

Sistema Socio Sanitario



A.C.R.B.  
Associazione Case di Riposo  
della Provincia di Bergamo



**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE**  
**(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)**

**NOME** .....  
**COGNOME**.....

**Scheda compilata dal sig./ra (se familiare)**.....  
**Scheda compilata dall'assistente sociale del territorio**  
.....

Titolo di studio dell'interessato .....  
Attività lavorativa pregressa .....  
Hobby .....

**INIZIATIVA DELLA DOMANDA**

- utente stesso
- familiari
- medico di assistenza primaria
- assistente sociale

**USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI**

- ADI
- SAD
- Assistente familiare
- Altro

**INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI**

*attualmente la persona vive:*

- solo
- in altra struttura
- altro

**PROTESI E AUSILI IN USO**

- |                           |                                       |                                  |
|---------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| Deambulatore              | <input type="checkbox"/> di proprietà | <input type="checkbox"/> da ASTT |
| Materassino antidecubito  | <input type="checkbox"/> di proprietà | <input type="checkbox"/> da ASTT |
| Cuscino antidecubito      | <input type="checkbox"/> di proprietà | <input type="checkbox"/> da ASTT |
| Letto ortopedico          | <input type="checkbox"/> di proprietà | <input type="checkbox"/> da ASTT |
| Presidio per incontinenza | <input type="checkbox"/> di proprietà | <input type="checkbox"/> da ASTT |

**L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI**

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

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE CONVIVENTE**

<b>NOME COGNOME</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>	<b>ETA'</b>	<b>RESIDENZA</b>

**PARENTI REFERENTI**

<b>NOME COGNOME</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>RECAPITO TEL.</b>

**ALTRI FAMILIARI**

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

**CONDIZIONI PENSIONISTICHE**

Tipo di pensione/i: .....

Tipo di invalidità: .....

% di invalidità civile: .....

Indennità di accompagnamento:    Si                     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

**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.**

**Data, .....**

**FIRMA**

\_\_\_\_\_