

## **ISTRUZIONI PER PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA - R.S.A. SOLVENTI**

Si ricorda che la domanda ha validità di 12 mesi, trascorsi i quali - senza essere stati contattati per l'ingresso in struttura - il richiedente dovrà confermare per iscritto di voler mantenere attiva la richiesta. Si chiede inoltre di comunicare tempestivamente l'annullamento della richiesta qualora siano sopraggiunte altre esigenze o soluzioni assistenziali.

**DOCUMENTI DA COMPILARE** in maniera esaustiva e da firmare ove indicato:

1. **Domanda di ingresso** Può essere compilata dall'interessato, da un familiare di riferimento, dal tutore o amministratore di sostegno.
2. **Scheda di valutazione sociale** Può essere compilata dall'interessato o da un familiare di riferimento o dall'assistente sociale del Comune di residenza/ servizio specialistico.
3. **Scheda sanitaria** Deve essere compilata dal medico di famiglia se la persona si trova al domicilio o il medico di reparto ospedaliero/ struttura sanitaria ove l'interessato è ricoverato a cui aggiungere eventuali referti e documenti sanitari recenti.
4. **Adesione al servizio di lavanderia biancheria personale**

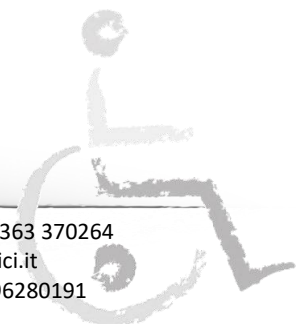
Può essere richiesta all'inserimento o in un secondo momento per iscritto dall'Ospite o dal familiare, tutore o amministratore di sostegno che firmerà una integrazione al contratto di ingresso.

### **ALLEGATI:**

- Nomina tutore o amministratore di sostegno se presente
- Carta di identità interessato
- Tessera sanitaria interessato
- Esenzione sanitaria interessato e Verbale di Invalidità Civile

L'Assistente Sociale Dott.ssa Silvia Di Pietro riceve su appuntamento nei seguenti giorni ed orari: dal Lunedì al Venerdì ore 10.00/12.00 - 14.00/16.00.

E' contattabile telefonicamente al numero **0363 77022** e tramite e-mail all'indirizzo [assistentesociale@casafamigliaspinelli.com](mailto:assistentesociale@casafamigliaspinelli.com)



## DOMANDA DI INGRESSO

### Dati dell'interessato

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso  F  M 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) \_\_\_\_\_

N° Carta d'identità (allegare copia) \_\_\_\_\_

TIPO DI INVALIDITA': \_\_\_\_\_ PERCENTUALE di INVALIDITA': \_\_\_\_\_ %

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:  SI  NO

### CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN REGIME DI SOLVENZA

Indicare il periodo (richiesto minimo 1 mese): \_\_\_\_\_

### Dati della persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Tutela legale (indicare se tutore, amministratore di sostegno, procuratore)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Medicina Generale



Sono parte integrante della presente domanda: 1. Scheda di valutazione sociale (All. A) 2. Scheda sanitaria (All. B) 3. Verbale di riconoscimento dell'invalidità civile se presente 4. Nomina tutore o amministratore di sostegno o procura se presente 5. Documenti di identità dell'interessato (Carta di identità interessato, Tessera sanitaria interessato, Esenzione sanitaria interessato)

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

Data e luogo \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Firma

Qualunque trattamento dei dati e trattamento sanitario necessita del preventivo consenso del paziente. Il consenso informato inteso quale consapevole espressione dell'interessato, secondo la normativa deve essere "personale", "preventivo ed attuale", "scritto", "espresso", "libero", "specifico", "informato", "revocabile"; ciò significa che la persona deve ricevere un'adeguata informativa circa i vantaggi ed i rischi che ogni pratica sanitaria (diagnostica o terapeutica che sia) può comportare, di conseguenza la persona accorderà il suo consenso mediante un apposito modulo. L'art.32 della Costituzione italiana sancisce che nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, in sintonia con il principio fondamentale della inviolabilità della libertà personale (art.13 della Costituzione).

