

## 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### RICHIESTE 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
    - si  no  In attesa

### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_
- Laurea in \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_
- Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_
- Interessi / hobby \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi:  NO  SI (specificare):

- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_
- CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_
- Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi:  NO  SI (specificare):

- SAD Comunale
- Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_
- Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_
- Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Servizio Sociale di: <input type="checkbox"/> Centri Sociali Territoriali <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni _____

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

**EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI**

---



---



---



---

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

<b>NOTE:</b> ..... ..... ..... ..... ..... .....
--

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

Cognome e Nome .....

Data di nascita ...../...../.....

luogo di nascita .....

### QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

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

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

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE IN ATTO

ALLERGIE NON NOTE NO SI, DI CHE TIPO: .....

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

**ASPETTI CLINICO - FUNZIONALI**

Autonomia nel movimento (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 <input type="checkbox"/> Stomia, sede:.....
Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua
Tracheostomia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (tipo di cannula)
Ventilazione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva
Catetere venoso centrale (CVC)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....
Lesioni da pressione	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede: .....Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Altre lesioni cutanee (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: .....

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

### DEFICIT SENSORIALI

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

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

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

### PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

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

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

Dieta specifica <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....	
Alimentazione enterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG	Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferica <input type="checkbox"/> centrale
Peso corporeo: ..... kg	Altezza: ..... cm

Intolleranze <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....
--

**TERAPIA**

Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

Farmaco/Principio attivo	Posologia

**ALTRI TRATTAMENTI:**

Emotrasfusione <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Tipo_____
Dialisi <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale
Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) .....

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

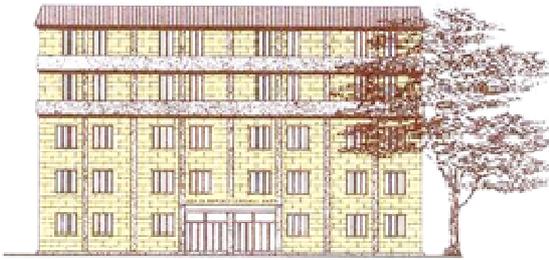
.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / 20....

Nome e Cognome medico curante: ..... Recapito ..... tel.diretto..... fax ..... e-mail diretta: .....@.....	Timbro e firma del medico curante
---	-----------------------------------

Data di compilazione: ..... / ..... / 20.....



# Istituto Geriatrico Vergani e Bassi - onlus

Via Lazzaretto, 2 - 20064 GÖRGÖNZOLA (MI)  
Telefono 02-9513379 - Telefax 02-95300540  
C.F. / P.IVA 06034150158 - e-mail: info@verganiebassi.it  
www.verganiebassi.it

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

**art. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_

DICHIARA

di avere un reddito sufficiente a sostenere il pagamento della retta per il ricovero del/della

Sig./ra \_\_\_\_\_.

