



## DOMANDA DI RICOVERO

Data: \_\_\_\_\_

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

Eventuale soprannome \_\_\_\_\_

Se donna, cognome da sposata \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Figli  SI  NO se si, quanti? \_\_\_\_\_ di sesso M n. \_\_\_\_\_ F n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico curante dr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice assistito CRS \_\_\_\_\_

Invalidità  SI  NO percentuale \_\_\_\_\_

IN CORSO

Indennità di accompagnamento  SI  NO

IN CORSO

Provenienza ospite  Abitazione  Ospedale  Altra struttura

Servizi di supporto al domicilio  ADI  SAD  RSA APERTA  Pasti comunali

Nessuno  Altro \_\_\_\_\_

Professione prima della pensione \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Situazione pensionistica

- Nessuna pensione
- Anzianità /vecchiaia
- Sociale
- Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)
- Reversibilità
- Invalidità

**CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società Cooperativa Sociale**

Sede Legale e Operativa: Via Colomo, 63 - 43122 Parma - tel. 0521.600611 - fax. 0521.606260 - Pec: zenitsociale@legalmail.it

P. IVA e C.F. n° 02719390342 - Iscrizione R.E.A. di Parma N. 261655 - Iscritta all'Albo delle società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente - categoria cooperative sociali al n. C100455

# ZENIT SOCIALE



E' presente un tutore o un amministratore di sostegno?

SI

NO

Se si, chi? \_\_\_\_\_

Se si allegare documentazione del tribunale. \_\_\_\_\_

## Persona di riferimento

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

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

## Persona di riferimento

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

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

## DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELLA COSEGNA DELLA DOMANDA:

- Fotocopia carta d'identità
- Fotocopia carta regionale dei servizi del futuro ospite
- Fotocopia della certificazione da cui risulta lo stato di invalidità

## DOCUMENTI DA PRESENTARE ALL'INGRESSO:

- Carta d'identità e codice fiscale del coobbligato che stipulerà il contratto con l'ospite
- Carta d'identità e codice fiscale del tutore/amministratore di sostegno, se presente
- Originale CRS e tesserini di esenzione
- Nomina del tutore/amministratore di sostegno, se presente
- Ultimi esami diagnostici
- Elenco terapia in uso
- Ultima dimissione di ricovero, se presente

## CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società Cooperativa Sociale

Sede Legale e Operativa: Via Colombo, 63 - 43122 Parma - tel. 0521.600611 - fax. 0521.606260 - Pec: zenitsociale@legalmail.it  
P.IVA e C.F. n° 02719390342 - Iscrizione R.E.A. di Parma N. 261655 - Iscritta all'Albo delle società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente - categoria cooperative sociali al n. C100455



A.S.L.  
della Provincia di Varese

Dipartimento Sviluppo e Sussidiarietà A.S.S.I.  
Servizio Controllo del Sistema Socio-sanitario  
U.O. Accreditamento, Qualità e Appropriatezza dei Servizi



Welfare e Sussidiarietà  
Dipartimento Socio-Sanitario

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITÀ

Parte per la famiglia / caregiver

Informazioni anagrafiche	Nome _____ Cognome _____ Nato a _____ il ___/___/___ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____
Professione, pensione, invalidità	Professione svolta in passato _____ Pensione SI NO Ente erogatore _____ Invalidità SI NO Codice Invalidità _____
Modalità di gestione del reddito	<input type="checkbox"/> Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno) <b>IL FAMILIARE RISIENE A CARICNO?</b> <input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	<b>NOMINATIVO:</b> <b>NUMERO DI TELEFONO:</b>
Medico di Medicina Generale	Dr./Dr.ssa _____ tel. _____
Servizi di supporto in atto assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, Centro diurno, ecc.	
Provenienza Domicilio; Ospedale, Istituto di Riabilitazione, RSA, altro	
Tipo di inserimento in RSA/CDI/Miniall.	<input type="checkbox"/> temporaneo <input type="checkbox"/> definitivo <input type="checkbox"/> altro
Aspettativa della famiglia e/o dell'ospite <b>CRS - TESSERA SANITARIA</b> <b>CARTA D'IDENTITÀ - INVAIDITÀ</b>	<b>ALLEGARE FOTOCOPIE</b> <b>ESENZIONE TICKET</b>
Rete familiare (Persone conviventi: coniuge, figli, altro) Eventuali lutti recenti (coniuge; altro)	
Diete particolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Comportamenti autolesivi	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - specificare _____
Fumo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Alcool	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Interessi attuali lettura, TV, contatti con amici/parenti, attività manuali	
• Capacità di nutrirsi:	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessità di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato
• Masticazione:	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca
• Protesi dentaria:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si e la usa <input type="checkbox"/> Si ma non la usa

