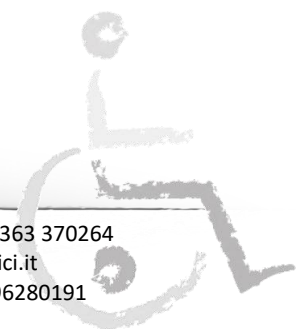


# DOMANDA DI INSERIMENTO

## PRESSO LA RESIDENZA

### SANITARIA PER DISABILI



**DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI (R.S.D.) DI CASA  
FAMIGLIA PADRE F.SPINELLI – RIVOLTA D’ADDA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.  
di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_ n°civico \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:  familiare  tutore  curatore  amministratore di sostegno

di \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n° civico \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

situazione pensionistica \_\_\_\_\_

Invalità civile  Indennità di accompagnamento  altro

**CHIEDE**

L’inserimento di \_\_\_\_\_ presso la Vs. Residenza Sanitaria per  
Disabili (R.S.D.).

A tal fine si allega, la seguente documentazione:

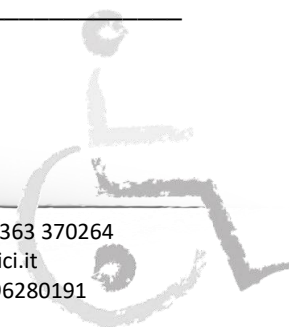
- Domanda di inserimento in R.S.D.
- Stato di famiglia o autocertificazione di famiglia
- Documentazione sanitaria aggiornata (con eventuali esami medici, visite specialistiche, ricoveri recenti)
- Relazione sociale dell’A.S. del servizio di riferimento (Comune di residenza o Servizio sociale specialistico)

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SCHEDA SOCIALE PER INSERIMENTO IN R.S.D.

### ABITAZIONE

#### 1. Collocazione dell'abitazione

- Servita
- Poco servita
- Isolata

#### 2. Barriere Architettoniche (*ostacoli che rendono difficoltosi gli spostamenti autonomi o il passaggio di carrozzina*)

- Assenti o superabili con ausili
- Presenti esternamente all'abitazione
- Presenti all'interno dell'abitazione

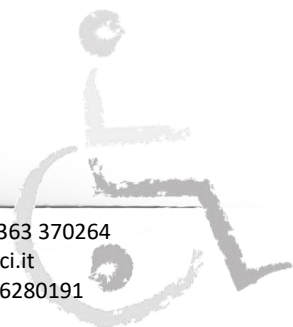
#### 3. Stato igienico / ambientale dell'immobile

- Adeguate
- Mediocre
- Scadente

### NUCLEO FAMILIARE E RETE SOCIALE

#### 1.a Composizione interna nucleo familiare

- Vive sola/o
- Vive con un familiare
- Vive con 2/5 persone
- Vive con più di 5 persone



**1.b Segnalare se tra le eventuali persone presenti all'interno del contesto familiare ve ne sono con le seguenti caratteristiche e segnalarne il numero, escludendo l'interessato:**

- Minore di anni 18
- Anziani > 75 anni non invalidi
- Invalidi con % uguale o > 74%
- Familiari con problematiche certificate seguiti da servizi specialistici (es. CPS, SER.T., NOA, Medici specialisti)
- Invalidi con accompagnamento

**2. Presenza di altre persone non conviventi ed esterne al nucleo familiare ma tenute agli alimenti (es. genitori, fratelli, sorelle..)**

- Nessuno
- 1 familiare
- 2/5 familiari
- Più di 5 familiari

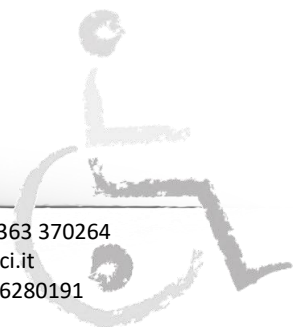
**SERVIZI DI CUI USUFRUISCE L'INTERESSATO**

**1. E' assistito da servizio di Assistenza domiciliare (SAD, ADI, Assistenza privata)?**

- Con interventi quotidiani
- Con 2/3 interventi la settimana
- No in quanto in servizio è stato rifiutato
- No per problemi economici

**2. E' assistito da personale qualificato (es. ausiliaria assistenziale, badante)?**

- Sì
- No



3. **E' assistito da familiari o volontari?**

Sì a tempo pieno

Sì a tempo parziale

No

4. **Frequenta un Centro Diurno?**

Sì

No

5. **E' attualmente inserito in una struttura residenziale (es. comunità alloggio socio sanitaria, residenza sanitaria disabili)?**

