaio 2022 Pag. 2/2	DIREZIONE A.F.C. Servizio Finanza	Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS 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 Tutor 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 si 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**

<p>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</p> <p><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)</p>	<p>PROVENIENZA</p> <p><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:</p>
<p>TIPOLOGIA DI RICOVERO</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Lungodegenza</p> <p>Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>CONVENZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente:</p>
<p>CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: note:</p>	
<p>SITUAZIONE ABITATIVA</p> <p>Con chi vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: <input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro:</p> <p>Dove vive:</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata <input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata</p> <p>Perché</p> <p><input type="checkbox"/> Casa di proprietà <input type="checkbox"/> Affitto <input type="checkbox"/> Casa ALER <input type="checkbox"/> Usufrutto <input type="checkbox"/> Altro:</p>	<p>TUTELA</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: <input type="checkbox"/> Altro:</p> <p>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):</p> <p>Qualifica:</p> <p><input type="checkbox"/> Familiare: <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)</p> <p>Recapiti:</p>

**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	
<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Fratelli (N:) <input type="checkbox"/> Sorelle (N:) <input type="checkbox"/> Figli (N:) <input type="checkbox"/> Figlie (N:)	

SITUAZIONE ECONOMICA	
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Minima/sociale <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc <input type="checkbox"/> Reversibilità <input type="checkbox"/> In attesa di invalidità civile <input type="checkbox"/> Invalidità ↳ Codice: _____ <input type="checkbox"/> Percentuale: _____ % <input type="checkbox"/> Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> In attesa	

LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI	
<input type="checkbox"/> Nessuna scolarità <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori <input type="checkbox"/> Diploma medie superiore in _____ <input type="checkbox"/> Laurea in _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Professione pre pensionamento <input type="checkbox"/> Interessi / hobby _____	

RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE	
Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare): <input type="checkbox"/> ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) <input type="checkbox"/> CDI (Centro Diurno Integrato) <input type="checkbox"/> Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...)	
Servizi / interventi Sociali attivi: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (specificare): <input type="checkbox"/> SAD Comunale <input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto <input type="checkbox"/> Associazioni di volontariato <input type="checkbox"/> 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 NOTORIETÀ¹ (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 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
		<input type="checkbox"/>				
Patologie Cardiache (solo cuore) Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>				
Ipertensione (si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)	<input type="checkbox"/>				
Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/>				
Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	<input type="checkbox"/>				
Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	<input type="checkbox"/>				
Apparato digerente tratto inferiore (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/>				
Fegato (solo fegato)	<input type="checkbox"/>				
René (solo rené)	<input type="checkbox"/>				
Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/>				
Apparato Muscolo-Scheletro e Cutaneo (muscoli, scheletro, tegumenti)	<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico; <i>non include la demenza</i>)	<input type="checkbox"/>				
Patologie sistema Endocrino-Metabolico (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	<input type="checkbox"/>				
Stato mentale e comportamentale (<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)

ASPECTI CLINICO - FUNZIONALI

Autonomia nel movimento (è possibile barrare più caselle)	<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 (è possibile barrare più caselle)	<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 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 (incluse ferite chirurgiche)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede:
Cadute ricorrenti (anche senza conseguenze traumatiche)	<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

Ipoacusia	<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

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	<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.....