



**ISTITUTO BASSANO CREMONESINI**  
**Per Disabili Psiciche - ONLUS**  
**Via Roma 1, 25026 Pontevico (BS)**

**Telefono:** 030.9930455

**Codice fiscale:** 88002090178

**Partita IVA:** 00727290983

**e-mail:** [dir.sanitaria@istitutocremonesini.it](mailto:dir.sanitaria@istitutocremonesini.it)

**Oggetto:** **PROPOSTA DI RICOVERO R.S.D.**

La proposta di ricovero deve essere compilata in ogni sua parte, inviata all'indirizzo e-mail [adele.cavagnoli@istitutocremonesini.it](mailto:adele.cavagnoli@istitutocremonesini.it) , e contenere:

1. Fotocopia decreto di nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno;
2. Fotocopia della carta d'identità e tessera sanitaria della diretta interessata;
3. Fotocopia verbale Invalidità Civile, certificazione di handicap ai sensi della Legge 104/1992 e indennità di accompagnamento;
4. Relazione aggiornata da parte dei Servizi che seguono la persona (es. servizi sociali, SPDC...) ed eventuali dimissioni da strutture ospedaliere o socioassistenziali;
5. Documentazione clinico/sanitaria aggiornata contenente le indicazioni rispetto la condizione psicodiagnostica, i trattamenti terapeutici, le esenzioni attive e gli eventuali ulteriori referti di visite specialistiche;
6. Libretto vaccinale o certificazioni di vaccinazioni obbligatorie e facoltative;
7. Documentazione di prescrizione rilasciato dall'ente preposto e/o acquisto ausili, laddove presenti (es. carrozzina, deambulatore);
8. Relazione sociale riportante le informazioni relative alla storia della diretta interessata e della sua situazione familiare;
9. Copia di approvazione per inserimento in RSD da parte del Nucleo Servizi Handicap di Leno (A.S.S.T. Garda).

# SCHEMA CONOSCITIVA – R.S.D.

## DATI ANAGRAFICI

Data di presentazione della domanda: \_\_\_\_\_

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Codice SSN: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Stato civile:

Nubile

Coniugato

Convivente

Altro: \_\_\_\_\_

A.T.S. di riferimento: \_\_\_\_\_

A.S.S.T. di riferimento: \_\_\_\_\_

Provenienza ospite:

Dato non rilevato

Dimesso da altre strutture

Ospite che accede alla struttura direttamente

Ospite dimesso da altro regime o tipologia all'interno della stessa struttura

Ospite dimesso da istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti o istituto di riabilitazione

Ospite dimesso da struttura psichiatrica

Indicare eventuali precedenti ricoveri e durata di essi:

---

---

---

---

---

---

---

---

### SITUAZIONE FAMIGLIARE

- Mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia
- Non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con parenti e amici
- Parenti amici e volontari sono disponibili in caso di bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economica, disagi esistenziali, etc.)
- Può contare solo sull' aiuto istituzionale (rete formale).

Sono richiesti i seguenti dati per coloro che sono membri del nucleo familiare ma anche per coloro che hanno instaurato relazioni interpersonali significative con la diretta interessata (es. cugini, zii, vicini di casa ecc.).

Nome e cognome	Grado di parentela	Data di nascita	Contatto (telefono, e-mail)	Relazione con la diretta interessata
	MADRE <input type="checkbox"/> In vita <input type="checkbox"/> Deceduta, causa: _____ _____			<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
	PADRE <input type="checkbox"/> In vita <input type="checkbox"/> Deceduto, causa: _____ _____			<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
	FIGLIO/A			<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
				<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
				<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
				<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
				<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
				<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
				<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna
				<input type="checkbox"/> Buona <input type="checkbox"/> Conflittuale <input type="checkbox"/> Nessuna

Parenti in grado di assisterla:

- Genitore
- Figli
- Coniuge
- Altro parente: \_\_\_\_\_

Altre informazioni che si ritiene necessario segnalare:

---

---

---

---

**TUTORE\CURATORE\AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Contatti (e-mail e cellulare):

---

## MOTIVAZIONE DEL RICOVERO DELLA PAZIENTE

Diagnosi (ICD-9-CM): \_\_\_\_\_

Diagnosi (non ICD-9-CM): \_\_\_\_\_

Evento indice, prima diagnosi di malattia che ha reso disabilitante la qualità di vita della persona (ICD-9):

\_\_\_\_\_

Data evento indice: \_\_\_\_\_

Collegato alla nascita:

Sì

No

Grado di consapevolezza dell'interessata rispetto all'ingresso in struttura:

Consapevole

Non consapevole

Motivazioni per cui si richiede il ricovero:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CONDIZIONI PSICO-FISICHE DELLA PAZIENTE

### Indicatori di mobilità

Sa spostarsi usando apparecchi ausili:

