



**ISTITUTO BASSANO CREMONESINI**  
**Per Disabili Psiciche - ONLUS**  
**Via Roma 1, 25026 Pontevecchio (BS)**  
**C.F.: 88002090178 P.IVA: 00727290983**  
**Tel. 030/9930455 – Fax 030/9307477**  
**Mail: [cremonesini@perinternet.com](mailto:cremonesini@perinternet.com)**

## **Oggetto: PROPOSTA DI RICOVERO**

La proposta di ricovero deve essere accompagnata oltre che dalla scheda conoscitiva anche dalla seguente documentazione:

1. Fotocopia decreto di nomina tutore o amministratore di sostegno
2. Fotocopia carta d'identità
3. Fotocopia tessera sanitaria
4. Fotocopia verbale di I.C. e 104/92
5. Relazione sociale contenete:
  - a. Anamnesi sociale della persona
  - b. Condizioni di invalidità
  - c. Informazioni sulla situazione socio – culturale del nucleo familiare
  - d. Tutte la informazioni ritenute funzionali all'inserimento
6. Relazione psicodiagnostica con diagnosi funzionale aggiornata ed in particolare con specificazione delle autonomie
7. Relazione/Documentazione clinico – sanitaria che inquadri le eventuali patologie o compromissioni e che dia indicazioni sui trattamenti terapeutici/farmacologici in atto
8. Compilare in ogni campo la scheda conoscitiva allegata alla presente.

La proposta di ricovero verrà ritenuta nulla se mancante di qualche documentazione o in caso la scheda conoscitiva non sia stata compilata in tutti i suoi campi.

# SCHEDA CONOSCITIVA SITUAZIONE SOCIALE - RSD

DATA PRESENTAZIONE DOMANDA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CODICE S.S.N. \_\_\_\_\_

DATA DI NACITA \_\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_

SESSO

STATO CIVILE

femmina  
 maschio

celibe/nubile  
 coniugato/a  
 convivente  
 libero di stato

RESIDENZA ANAGRAFICA ALL'INGRESSO

COMUNE \_\_\_\_\_

CODICE ASL

<input type="checkbox"/> 000 Extraregionale	<input type="checkbox"/> 308 Milano città
<input type="checkbox"/> 301 Bergamo	<input type="checkbox"/> 309 Milano 1
<input type="checkbox"/> 302 Brescia	<input type="checkbox"/> 310 Milano 2
<input type="checkbox"/> 303 Como	<input type="checkbox"/> 311 Milano 3
<input type="checkbox"/> 304 Cremona	<input type="checkbox"/> 312 Pavia
<input type="checkbox"/> 305 Lecco	<input type="checkbox"/> 313 Sondrio
<input type="checkbox"/> 306 Lodi	<input type="checkbox"/> 314 Varese
<input type="checkbox"/> 307 Mantova	<input type="checkbox"/> 315 Valcamonica - Sebino

RESIDENZA ANAGRAFICA ATTUALE

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

SITUAZIONE PENSIONISTICA  
(indicare solo una voce)

INDENNITA' DI  
ACCOMPAGNAMENTO

Anzianità  
 Sociale  
 Invalidità Civile  
 Inf. sul lavoro  
 Altro

Si  
 No

PROVIENE DA

ATTIVITA' PRIMA DEL RICOVERO

Casa  
 Altra Struttura  
 Ospedale

Nulla  
 Lavoratore  
 Studente

**GRADO DI ISTRUZIONE:**  
(allegare eventuali Pagelle, Diplomi, ecc.)

**SCOLARIZZAZIONE**

- Non ha concluso l'obbligo
- Ha concluso l'obbligo
- Formazione professionale
- Scuola superiore
- Scuola universitaria
- Laurea
- Non nota

Anno di conclusione scuola (se non ha concluso l'obbligo indicare "0000")

**Servizio/attività lavorativa**

- Nessuna                       Lavoro
- C.S.R.
- S.F.A.
- Tirocinio Lavoro

---

**SITUAZIONE FAMILIARE:**  
(allegare stato di famiglia)

N° Genitori in vita

Fratelli/Sorelle conviventi (vedi stato di famiglia)

Età del Padre

Familiari conviventi (vedi stato di famiglia)

Età della Madre

---

**ESPERIENZE VARIE IN:**

**ALTRA RSD**

- SI
- NO

**RES.COLLETTIVA**

- SI
- NO

**COM. ALLOGGIO**

- SI
- NO

**RES. TEMPORANEA**

- SI
- NO

## ANAMNESI FAMILIARE

### LA FAMIGLIA E' ATTUALMENTE:

- Presente
- Assente

### in caso di presenza della famiglia:

1. numero membri che compongono la famiglia \_\_\_\_\_
2. condizioni professionali dei membri suddetti \_\_\_\_\_
3. situazione economica della famiglia \_\_\_\_\_
4. integrazione sociale della famiglia \_\_\_\_\_
5. eventuale Ente che assiste la famiglia \_\_\_\_\_

### Integrazione familiare

- piena integrazione
- integrazione sufficiente a mantenere l'unione familiare
- famiglia disgregata
- personalità dominante

### In caso di assenza della famiglia

- separazione dei coniugi \_\_\_\_\_ motivazioni \_\_\_\_\_
- situazione di vedovanza
- entrambi i coniugi defunti
- atteggiamento degli altri parenti

### Note

---

---

---

## MOTIVAZIONE DEL RICOVERO DELLA PAZIENTE

- cause familiari \_\_\_\_\_
- cause ambientali \_\_\_\_\_
- cause economiche \_\_\_\_\_
- cause intrinseche alla paziente:

- oligofrenia semplice
- oligofrenia con epilessia
- oligofrenia con spasticità
- oligofrenia con gravi anomalie comportamentali
- epilessia
- altre forme psichiche \_\_\_\_\_

- in caso di precedente ricovero

- reazione della paziente al ricovero \_\_\_\_\_
- durata del ricovero \_\_\_\_\_

# CONDIZIONI PSICO-FISICHE DELLA PAZIENTE

## 1. Motilità

- può camminare da sola
- può camminare con aiuto
- può camminare con protesi
- si sposta con carrozzella
- allettata

- si veste da sola
- si veste con aiuto parziale
- dipendenza totale

- si lava da sola
- si lava con aiuto parziale
- dipendenza totale

- mangia da sola
- mangia con aiuto parziale
- dipendenza totale

- utilizza da sola i servizi igienici
- utilizza i servizi igienici con aiuto parziale
- dipendenza totale

## 2. Psiciche

- integra
- con fasi di confusione e disorientamento
- con fasi di agitazione psico-motoria

## 3. Sensorio

- cecità
- sordità
- mutismo
- ipovisus
- ipoacusia
- disartria

## 4. Continenza sfinteri

- incontinenza vescicale
- porta catetere
- incontinenza anale

## 5. Eventuali altre condizioni di non autosufficienza

---

---

---

## 6. Eventuali condizioni patologiche giustificative di accertati interventi sanitari (precisare la diagnosi relativa alle eventuali forme psichiatriche)

---

---

---

**7. Eventuali disponibilità dei familiari a riprendere con sè la paziente**

---

---

---

**PARERE DEL MEDICO**

**1. Con riferimento all'autosufficienza o meno del soggetto**

---

---

---

---

---

---

---

**2. con riferimento alla possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni**

---

---

---

---

---

---

---

**COGNOME E NOME DEL MEDICO**

**RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

---

**DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_