

	<b>MODULO DOMANDA DI RICOVERO RSA</b>	<b>M_AMM_13_01</b>
		Rev. 5 del 10/01/2025
		Pag. 1 di 9

Alla Fondazione  
Ospedale della Carità / Casa di Riposo ONLUS  
Via Marconi n.1  
26011 CASALBUTTANO (CR)  
E-mail: [ospiti@rsacasalbuttano.eu](mailto:ospiti@rsacasalbuttano.eu)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Diretto interessato
- Familiare (specificare grado di parentela \_\_\_\_\_)
- Amministratore di Sostegno / Tutore / Soggetto che esercita la protezione giuridica
- Altro (specificare \_\_\_\_\_)

**Chiede l'ingresso in RSA del/della Sig./Sig.ra**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

- Stato Civile:  Coniugato;  Vedovo/a;  Separato/a;  Divorziato/a;  Celibe/Nubile
- Attualmente la persona di si trova:
  - al proprio domicilio;
  - ricoverato/a presso \_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare:**

- Carta d'identità del richiedente e dell'interessato
- Allegato 1) Relazione sanitaria compilata e firmata dal medico curante
- Allegato 2) Scheda di valutazione sociale
- Informativa privacy / consenso trattamento dei dati

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

	<b>MODULO DOMANDA DI RICOVERO RSA</b>	<b>M_AMM_13_01</b>
		Rev. 5 del 10/01/2025
		Pag. 2 di 9

**Allegato 1) RELAZIONE SANITARIA**

A cura del  MEDICO MEDICINA GENERALE /  MEDICO della STRUTTURA OSPITANTE

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Esenzioni \_\_\_\_\_  
Data di compilazione \_\_\_\_\_  
Patologie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TERAPIA FARMACOLOGICA:

Farmaco	Dosaggio	Posologia

ALLERGIE AI FARMACI:  Sì  No

Se sì, quali: \_\_\_\_\_

ALTRI TRATTAMENTI:

Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ	Tipo _____
Dialisi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ: <input type="checkbox"/> Emodialisi <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale	
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc.) _____		

GESTIONE DELLA TERAPIA:

- Autonomo
- Con aiuto
- Totalmente dipendente

NOTIZIE ANAMNESTICHE SIGNIFICATIVE:

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

	<b>MODULO DOMANDA DI RICOVERO RSA</b>	<b>M_AMM_13_01</b>
		Rev. 5 del 10/01/2025
		Pag. 3 di 9

LA PERSONA HA EFFETTUATO LE SEGUENTI VACCINAZIONI:

<input type="checkbox"/> INFLUENZA:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data Vaccinazione: _____
<input type="checkbox"/> ANTIPNEUMOCOCCICA:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data Vaccinazione: _____
<input type="checkbox"/> SARS COV 2:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Data Ultima Vaccinazione: _____
		N. dosi somministrate: _____
<input type="checkbox"/> ALTRO	_____	
	_____	

DEFICIT SENSORIALI:

Ipovisus <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	Cecità assoluta <input type="checkbox"/> sì
Ipoacusia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	Corretta con protesi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì Sordità assoluta <input type="checkbox"/> sì

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI:

Stato di coscienza alterato	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Coma/stato vegetativo (GCS: ____ /15)
Diagnosi di demenza nota	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì, QUALE _____	
Deficit di memoria	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	Disorientamento: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> Temporale <input type="checkbox"/> Spaziale
Disturbi del linguaggio e della comunicazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì, di che tipo: _____	
Crisi d'ansia / attacchi di panico Frequenza _____	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	Deflessione del tono dell'umore: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì
Deliri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì
Aggressività	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> Fisica <input type="checkbox"/> Verbale	
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia
Vagabondaggio /affaccendamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì	Tentativi di allontanamento inconsapevole/tentativo fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì
Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì, di che tipo: .....	
Etilismo/potus	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> Attuale <input type="checkbox"/> Pregresso	
Tabagismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sì: <input type="checkbox"/> Attuale <input type="checkbox"/> Pregresso	