- Non necessita di utilizzare apparecchi o ausili
- Usa apparecchi o ausili
- Necessita di assistenza, non è in grado di utilizzare apparecchi o ausili

Si muove per brevi distanze:

- Autonomamente
- Con aiuto o supervisione
- Solo se assistito da un operatore

Sa trasferirsi da seduto:

- Autonomamente
- Con aiuto o supervisione
- Solo se assistito da operatore

Sa trasferirsi da sdraiato:

- Autonomamente
- Con aiuto o supervisione
- Solo se assistito da operatore

### Abbigliamento:

- Dipende sotto tutti gli aspetti e non collabora
- Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento
- Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe o toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi

### Alimentazione:

- Alimentazione naturale
- Alimentazione enterale o parenterale
- Alimentazione speciale

### Igiene personale:

- Incapace ad attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti
- Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene
- Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi se abituata

### Uso di presidi assorbenti:

- Sì
- No

### Tipo di incontinenza:

- Urinaria
- Doppia incontinenza

### Cateterismo:

- Nessun cateterismo
- Cateterismo permanente
- Cateterismo intermittente

### Toilette:

- Completamente dipendente
- Necessita di aiuto per tutti gli aspetti
- Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o il pappagallo ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli

### Aspetti cognitivo comportamentali

Presenta comportamenti auto/etero aggressivi (o che comportano controllo):

- No, solo eccezionalmente
- Talvolta in modo ricorrente
- Spesso, più volte nell'arco della settimana o del giorno

### Percezione sensoriale:

- Cecità
- Sordità
- Altro: \_\_\_\_\_

### Attività gradite:

- Lettura (libri e giornali)
- Lavori a mano (uncinetto, maglia, apparecchiare la tavola)
- Attività e animazioni indotte (tombola, party)
- Fa o riceve telefonate
- Gioca a carte, ad altri giochi di società
- Segue la televisione o la radio
- Gite/uscite
- Pranzi/cene conviviali
- Acquisti/spese
- Altro: \_\_\_\_\_

## ALTRE INFORMAZIONI

### Situazione pensionistica:

- Pensione di vecchiaia/anzianità
- Pensione sociale
- Invalidità civile
- Infortunio sul lavoro
- Altro: \_\_\_\_\_

### Indennità di accompagnamento:

- Sì
- No

### Posizione professionale:

- Imprenditore
- Dirigente
- Impiegato, insegnante
- Artigiano, coltivatore diretto, commerciante, altro
- Operaio, salariato agricolo, altro lavoratore dipendente
- Lavoratore a domicilio
- Coadiuvante in aziende a conduzione familiare
- Casalinga (che ha svolto lavoro retribuito)
- Pensionato che ha lavorato
- Invalido, inabile (anche se pensionato)
- Disoccupato (attualmente)
- Altro – se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito
- Scolaro, studente, bambino
- Casalinga (che non ha mai svolto lavoro retribuito, anche se con pensione)
- In cerca di prima occupazione
- Invalido, inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito)
- Altro (se non ha mai svolto un lavoro retribuito)

### Condizione lavorativa:

- Casalinga
- Impiegata
- Operaia
- Invalida
- Libera professionista
- Lavoratrice autonoma

Eventuali lavori svolti:

---

---

---

Istruzione:

- Analfabeta
- Laureata
- Scuola media inferiore
- Scuola superiore
- Scuola elementare
- Scuola professionale

Anno di conclusione: \_\_\_\_\_

*Si specifica che l'inserimento dell'ospite non avviene necessariamente seguendo l'ordine cronologico di presentazione della domanda o di visita pre-ingresso ma considerando anche la compatibilità della paziente con le caratteristiche del nucleo nel quale il posto si è reso disponibile.*

*In caso di saturazione del servizio, le richieste valutate e ritenute idonee verranno inserite in lista d'attesa, con criterio di priorità per le persone residenti nel territorio afferente l'Ambito 9 (comprendente i comuni di Alfianello, Bagnolo Mella, Bassano Bresciano, Cigole, Fiesse, Gambara, Ghedi, Gottolengo, Isorella, Leno, Manerbio, Milzano, Offlaga, Pavone del Mella, Pontevico, Pralboino, San Gervasio, Seniga, Verolanuova, Verolavecchia), l'A.T.S. Brescia e poi tutti coloro che non rientrano in tali territori.*

NOME E COGNOME DI CHI HA COMPILATO LA SCHEDA

---

IN QUALITÀ DI (FAMIGLIARE, MEDICO CURANTE, ASSISTENTE SOCIALE...)

---

Firma \_\_\_\_\_

*Riservato al Direttore Sanitario*

La persona interessata all'inserimento in lista d'attesa è stata visitata in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ed è stata ritenuta:

- Idonea per l'Istituto Bassano Cremonesini.
- Non idonea per l'Istituto Bassano Cremonesini.

Firma \_\_\_\_\_