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Bagno / doccia	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Continenza vescicale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere
Continenza intestinale	<input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia
Uso dei servizi igienici	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo
Vista	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Cecità
Udito	<input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Sordità
Capacità di leggere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Capacità di scrivere	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Linguaggio	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Alterato
Mobilità	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato
Capacità di salire le scale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado
Trasferimento letto / carrozzina / poltrona	<input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado

Parte per la famiglia / caregiver

Nome _____	
Cognome _____	
Uso della sedia a rotelle	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si autonomo nell'uso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ausili utilizzati	<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Si Specificare quali _____ _____ <input type="checkbox"/> Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ il ____/____/____
Accetta la terapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Assume la terapia autonomamente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sonno - riposo	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia
Aggressività	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Tendenza alla fuga / perdersi	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A volte
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/> Si - n° _____ <input type="checkbox"/> No
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/> Si - specificare _____ _____ <input type="checkbox"/> No
Previsione di contatti con il paziente (es, n° di visite alla settimana che i familiari ritengono di poter effettuare)	

All'atto del ricovero, si raccomanda di consegnare tutta la documentazione sanitaria dell'ospite.

data

firma

.....

.....

## SCHEDA DI INSERIMENTO

- RSA  
 CDI  
 RICHIESTA INVALIDITA'

### CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE

Parte per il Medico curante

Informazioni anagrafiche	
Nome _____ Cognome _____	
Nato a _____ il ___ / ___ / _____ Residente a _____ via/piazza _____ n° _____	
<p><b>Anamnesi patologica remota</b> oltre alle comuni informazioni relative a patologie pregresse, specificare eventuali aspetti psicologici e/o comportamentali noti che hanno richiesto terapie specifiche (es. sindromi depressive, stati maniacali, alterazioni della personalità, abuso alcolico, tabagismo)</p>	
<p><b>Malattie infettive note</b> epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse</p>	
<p><b>Situazione clinica attuale</b> patologie in atto condizioni invalidanti</p>	
<p><b>Dispositivi in uso</b></p>	<p>Catetere vescicale ..... Sondino naso-gastrico ..... PEG ..... Catetere venoso centrale ..... Pace-maker ..... ICD (defibrillatore) ..... Tracheostomia ..... Stomie ..... Broncoaspirazione ..... Porth-a-cath ..... Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; stroller; altro) ..... Ventilatore per Sindrome apnee notturne del sonno ..... Ventilatore per insuff. respiratorie gravi .....</p>
<p><b>Ausili/presidi in uso</b> Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> <p>Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)</p>	
<p><b>Terapia in atto</b> Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore (specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro)</p> <p><b>ALLERGIE</b></p>	
<p>Cadute negli ultimi sei mesi</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>

Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visile specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si specificare ..... ..... .....										
Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note ..... ..... .....										
Giudizio sulla stabilità clinica	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="746 566 943 622"><input type="checkbox"/> <i>Stabile</i></td> <td data-bbox="943 566 1420 622">nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli &gt; 60 gg.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 622 943 667"><input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i></td> <td data-bbox="943 622 1420 667">con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 667 943 723"><input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i></td> <td data-bbox="943 667 1420 723">con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 723 943 768"><input type="checkbox"/> <i>Instabile</i></td> <td data-bbox="943 723 1420 768">con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 768 943 795"><input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i></td> <td data-bbox="943 768 1420 795">con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni	<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana	<input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano	<input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani
<input type="checkbox"/> <i>Stabile</i>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a d intervalli > 60 gg.										
<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente stabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni										
<input type="checkbox"/> <i>Moderatamente instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta alla settimana										
<input type="checkbox"/> <i>Instabile</i>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano										
<input type="checkbox"/> <i>Acuzie</i>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani										

Compilare in caso di richiesta di accertamento degli stati di invalidità civile, condizioni visive e sordomutismo	Il paziente è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si richiede visita domiciliare <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

data

firma

.....