Abuso/dipendenza da sostanze:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì: <input type="checkbox"/> Attuale <input type="checkbox"/> Pregresso Di che tipo: _____
Dipendenza gioco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì, di che tipo: _____
Tentato suicidio	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì: indicare la data: ____ / ____ / ____
In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì: _____
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"/> Sì	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"/> Sì	
Disfagia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì	Cibi frullati o omogeneizzati: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì Addensanti: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì
Dieta specifica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì, di che tipo: _____	
Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì: <input type="checkbox"/> Periferica <input type="checkbox"/> Centrale
Peso corporeo: _____ kg	Altezza: _____ cm	
Intolleranze/Allergie	<input type="checkbox"/> Non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sì: di che tipo: _____	

	<b>MODULO DOMANDA DI RICOVERO RSA</b>	<b>M_AMM_13_01</b>
		Rev. 5 del 10/01/2025
		Pag. 5 di 9

SCALA BARTHEL:

Attività	Punteggio	
Alimentazione	0	dipendente
	5	necessita di assistenza (es: tagliare il cibo)
	10	indipendente
Vestirsi / Svestirsi	0	dipendente
	5	necessita aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole
	10	indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni
Igiene personale	0	dipendente
	5	si lava la faccia e i denti, si pettina, si rade (inserisce la spina del rasoio)
Fare il bagno / doccia	0	dipendente
	5	indipendente
Controllo sfinterico intestinale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Controllo sfinterico vescicale	0	incontinente
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto
	10	continente
Spostamenti Trasferimento sedia-letto	0	dipendente, non ha equilibrio da seduto
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi
	10	minima assistenza e supervisione
	15	indipendente
Utilizzo della toilette	0	dipendente
	5	necessita qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/sgestirsi o usare carta igienica
	10	indipendente con l'uso del bagno o della padella
Mobilità Deambulazione su terreno piano	0	immobile
	5	indipendente con la carrozzina per > 45m
	10	necessita aiuto per > 45m
	15	indipendente per > 45m (può usare ausili, es. bastone, ma non girello)
Salire o scendere le scale	0	dipendente
	5	necessita di aiuto o supervisione
	10	indipendente, può usare ausili

PUNTEGGIO \_\_\_\_\_/100

### INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Indicare l'indice di severità:

[1] assente      [2] lieve      [3] moderato      [4] grave      [5] molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3. Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4. Patologie respiratorie (a partire dalla laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5. O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6. Apparato G.L. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7. Apparato G.L. inferiore (intestino, ernie)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8. Patologie epatiche (solo fegato)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9. Patologie renali (solo rene)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
12. Patologie sistema nervoso (sistema nervoso centrale e periferico: non include la demenza)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
13. Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
14. Patologie psichiatriche-comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Indice di severità _____	Indice di comorbilità _____
--------------------------	-----------------------------

#### ASSISTENZA RESPIRATORIA:

- Nessuna  
 Ossigenoterapia     Sì  No Flusso (litri/minuto): \_\_\_\_\_ Per quante ore/die \_\_\_\_\_  
 Tracheotomia       Sì  No  
 Ventilazione meccanica non invasiva     Sì  No  
 Ventilazione meccanica invasiva         Sì  No



	<b>MODULO DOMANDA DI RICOVERO RSA</b>	<b>M_AMM_13_01</b>
		Rev. 5 del 10/01/2025
		Pag. 8 di 9

## Allegato 2) SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO IN RSA

- stato di salute
- problemi familiari
- condizioni abitative
- solitudine
- trasferimento da altra struttura

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (specificare) \_\_\_\_\_

In merito alla decisione del futuro ricovero, l'interessato è

- Consenziente
- Contrario
- Non informato. Perché \_\_\_\_\_

Situazione conosciuta da Assistente Sociale?