IL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

Allegato: Altre R.S.A. del territorio della ex. A.S.L. Mi2

<b>Denominazione Struttura</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Comune</b>	<b>Telefono</b>	<b>Fax</b>	<b>E.mail</b>
Casa dell'anziano San Camillo *	Via Della Cappelletta, 5	CARUGATE	02/9254771	02/9252229	<a href="mailto:info@rsasancamillo.it">info@rsasancamillo.it</a>
Casa di Riposo Comunale di Cassano d/A	Via 5 Martiri, 1	CASSANO ADDA	0363/61581	0363/361371	<a href="mailto:rsabelvedere@comune.cassanodadda.mi.it">rsabelvedere@comune.cassanodadda.mi.it</a>
Casa Famiglia per Anziani di Bussero *	Via A. Grandi, 8	BUSSERO	02/95330322	02/95039670	<a href="mailto:bussero@fondazionemantovani.it">bussero@fondazionemantovani.it</a>
Centro S. Maria al Castello Don Gnocchi	P.zza Castello, 23	PESSANO CON BORNAGO	02/955401	02/95540399	<a href="mailto:info.pessano@dongnocchi.it">info.pessano@dongnocchi.it</a>
Fondazione Castellini di Melegnano Onlus *	Via Cavour, 21	MELEGNANO	02/982201	02/98220134	<a href="mailto:sociale@fondazionecastellini.it">sociale@fondazionecastellini.it</a>
Fondazione Ospedale Marchesi	Via Marchesi, 25	INZAGO	02/9531231	02/9548603	<a href="mailto:amministrazione@fondazionemarchesi.it">amministrazione@fondazionemarchesi.it</a>
Istituto Geriatrico Redaelli *	Via Leopardi, 3	VIMODRONE	02/250321	02/27409116	<a href="mailto:s.bellina@golgiredaelli.it">s.bellina@golgiredaelli.it</a>
Istituto Geriatrico Vergani e Bassi Onlus	Via Lazzaretto, 2	GORGONZOLA	02/9513379	02/95300540	<a href="mailto:info@verganiebassi.it">info@verganiebassi.it</a>
Istituto Monsignor L. Biraghi *	Via Videmari, 2	CERNUSCO SUL NAVIGLIO	02/929036	02/9249647	<a href="mailto:info@rsabiraghi.it">info@rsabiraghi.it</a>
Residenza Borromea	Via Buonarroti	MEDIGLIA	02/90600463	02/90601496	<a href="mailto:residenza_borromea@tiscali.it">residenza_borromea@tiscali.it</a>
Residenza Melograno Anni Azzurri *	Via Trento	CASSINA DEPECCHI	02/95341410	02/95341395	<a href="mailto:residenzamelograno@anniazzurri.it">residenzamelograno@anniazzurri.it</a>
Residenza Mirasole Anni Azzurri	Via Borsellino, 6	OPERA	02/576911	02/57607098	<a href="mailto:giuseppe.dellacorte@anniazzurri.it">giuseppe.dellacorte@anniazzurri.it</a>
Residenza San Rocco Anni Azzurri	Via Monviso,87	SEGRATE	02/26952323	02/26926998	<a href="mailto:residenzasanrocco@anniazzurri.it">residenzasanrocco@anniazzurri.it</a>
RSA Acquamarina Heliopolis *	Via Strada Cerca	BINASCO	02/900351	02/90094243	<a href="mailto:info@residenzeheliopolis.com">info@residenzeheliopolis.com</a>
RSA Alfredo Podestà Heliopolis *	Via Strada Cerca	BINASCO	02/900351	02/90094243	<a href="mailto:info@residenzeheliopolis.com">info@residenzeheliopolis.com</a>
RSA Maria Lorenzon Heliopolis	Via Strada Cerca	BINASCO	02/900351	02/90094243	<a href="mailto:info@residenzeheliopolis.com">info@residenzeheliopolis.com</a>
RSA Anna Sironi	Via Nenni 20	TREZZO SULL'ADDA	02/90939943		<a href="mailto:rsaannasironi@crmsociale.it">rsaannasironi@crmsociale.it</a>
RSA Cascina Cortenuova	Via Del Ronco	PAULLO	02 90639806	02/90634670	<a href="mailto:rsa.cdipaullo@crmsociale.it">rsa.cdipaullo@crmsociale.it</a>
RSA Giovanni Paolo II	V.le Germania 1	MELZO	02/95732428	02/95737862	<a href="mailto:accoglienza.giovannipaolo@korian.it">accoglienza.giovannipaolo@korian.it</a>
RSA Gli Oleandri	Via Amendola, 20/A	ROZZANO	02/57701975	02/57701978	<a href="mailto:reception@terranovarsa.it">reception@terranovarsa.it</a>
RSA I Pioppi	Via L. da Vinci	DRESANO	02/98274148	02/98274342	<a href="mailto:rsadresano@puntoservice.org">rsadresano@puntoservice.org</a>

N.B. \* presente Nucleo Protetto per ospiti ALZHEIMER