



ISTITUTO BASSANO CREMONESINI
PER PERSONE CON DISABILITA' PSICHICA - ETS
Iscrizione RUNTS Numero di Repertorio 166351
Via Roma n. 1, 25026 Pontevico (BS)
C.F.: 88002090178 P.IVA: 00727290983

Telefono: 030.9930455
Codice fiscale: 88002090178
Partita IVA: 00727290983
e-mail: dir.sanitaria@istitutocremonesini.it

Oggetto: PROPOSTA DI RICOVERO R.S.A.

La proposta di ricovero deve essere compilata in ogni sua parte, inviata all'indirizzo e-mail 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.

SCHEMA CONOSCITIVA – R.S.A.

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
- ☐ Divorziata
- ☐ Separata
- ☐ Vedova

A.T.S. di riferimento: _____

A.S.S.T. di riferimento: _____

Provenienza ospite:

- ☐ Ospite che accede alla struttura direttamente
- ☐ Ospite proveniente da struttura psichiatrica (facente capo al Dipartimento Salute Mentale)
- ☐ Ospite proveniente da istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti o istituto di riabilitazione
- ☐ Ospite dimesso da altro regime o tipologia all'interno della stessa struttura
- ☐ Ospite proveniente da altre R.S.A.

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 ☐ In vita ☐ Deceduta, causa: _____ _____			☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
	PADRE ☐ In vita ☐ Deceduto, causa: _____ _____			☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
	FIGLIO/A			☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
				☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
				☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
				☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
				☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
				☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ Nessuna
				☐ Buona ☐ Conflittuale ☐ 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

Deambulazione:

- ☐ Dipendenza rispetto alla locomozione
- ☐ Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- ☐ Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- ☐ Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- ☐ Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni ecc. e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione

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:

- ☐ Totalmente dipendente, va imboccata
- ☐ Riesce a manipolare qualche posata, ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
- ☐ Riesce ad alimentarsi sotto supervisione. La assistenza è limitata a gesti più complicati.
- ☐ Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- ☐ Totale indipendenza nel mangiare

Alimentazione artificiale:

- ☐ Negativo
- ☐ Sondino
- ☐ PEG
- ☐ Parenterale totale

Igiene personale:

- ☐ Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente da tutti i punti di vista
- ☐ È necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
- ☐ È necessario assisterlo in uno o più circostanze dell'igiene personale
- ☐ È in grado di provvedere alla cura della propria persona ma, richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- ☐ Totale indipendenza

Gestione incontinenza:

- ☐ Negativo
- ☐ Presidi assorbenti
- ☐ Catetere vescicale
- ☐ Ano artificiale

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

Irrequietezza:

- ☐ Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- ☐ Appare chiaramente irrequieto non riesce a stare seduto, si muove continuamente; si alza in piedi durante la conversazione, contorce le mani, toccando in continuazione vari oggetti
- ☐ Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione; ha difficoltà nel mantenere fermi mani e piedi e tocca continuamente vari oggetti
- ☐ Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attiva con periodi di tranquillità

Confusione:

- ☐ Completamente confusa, comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- ☐ Chiaramente confusa e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- ☐ Appare incerta e dubbiosa nonostante sia orientata nello spazio e nel tempo
- ☐ Perfettamente lucida

Irritabilità:

- ☐ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ☐ Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità, che non sempre è in grado di controllare
- ☐ Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- ☐ Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

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: _____

In caso di saturazione del servizio, le richieste valutate e ritenute idonee verranno inserite in lista d'attesa. Viene valutata la più idonea collocazione all'interno dell'Istituto, in termini di Reparto/Nucleo, tenendo conto degli specifici bisogni della singola Ospite. Per tali ragioni la chiamata per l'inserimento dell'Ospite non avviene necessariamente seguendo l'ordine cronologico di presentazione della domanda, ma considerando anche la compatibilità della paziente con le caratteristiche del Nucleo nel quale il posto si è reso disponibile.

NOME E COGNOME DI CHI HA COMPILATO LA SCHEDA

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

Firma _____

Riservato al Direttore/Responsabile 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 _____