- No
- Sì (specificare nome, cognome ed Ente di appartenenza) \_\_\_\_\_

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- Nessuno
- Cure Domiciliari / ADI
- RSA Aperta
- CDI
- SAD
- Assistente Familiare (c.d. badante)
- Altro (specificare)

SITUAZIONE FAMILIARE / Il nucleo familiare dell'interessato (anche non conviventi) è così composto:

COGNOME	NOME	RELAZIONE DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TELEFONICO E INDIRIZZO E-MAIL



	<b>INFORMATIVA / Richiesta</b>	<b>M_AMM_02_13</b>
	<b>accesso servizi di Fondazione</b>	Rev. 0 del 30/01/2023
	<b>ai sensi del Regolamento 2016/679 UE (GDPR)</b>	Pag. 1 di 1

#### Il Titolare del Trattamento

Fondazione Ospedale della Carità - Casa di Riposo Onlus, con sede in (26011) Casalbuttano ed Uniti (CR), Via Marconi, 1, C.F. 83000810198, Tel 0374-361118/ Fax 0374-361878, e-mail: info@rsacasalbuttano.eu; PEC: info@pec.rsacasalbuttano.eu.

#### Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Martino Del Sozzo, con studio in Via Cremona 29/A, (46100) Mantova, tel.0376227111, e-mail: martino.delsozzo@gmail.com, posta elettronica certificata: martino.delsozzo@mantova.pecavvocati.it

#### Categorie di dati trattati

I dati che verranno trattati per le finalità sottoindicate sono di natura comune e particolare.

#### Finalità del trattamento

I dati personali conferiti saranno trattati nel rispetto delle condizioni di liceità ex art. 6 Reg. UE 2016/679 per le seguenti finalità:  
- AMMINISTRATIVA: espletamento dei compiti gestionali ed organizzativi necessari all'inserimento della richiesta di accesso al servizio di RSA e CDI;  
- DIAGNOSI: svolgimento di una prima attività diagnostica dello stato generale della sua salute per valutare la possibilità di suo inserimento nei reparti della struttura o nel CDI

#### Base giuridica

La Fondazione necessita di un Suo specifico consenso per poter trattare i dati riguardanti il Suo stato di salute. Il rilascio del suddetto consenso è necessario per consentire alla Struttura di trattare i Suoi dati di salute per consentirle l'accesso ai servizi della struttura; l'eventuale rifiuto a prestare il consenso non consentirà di erogare la prestazione richiesta.

#### Periodo di Conservazione o criteri per determinare tale periodo

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art. 5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge, o comunque per un periodo non superiore a sei mesi per le domande non prese in carico per assenza di requisiti. La verifica sulla obsolescenza dei dati viene svolta periodicamente.

#### Diffusione e comunicazione a terzi

I dati non verranno diffusi in nessun modo. Tuttavia, i dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolare, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili esterni del trattamento all'uopo nominati, ovvero a personale autorizzata al trattamento dei dati, che agisce sotto la diretta autorità del Titolare e/o del Responsabile esterno. L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione. I dati sanitari dell'interessato potranno essere comunicati ai parenti dell'utente, da esso espressamente indicati, e/o a terze persone anch'esse espressamente indicate dall'interessato.

#### Diritti dell'interessato

L'interessato ha diritto di esercitare i suoi diritti così come previsti dall'art.15 all'art.22 del GDPR, rivolgendosi al titolare del Trattamento sopra indicato, ovvero al Responsabile della Protezione dei dati. Inoltre, nel caso in cui si ritenga che il trattamento sia stato svolto in violazione della normativa sulla protezione dei dati personali, è riconosciuto il diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 (00187) Roma.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del GDPR dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata e, per le finalità sopra riportate (trattamento dei dati personali e inerenti la salute al fine del suo inserimento in lista di attesa) acconsento al trattamento dei miei dati personali.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma leggibile dell'interessato \_\_\_\_\_

Se il consenso non può essere prestato dall'interessato per impossibilità fisica, incapacità di agire oppure incapacità di intendere e di volere, questo è manifestato da chi esercita legalmente la potestà quale (specificare)

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

- Amministratore di sostegno  
 Tutore  
 Curatore  
 Altro \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma leggibile dell'interessato \_\_\_\_\_