

Al Sig. Sindaco del  
COMUNE DI TREVIGLIO  
Piazza Manara, 1  
TREVIGLIO BG  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Alla c.a.

**OGGETTO:** trasmissione istanza di inserimento presso la RSA "Fondazione Anni Sereni di Treviglio, Caravaggio e Fara Gera d'Adda".

Con la presente si trasmette in allegato istanza di ricovero presso la RSA "Fondazione Anni Sereni di Treviglio, Caravaggio e Fara Gera d'Adda" relativa al sig./ra \_\_\_\_\_ e si dichiara la seguente situazione dell'anziano per il quale si richiede il ricovero in RSA (Barrare la casella relativa alla propria condizione):

**SITUAZIONE ANAGRAFICA:**

- vive con care giver (è la persona che si prende cura dell'anziano)
- vive nei mini alloggi protetti della Fondazione Anni Sereni
- vive esclusivamente con care giver con invalidità certificata dall'Asl dall'1% al 75%
- vive esclusivamente con care giver con invalidità certificata dall'Asl dal 76% al 99%
- vive solo o esclusivamente con persone invalide al 100%

**ADEGUATEZZA DELLA RETE RELAZIONALE:**

- ha familiari, non in convivenza, che svolgono funzione di care giver
- ha familiari, non in convivenza, che NON svolgono funzione di care giver
- non ha familiari, ma solo persone di riferimento
- non ha una rete familiare, sociale o persone di riferimento

**CONDIZIONE DI AUTONOMIA DEL RICHIEDENTE**

- deambula in autonomia
- deambula con necessità di assistenza (con accompagnatore, con ausili - bastone, girello, deambulatore, uso in parte della carrozzina)
- totalmente dipendente per gli spostamenti (utilizzo esclusivo della carrozzina per essere mobilizzato, utente allettato)
- si alimenta in autonomia
- si alimenta con necessità di assistenza
- totalmente dipendente per l'alimentazione
- provvede in autonomia all'igiene personale
- necessita di assistenza per l'igiene personale
- totalmente dipendente per l'igiene personale

**SITUAZIONE ABITATIVA DEL RICHIEDENTE**

- l'abitazione in cui vive ha barriere architettoniche all'esterno dell'abitazione stessa
- sono presenti barriere architettoniche all'interno dell'abitazione
- vive in un alloggio senza riscaldamento e/o acqua o in un alloggio anti-igienico (allegare copia certificato di anti-igienicità dell'Asl)
- vive in un alloggio con sfratto esecutivo o in struttura di lungo degenza da cui deve essere dimesso (allegare copia di sfratto esecutivo)
- non vive in un alloggio e si trova in una situazione di grave emarginazione sociale (dormitorio, senza fissa dimora,...)

**DESCRIZIONE DEL CARICO ACCUDITIVO DEL RICHIEDENTE**

- non necessita di accudimento
- ha necessità di accudimento per compiere alcuni atti quotidiani della vita
- ha necessità di accudimento per compiere tutti gli atti quotidiani della vita
- il livello di compromissione psico-fisica dell'interessato e la necessità di completo accudimento rendono necessario il ricovero in struttura protetta

**FAMILIARI TENUTI ALL'INTEGRAZIONE DELLA RETTA DI RICOVERO AI SENSI DELL'ART. 433 DEL CODICE CIVILE:**

Si dichiara che, ai sensi dell'art. 433 del codice civile, all'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti, nell'ordine (*coniuge, figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali; i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti; i generi e le nuore; il suocero e la suocera; i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali*):

il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ (*grado di parentela, affinità, relazione*) dell'utente;

il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ (*grado di parentela, affinità, relazione*) dell'utente;

il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ (*grado di parentela, affinità, relazione*) dell'utente;

il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ (*grado di parentela, affinità, relazione*) dell'utente;

il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ (*grado di parentela, affinità, relazione*) dell'utente;

il Sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F.  
\_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_ (*grado di parentela, affinità, relazione*) dell'utente;

Addì,.....

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

**N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al dichiarante di integrare di seguito:**

Cognome e nome del dichiarante .....