### **Tutela dei dati personali.**

Viene richiesto all'assistito il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari (art. 9 del Regolamento UE 679/16) limitatamente alle finalità dell'Istituto di ricovero in regime di solvenza. Tutti gli operatori sono tenuti a mantenere la massima riservatezza sulle informazioni riguardanti le condizioni di salute dell'assistito, fornendole le informazioni unicamente al diretto interessato, al soggetto che esercita la protezione giuridica (amministratore di sostegno, tutore, curatore) e in caso di consenso dell'interessato ai familiari o ad altre persone da lui designate nei limiti previsti dalla normativa europea, nazionale e regionale. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'adozione di misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio (art. 32 del Regolamento UE 679/16). Il Titolare del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e 24 del Regolamento UE 679/16 è L'Istituto delle Suore Adoratrici del SS Sacramento - Casa Famiglia Padre F. Spinelli. Il Responsabile del Trattamento dei dati ai sensi art. 4 comma 7 e art. 28 del Regolamento UE 679/16 è Suor Daniela Lazzaroni. Il Responsabile della Protezione dei Dati ai sensi art. 37 del Regolamento UE 679/16 è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**Sede operativa:** Via Galileo Galilei, 18 26027 - Rivolta d'Adda (CR) Tel.. 0363 77022 – Fax 0363 370264

Mail: segreteria@casafamigliaspinelli.com PEC: casafamigliaspinelli@pec.suoreadoratrici.it

**Sede legale:** Via S.F. D'Assisi, 16 26027 - Rivolta d'Adda (CR) C.F. 02880660150 P.I. 01096280191

## SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE (Allegato A)

NOME \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

Scheda compilata dal sig./ra (se familiare o amministratore di sostegno / tutore o procuratore)

\_\_\_\_\_

Scheda compilata dall'assistente sociale del territorio

\_\_\_\_\_

Titolo di studio dell'interessato \_\_\_\_\_

Attività lavorativa pregressa \_\_\_\_\_

Hobby/Interessi \_\_\_\_\_

### INIZIATIVA DELLA DOMANDA

utente stesso    familiari    medico di base    assistente sociale

### USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

ADI    SAD    R.S.A. aperta    Assistente familiare privato    Altro

### INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

Attualmente la persona vive:  solo/a    con familiari    a casa di altri    in altra struttura  
 (indicare quale e da quando è ricoverato/a) \_\_\_\_\_

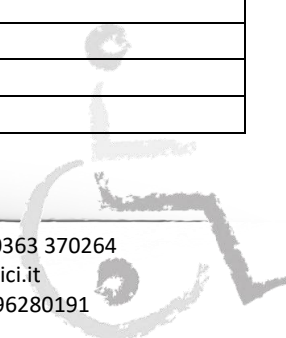
### L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DEL

Tutore    Curatore    Amministratore di Sostegno    Ha in corso la pratica per la nomina di

\_\_\_\_\_

### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE

NOME E COGNOME	GRADO DI PARENTELA	ETA'	RESIDENZA



Altri Familiari non conviventi:

---

---

---

Altre figure di riferimento esterne al nucleo familiare:

---

### CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:

---

Esenzioni sanitarie :

---

Pratiche in corso per:

---

### COLLOCAZIONE ABITAZIONE

zona isolata     zona decentrata     centro abitato

### ADEGUATEZZA ABITAZIONE BARRIERE ARCHITETTONICHE

nessuna     solo esterne     solo interne     esterne ed interne

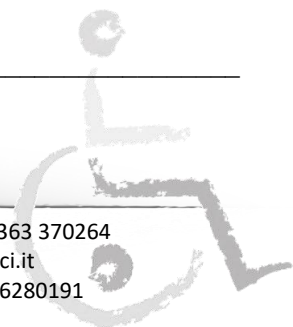
### MOTIVO DEL RICOVERO

stato di salute     isolamento sociale     problemi familiari     problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?     si     no

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ dichiara che il/la sig./ra \_\_\_\_\_ non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Luogo \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_



## SCHEMA SANITARIA (Allegato B) - compilazione a cura del medico di famiglia o di reparto ospedaliero

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO:

\_\_\_\_\_

ANAMNESI:

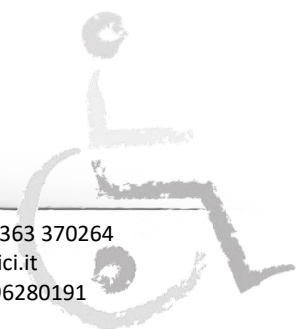
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Trasferimento letto sedia