.....

Gentile parente, familiare, amico dell'ospite,

**Regione Lombardia** ci chiede di promuovere e/o richiedere l'avvio del percorso di "tutela e protezione giuridica" per le persone fragili che accogliamo presso la nostra residenza, vogliamo approfondire l'argomento.

## L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

### CHI È, COME SI DIVENTA, COSA FA

Amministratore di sostegno è chi, grazie al decreto del giudice, tutela una persona la quale, per infermità o menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità di provvedere a sé e ai propri interessi. Anziani, disabili e ammalati, in breve tutti coloro che ne hanno bisogno, ma anche persone sane in previsione di una possibile futura incapacità, possono ottenere dal giudice la nomina di chi avrà cura della loro persona e del loro patrimonio. Per avere la nomina di un amministratore di sostegno occorre fare richiesta ("ricorso") al giudice tutelare del Tribunale di riferimento della residenza o del domicilio del beneficiario.

La richiesta può essere fatta dall'interessato, dai parenti ed affini, dalla rete familiare, oppure in casi eccezionali dal pubblico ministero.

**Anche gli operatori dei servizi sanitari e sociali, qualora ravvedano l'opportunità di un amministratore di sostegno per la persona che curano e assistono, sono tenuti a farne richiesta al giudice tutelare o a informare il pubblico ministero.**



Presentata la richiesta, il giudice fissa un'udienza per verificarne la congruità dell'istanza e quindi nomina l'amministratore con un decreto che riporta - le generalità del beneficiario e dell'amministratore, la durata della nomina, l'oggetto della nomina e degli atti che l'amministratore può compiere in nome e per conto del beneficiario.

#### CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società Cooperativa Sociale

Sede Legale e Operativa: Via Colombo, 63 - 43122 Parma - tel. 0521.600611 - fax. 0521.606260 - Pec: zenitsociale@legidmail.it

P.I.E. e C.F. n° 02719390342 - Iscrizione R.E.A. di Parma N. 261655 - Iscritta all'Albo delle società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente - categoria cooperative sociali al n. C100455





Nominando chi dovrà aver cura della salute e degli interessi del beneficiario, il giudice dà la preferenza prioritaria a soggetti appartenenti alla rete familiare. **Non possono essere nominati gli operatori di servizi pubblici e privati che a vario titolo si prendono cura del beneficiario.**

## Punti di riferimento informativo per la domanda

**ASST DELLA VALLE OLONA**, ufficio di pubblica tutela

L'ufficio è aperto all'utenza il MARTEDI dalle ore 8.30 alle 9.30 presso l'Ospedale di Busto Arsizio Palazzina Formazione, piano rialzato – Aula C  
L'accesso può essere

- diretto, nell'orario indicato
- tramite e-mail all'indirizzo: [ufficiopubblicatutela@asst-valleolona.it](mailto:ufficiopubblicatutela@asst-valleolona.it)

Servizi Sociali **Caronno Pertusella** Piazza Aldo Moro, 1

telefono 02/96512403 fax 02/96512341

mail [servizisociali@comune.caronnopertusella.va.it](mailto:servizisociali@comune.caronnopertusella.va.it).

Persone di riferimento Assistente Sociale dott.ssa Prandini Virginia.

E tutti gli uffici dei servizi sociali del comune di residenza degli ospiti.

**CONSORZIO ZENIT SOCIALE - Società Cooperativa Sociale**

*Sede Legale e Operativa: Via Colombo, 63 - 43122 Parma - tel. 0521.600611 - fax. 0521.606260 - Pec: zenitsociale@legalmil.it*

*P. IVA e C.F. n° 02719390342 - Iscrizione R.E.A. di Parma N. 261655 - Iscritta all'Albo delle società cooperative - sezione cooperative a mutualità prevalente - categoria cooperative sociali al n. C100455*