Sì

Sì ma sta per essere dimesso dalla struttura

No

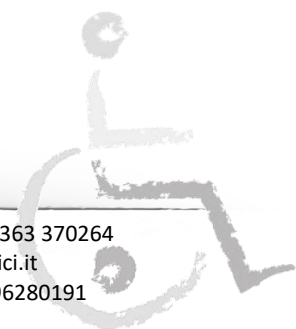
6. **Fruisce di titoli sociali (es. buono sociale, voucher..) o contributi economici?**

Sì di buono sociale + voucher

Sì di buono sociale

Sì di voucher - ADI

Nessuno



**INVALIDITA'**

**1. Indicare il riconoscimento dell'invalidità eventuale:**

- Non riconosciuto invalido
- Invalità < 0 = 33%
- In corso di accertamento
- Invalità tra 34% e 66%
- Invalità tra 67% e 99%
- Invalità pari al 100%
- Invalità pari al 100% con indennità accompagnamento

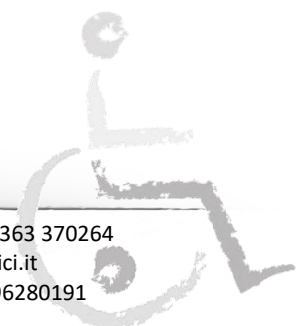
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Il richiedente l'inserimento

\_\_\_\_\_

(specificare di seguito il legame con la persona da inserire in RSD e lasciare indirizzo e recapito telefonico)

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



**SCHEDA SANITARIA PER INSERIMENTO IN R.S.D.**

**Da compilare da parte del medico di famiglia o medico referente di struttura**

Nome Cognome..... Data Nascita..... Residenza.....

Diagnosi.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Comorbilita'.....  
.....  
.....  
.....

Terapia  
farmacologia.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## Valutazione funzionale

### Mobilita'

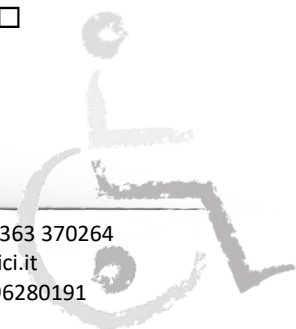
- a) Autonomo
- b) Parzialmente autonomo (deambula con appoggio o accompagnatore)
- c) Totalmente dipendente (in carrozzella o doppio appoggio per spazi limitati)

### Igiene personale e abbigliamento (FUNZIONI DA CONSIDERARE: lavarsi-vestirsi-allacciarsi scarpe- pettinarsi-fare il bagno o doccia-uso spazzolino denti)

- a) Autonomo (tutte le funzioni svolte autonomamente)
- b) Parzialmente autonomo (perse fino a 3 funzioni)
- c) Totalmente dipendente (perse piu' di 3 funzioni)

### Alimentazione (funzioni da considerare: In grado di versare l'acqua nel bicchiere; In grado di tagliare la carne; In grado di utilizzare cucchiaio e forchetta correttamente)

- a) Autonomo (presenti tutte le funzioni)
- b) Parzialmente autonomo (assenti da 1 a 2 delle funzioni)
- c) Totalmente dipendente (tutte le funzioni assenti)





### Aspetti cognitivo-comportamentali

- a) Non presenta comportamenti auto-eteroaggressivi ne' necessita di controllo da parte di altra persona o farmacologico
- b) Presenta comportamenti auto-eteroaggressivi saltuariamente e necessita di controllo meno di un giorno la settimana
- c) Presenta comportamenti auto-eteroaggressivi e di controllo frequentemente piu' di un giorno la settimana e necessita' di trattamento farmacologico

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, i dati personali e i dati particolari (art. 9 del Regolamento UE 679/16) forniti, sono raccolti unicamente per la seguente finalità: presentazione domanda di ammissione alla RSA per assistito proveniente da fuori dalla Provincia di Cremona.

I dati verranno trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/16.

L'interessato potrà far valere i propri diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 (diritto di accesso, diritti di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione di trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione o limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione).

La natura del conferimento dei dati non è facoltativa bensì obbligatoria. Un eventuale rifiuto al conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di dare seguito alla presente domanda che pertanto è inammissibile e irricevibile da parte dell'Istituto delle Suore Adoratrici del SS. Sacramento – Casa Famiglia Padre F. Spinelli.

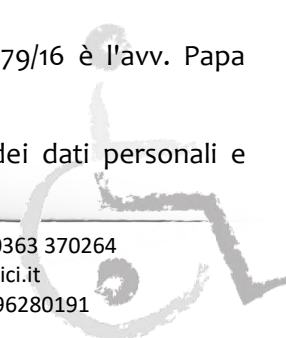
Il trattamento dei dati avverrà attraverso procedure informatiche o comunque mezzi telematici o supporti cartacei e l'Azienda mette in atto adeguate misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/16.

Il Titolare del Trattamento 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 per l'Azienda ai sensi art. 4 comma 8 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

Con la sottoscrizione il richiedente presta consenso informato al trattamento dei dati personali e particolari.



## **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)