- Necessarie due persone per il trasferimento del paziente con o senza ausilio meccanico
- Il paziente collabora ma è necessario l'aiuto di una persona
- Per una o più fasi del trasferimento è necessario il supporto di qualcuno
- Occorre una persona costantemente per garantire la sicurezza degli spostamenti
- Il paziente è in grado di muoversi in completa autonomia

### Deambulazione

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario aiuto per raggiungere o manovrare gli ausili
- Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi di caduta (non riesce a percorrere 50 metri senza aiuti)
- Paziente completamente autonomo



### Locomozione su sedia a rotelle

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

### Igiene personale

- Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- E' 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

### Alimentazione

- Paziente totalmente dipendente, necessita di essere imboccato.
- Riesce ad utilizzare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni...
- Totale indipendenza nel mangiare.

### Stato mentale

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

### 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



Stato comportamentale

- 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, e si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

**Reattività emotiva**

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

**Incontinenza**

- Urinaria  Fecale

**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

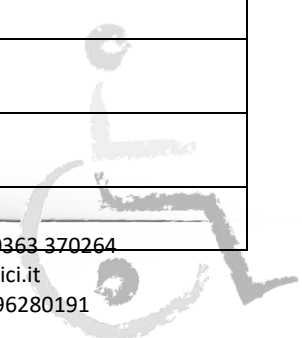
**SITUAZIONE CLINICA ATTUALE**

	Diagnosi
Patologia cardiaca	
Ipertensione arteriosa	
Patologie vascolari	
Patologie respiratorie	
Patologie O.O.N.G.L.	
Patologie dell'apparato G.I. superiore	
Patologie dell'apparato G.I. inferiore	
Patologie epatiche	
Patologie renali	

**Sede operativa:** Via Galileo Galilei, 18 - 26027 - Rivolta d'Adda (CR) Tel. 0363 77022 - Fax 0363 370264

Mail: segreteria@casafamigliaspinelli.com PEC: casafamigliaspinelli@pec.suoreadoratrici.it

**Sede legale:** Via S.F. D'Assisi, 16 - 26027 - Rivolta d'Adda (CR) C.F. 02880660150 P.I. 01096280191





Patologie genito - urinarie	
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute	
Patologie endocrine, metaboliche	
Patologie psichiatrico-comportamentali	

Ricoveri ospedalieri recenti :       SI     NO

Specificare periodo e motivazioni: \_\_\_\_\_

Terapia in atto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergie note:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

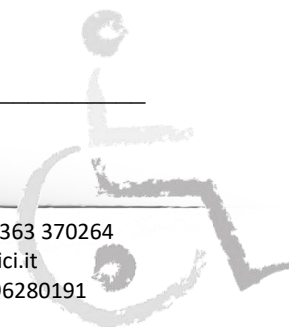
\_\_\_\_\_

**N.B. SI CHIEDE DI ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA DOCUMENTAZIONE SANITARIA RECENTE (ULTIMI RICOVERI, ESAMI MEDICI, VISITE SPECIALISTICHE...).**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Famiglia o di reparto

\_\_\_\_\_



**INFORMATIVA RELATIVA ALL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO  
EX LEGGE N.6 del 09/01/2004**

L'Amministrazione di Sostegno è un Istituto Giuridico che va ad aggiungersi agli altri due istituti dell'Interdizione e dell'Inabilitazione. Questo strumento giuridico è certamente meno invasivo rispetto agli altri due e ben si adatta alla cura della qualità della vita della persona con disabilità. L'Amministrazione di Sostegno consente di modellare il provvedimento secondo le esigenze e i bisogni della singola persona ed è modificabile ogni qualvolta se ne presenti la necessità.

**A COSA SERVE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO? - DESTINATARI**

Serve a tutelare, con la minore limitazione possibile, la capacità di agire delle persone prive in tutto, o in parte, di autonomia fisica e psichica nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana e nella gestione dei propri interessi economici; serve a dare il consenso alle cure, mediante interventi di sostegno provvisorio o permanente.

L'Amministratore di Sostegno può affiancare, e/o sostituire, il beneficiario al quale, comunque, rimangono spazi di autonomia.

