

**DOMANDA DI AMMISSIONE  
CENTRO DIURNO INTEGRATO  
"GIUSEPPE BONIZZI e VIRGINIA GUASCONI"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. ( \_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ altri recapiti \_\_\_\_\_  
C. Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ (grado di parentela) del/della sig./sig.ra

Ospite del C.D.I.

Cognome/nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
medico curante \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'ammissione al Centro Diurno Integrato

**SI IMPEGNA AL PAGAMENTO**

della retta di degenza in vigore per il C.D.I. di questa Fondazione a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_  
per €. 22,00 giornalieri, con cadenza mensile posticipata da effettuarsi entro il decimo giorno del mese  
relativo, dal lunedì al venerdì ( ..... ) o dal lunedì al sabato (.....) (15€ al gg in caso di assenza, 18€ al gg per  
frequenza parziale).

Trasporto richiesto  sì  no (solo per residenti a Soncino – 2,00€ al giorno)

Il sottoscritto è a conoscenza che, qualora il presente impegno non fosse rispettato, la Direzione dell'Ente  
potrà dimettere l'ospite stesso.

Soncino, \_\_\_\_\_

*firma*

Si prega di inviare la fattura per il pagamento della retta:

Destinatario \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

I dati conferiti in occasione della sottoscrizione della presente domanda saranno raccolti e trattati in ottemperanza  
alla normativa vigente sulla privacy (GDPR 679/2016 - Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27  
aprile 2016 relativamente alla protezione dei dati personali), secondo quanto specificato nell'informativa resa  
all'interessato allegata al presente modulo.

**SCHEDA SOCIALE  
CENTRO DIURNO INTEGRATO  
"GIUSEPPE BONIZZI e VIRGINIA GUASCONI"**

Dati anagrafici e composizione familiare

Utente

Nome e cognome ..... Sesso  F  M

Data di nascita ..... Stato civile .....

Residenza (via, n. civico, località) .....

Domicilio (se diverso dalla residenza) .....

Telefono ..... Codice fiscale .....

Tessera sanitaria ..... Esenzioni ticket ..... Invalidità .....%

Indennità di accompagnamento  si  no  in corso

Utilizzo di ausili (carrozze, pannoloni, sacche per urina, deambulatore, ecc) specificare:

.....

Richiedente

Nome e cognome ..... Sesso  F  M

Residenza (via, n. civico, località) .....

Telefono ..... Grado di parentela .....

Altri familiari o referenti

Nome e cognome ..... Sesso  F  M

Residenza (via, n. civico, località) .....

Telefono ..... Grado di parentela .....

Nome e cognome ..... Sesso  F  M

Residenza (via, n. civico, località) .....

Telefono ..... Grado di parentela .....



### 1 - Potenzialità del sistema familiare

- Vive solo e non ha familiari
- Vive solo ed ha familiari non conviventi:

grado di parentela .....	grado di parentela .....
residenza .....	residenza .....
limitazioni (1) .....	limitazioni (1) .....
coinvolgimento nella cura (2) .....	coinvolgimento nella cura (2) .....

grado di parentela .....	grado di parentela .....
residenza .....	residenza .....
limitazioni (1) .....	limitazioni (1) .....
coinvolgimento nella cura (2) .....	coinvolgimento nella cura (2) .....

- Vive con familiari

Quanti sono i familiari conviventi ? .....

Indicare se:

- persone di età = 0 < di 3 anni
- persone minorenni
- persone di età = 0 > di 75 anni
- persone titolari di invalidità
- persone con problematiche specifiche  se sì, specificare .....

### 2 – Situazione abitativa

Indicare eventuali caratteristiche dell'abitazione che rendono difficoltosa l'assistenza all'anziano a domicilio (ad es. isolata, poco servita, sovraffollamento, barriere architettoniche ecc.)

.....  
.....

### 3 – Vita di relazione

- L'anziano ha relazioni esclusivamente all'interno del proprio nucleo familiare
- L'anziano ha relazioni all'interno e all'esterno del proprio nucleo familiare
- L'anziano non ha relazioni sociali

Osservazioni:



4 – Utilizzo dei servizi

Se negli ultimi 12 mesi l'anziano ha usufruito di prestazioni socio-assistenziali e/o sanitarie indicare quali:

	tipo di prestazione	frequenza
Assistenza domiciliare	.....	.....
Assistenza domiciliare integrata	.....	.....
Telesoccorso	.....	.....
Segretariato sociale	.....	.....
IDR o centri aggregativi	.....	.....
Centro diurno integrato	.....	.....
Altro, specificare	.....	.....

Tali prestazioni sono ritenute adeguate alle esigenze assistenziali dell'anziano?    Si     No

Se no, perché? .....

Nessun bisogno

Domanda non evasa

Problemi economici

5 – Rete di intervento

	attività	frequenza
Assistente privata ad ore	.....	.....
Badante	.....	.....
Vicini di casa	.....	.....
Volontari	.....	.....
Altro, specificare	.....	.....

Osservazioni:

.....  
.....

Osservazioni finali o segnalazioni:

.....  
.....