Firma

\_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

### Dati dell'interessato:

Cognome .....	Nome .....
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Stato civile .....	Data di nascita .....
Luogo di nascita .....	
Residenza in via .....n. .... Comune .....	
Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico .....	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) .....	
Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (allegare copia) .....	
Carta d'identità (allegare copia) .....	
Percentuale di invalidità .....	Indennità di accompagnamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)</b>	
In modo temporaneo <input type="checkbox"/>	In modo definitivo <input type="checkbox"/>

### Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela .....	
Cognome .....	Nome .....
Data di nascita .....	Luogo di nascita .....
Residenza in via .....n. .... Comune .....	
Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico .....	

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se no, perché .....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo .....

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA .....  
Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

**N.B.:** per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda .....

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003**

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....

Firma

\_\_\_\_\_

<p><b>Area riservata alla RSA</b></p> <p>Classe SOSIA: _____</p> <p>Percentuale di invalidità: _____</p> <p>Indennità di accompagnamento    Sì <input type="checkbox"/>            No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Data,</i></p>
--



**PARENTI REFERENTI**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

**ALTRI FAMILIARI**

.....  
.....  
.....

**CONDIZIONI PENSIONISTICHE**

Tipo di pensione/i: .....  
Tipo di invalidità: .....  
% di invalidità civile: .....  
Indennità di accompagnamento:    Sì                     No   
Esenzione ticket sanitario per: .....  
Pratiche in corso per: .....

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE:**

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

**BAGNO:**

- interno
  - esterno
- supporti antiscivolo:    Sì                     No

**RISCALDAMENTO:**

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO**

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

**I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?**

- Sì
- No

<p><b>Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.</b></p> <p><i>Data, .....</i> <span style="float: right;"><b>FIRMA</b></span></p> <p>_____</p>
--

### SCHEDA SANITARIA

(compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO: \_\_\_\_\_

ANAMNESI:

---

---

---

---

---

---

TIPO DI INVALIDITA'

---

PERCENTUALE di INVALIDITA':                      %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:                      SI                      NO

Trasferimento letto sedia

Codice	Significato
1	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
2	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
3	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
4	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia
5	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento

### Deambulazione

Codice	Significato
1	Dipendenza rispetto alla locomozione
2	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
3	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
4	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
5	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 percorre 50 metri senza aiuto o supervisione.

### Locomozione su sedia a rotelle

Codice	Significato
1	Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
2	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
3	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4	Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
5	Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

### Igiene personale

Codice	Significato
1	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
2	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
3	E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
4	E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
5	Totale indipendenza



### Alimentazione

Codice	Significato
1	Paziente totalmente dipendente, va imboccato.
2	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
3	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
4	Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
5	Totale indipendenza nel mangiare.

### Confusione (stato mentale)

Codice	Significato
1	Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
2	E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
3	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
4	E' perfettamente lucido

### Irritabilità

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

### Irrequietezza (stato Comportamentale)

Codice	Significato
1	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
2	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
3	Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.

4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

*SITUAZIONE CLINICA ATTUALE ED ESAME OBIETTIVO*

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave	DIAGNOSI
Patologia cardiaca (solo cuore)						
Iperensione arteriosa ( si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)						
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)						
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)						
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)						
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)						
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino. ernie)						
Patologie epatiche (solo fegato)						
Patologie renali (solo rene)						
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"						
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"						
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)						
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)						
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi						

*Ricoveri ospedalieri recenti:*

SI

NO

---



---



---

*Terapia in atto:*

---

---

---

---

---

---

---

*Reattività emotiva:*

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

*Incontinenza*

URINARIA

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale
- d) catetere a permanenza

FECALE

- a) assente
- b) occasionale
- c) abituale

*Lesioni da decubito:*

(specificare la sede)

assenti  
iniziali  
gravi  
multiple

---

---

---

---

*Peso kg:* \_\_\_\_\_

*Nutrizione artificiale:*

PEG                       SNG                       NPT

*E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità?*

SI    NO

*Abusa di sostanze alcoliche?*

NO, MAI

SI, IN PASSATO

SI, ATTUALMENTE

*Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici?*

SI

NO

*Richiede trattamento riabilitativo?*

SI

NO

specificare:

---

---

---

---

---

---

---

---

data \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico di famiglia  
o di reparto

---