**DA CHI VIENE NOMINATO L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO?**

Dal Giudice Tutelare del Tribunale competente per residenza

**COME SI ATTIVA LA RICHIESTA DI NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO?**

La domanda per la nomina dell'Amministratore di Sostegno, da produrre su apposito modulo, può essere presentata, senza l'assistenza di un legale, depositando l'istanza presso l'apposita cancelleria Volontaria Giurisdizione del Tribunale territorialmente competente (per Rivolta D'Adda trattasi del Tribunale di Cremona), allegando marca da bollo di € 27,00.

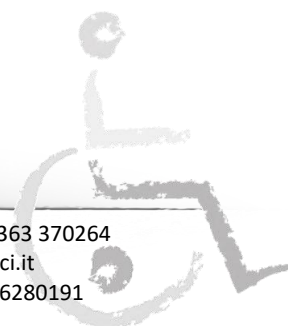
Vi segnaliamo inoltre che è stato istituito l'Ufficio di Protezione Giuridica presso l'ASST di Crema, cui fa riferimento il comune di Rivolta D'Adda. L'ufficio si trova presso la sede di Crema - Via Gramsci, 13 (tel. 0373/899369-329), riceve su appuntamento.

**CHI PUO' PRESENTARE IL RICORSO?**

- Lo stesso beneficiario.
- Il coniuge non separato legalmente o il convivente.
- I parenti entro il quarto grado (genitori, figli, fratelli/sorelle, nonni, zii, nipoti).
- Gli affini entro il secondo grado (suoceri, genero/nuora, cognati).
- Il Pubblico Ministero, a seguito di segnalazioni da parte dei Servizi Territoriali.
- I Responsabili dei Servizi Socio-sanitari che hanno in carico e in cura il beneficiario.
- Il Tutore o il Curatore con la richiesta di revoca dell'Interdizione o Inabilitazione.

**CHI PUO' INDICARE L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO?**

- L'interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità.
- Il Giudice Tutelare privilegiando la persona stabilmente convivente, i genitori, i figli, o altra persona idonea (un professionista).
- La famiglia dell'interessato.



### **COSA DEVE CONTENERE IL RICORSO?**

- Le generalità del beneficiario e del richiedente.
- La residenza o dimora abituale del beneficiario.
- Le ragioni per cui si chiede la nomina di amministratore di Sostegno.
- L'indicazione dei bisogni e delle spese del beneficiario.
- L'indicazione dell'Amministratore di Sostegno se già individuato (può essere un familiare, un professionista, un volontario che accetta di essere nominato in tale ruolo).
- Copia integrale dell'atto di nascita (richiesta al Comune di nascita).
- Relazione del medico curante o del medico della struttura, se ricoverato. È fondamentale descrivere le condizioni e le esigenze di cura e di vita del beneficiario, nonché le necessità urgenti per cui si rende indispensabile chiedere la nomina di un Amministratore di Sostegno provvisorio.

### **QUALE E' IL CONTENUTO DEL DECRETO DI NOMINA?**

- Generalità del beneficiario e dell'Amministratore di Sostegno.
- La durata dell'incarico, che può essere a tempo determinato o indeterminato.
- I compiti che il beneficiario potrà assolvere da solo e quelli che dovrà compiere solo con l'assistenza dell'Amministratore di Sostegno.
- I compiti che l'Amministratore di Sostegno dovrà compiere in maniera esclusiva.
- L'ammontare delle somme che potrà utilizzare.
- La periodicità con cui l'Amministratore di Sostegno deve riferire al Giudice Tutelare circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

**TEMPI PREVISTI PER IL DECRETO DI NOMINA** Il Giudice Tutelare entro 60 giorni dalla data di presentazione della richiesta provvede alla nomina dell'Amministratore di Sostegno.

**COME SI CONCLUDE IL PROCEDIMENTO?** Il Giudice Tutelare, dopo avere sentito, personalmente, il beneficiario, assunte le necessarie informazioni, provvede alla nomina dell'Amministratore di Sostegno con decreto motivato, che diverrà immediatamente esecutivo.

#### **Per maggiori informazioni:**

Assistente sociale Dott.ssa Silvia Di Pietro – Casa Famiglia P.F. Spinelli  
tel. 0363 77022 e-mail [assistentesociale@casafamigliaspinelli.com](mailto:assistentesociale@casafamigliaspinelli.com)