**SCHEDA DI VALUTAZIONE CLINICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

DATA \_\_\_\_\_

Signor/ra \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Cod. Fisc. \_\_\_\_\_  
 Tessera Sanitaria n° \_\_\_\_\_ Invalido: \_\_\_\_\_ % con accompagnamento  SI  NO  
 Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Comune di residenza: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Medico di famiglia dott. \_\_\_\_\_ Medico Curante dott. \_\_\_\_\_

**CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (C.I.R.S.)**

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) <b>Patologia Cardiaca</b> (solo cuore)<br><i>diagnosi:</i> _____   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2) <b>Iperensione</b> (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)<br><i>diagnosi:</i> _____                              | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3) <b>Patologie Vascolari</b> (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)<br><i>diagnosi:</i> _____  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) <b>Patologie Respiratorie</b> (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)<br><i>diagnosi:</i> _____   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5) <b>O.O.N.G.L.</b> (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)<br><i>diagnosi:</i> _____  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6) <b>Apparato G.I. Superiore</b> (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)<br><i>diagnosi:</i> _____   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) <b>Apparato G.I. Inferiore</b> (intestino, ernie)<br><i>diagnosi:</i> _____  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) <b>Patologie Epatiche</b> (solo fegato)<br><i>diagnosi:</i> _____  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9) <b>Patologie Renali</b> (solo rene)<br><i>diagnosi:</i> _____  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10) <b>Altre Patologie Genito-Urinarie</b> (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)<br><i>diagnosi:</i> _____                                       | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11) <b>Sistema Muscolo-Scheletrico Cute</b> (muscoli, scheletro, tegumenti)<br><i>diagnosi:</i> _____   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12) <b>Sistema Nervoso Centrale e Periferico</b> (non include la demenza)<br><i>diagnosi:</i> _____   | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13) <b>Endocrine-metaboliche</b> (include diabete, infezioni, stati tossici)<br><i>diagnosi:</i> _____  | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14) <b>Psichiatrico-comportamentali</b> (la diagnosi e la gravità vanno indicati sul retro nel quadro riservato all'analisi dei disturbi comportamentali) |   |   |   |   |   |

**LEGENDA:**

- |                        |   |
|------------------------|---|
| (1) <b>assente</b>     | nessuna compromissione d'organo/sistema;  |
| (2) <b>lieve</b>       | la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi); |
| (3) <b>moderato</b>    | La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);        |
| (4) <b>grave</b>       | La compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco);    |
| (5) <b>molto grave</b> | La compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);                            |

**NOTA BENE**  
La mancata attribuzione di giudizio di gravità determina che la patologia sia considerata assente

**Valutazione sintetica dello stato di salute in relazione alla severità clinica e comorbidità**

(2) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE  (4) MODERATA COMPROMISSIONE  (8) GRAVE COMPROMISSIONE

**TERAPIA IN ATTO:**

\_\_\_\_\_

**Items tratti dalla scala "BASIC ACTIVITIES OF DAILY LIVING" (VALUTAZIONE FUNZIONALE DI BARTHEL)**

MOBILITA' / DEAMBULAZIONE	(nessun deficit)	(deficit lieve)	(deficit moderato)	(deficit grave)	(deficit molto grave)
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostamenti sedia-letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione <i>o in alternativa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Valutazione sintetica del grado di compromissione della mobilità/deambulazione</b>					
<input type="checkbox"/> (8) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE <input type="checkbox"/> (16) MODERATA COMPROMISSIONE <input type="checkbox"/> (32) GRAVE COMPROMISSIONE					

<b>COGNITIVITA' E COMPORTAMENTO: SCALA DI GOTTFRIES - BRANE - STEENE (GBS)</b>				
Sintomatologia	assente	lieve	moderata	grave
Confusione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patologie psichiatrico-comportamentali (14° item C.I.R.S.: demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)</b> diagnosi _____ ① ② ③ ④ ⑤				
<b>Valutazione sintetica della gravità del disturbo cognitivo e comportamentale</b>				
<input type="checkbox"/> (4) NESSUNA/LIEVE COMPROMISSIONE <input type="checkbox"/> (8) MODERATA COMPROMISSIONE <input type="checkbox"/> (16) GRAVE COMPROMISSIONE				

**ALTRE CONDIZIONI DI RILEVANZA CLINICA**

<input type="checkbox"/> LESIONE DA DECUBITO	<input type="checkbox"/> Colostomia	<input type="checkbox"/> Tracheostomia	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> CATETERE URINARIO a permanenza	<input type="checkbox"/> Ossigeno Terapia al bisogno	<input type="checkbox"/> Ossigeno Terapia continua	<input type="checkbox"/> Ventilatore
<input type="checkbox"/> STOMI: <input type="checkbox"/> Ureterostomia	<input type="checkbox"/> SNG (sond. nasogastrico)	<input type="checkbox"/> PEG (sond. percutaneo endogastrica)	<input type="checkbox"/> NPT (nutriz. parent. totale)
<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/> EMODIALISI	<input type="checkbox"/> DIALISI peritoneale	
<input type="checkbox"/> ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	<input type="checkbox"/> ALTRO: _____		
<input type="checkbox"/> DIABETE insulina dipendente			
<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA RENALE:			

**ANAMNESI PATOLOGICA RECENTE/NOTE/CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA**

data \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO DELLA STRUTTURA

IDONEO

NON IDONEO

DATA \_\_\_\_\_

I dati conferiti in occasione della sottoscrizione della presente domanda saranno raccolti e trattati in ottemperanza alla normativa vigente sulla privacy (GDPR 679/2016 - Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativamente alla protezione dei dati personali), secondo quanto specificato nell'informativa resa all'interessato allegata al presente modulo