



# A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

R.S.A. Accreditata per persone Anziane FSR Regione Lombardia

21056 - Induno Olona (Va) - Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 - Fax 0332/20.16.65

Indirizzo e@mail : [amministrazione@asfarm.it](mailto:amministrazione@asfarm.it) - sito internet : [www.asfarm.it](http://www.asfarm.it)

APPLICARE  
FOTO TESSERA

## DOMANDA D'AMMISSIONE IN LISTA DI ATTESA

Ospite richiedente \_\_\_\_\_

Riservato ad A.S.Far.M.		
Data presentazione domanda	Consegnata da:	Ritirata da:
Documenti completi <input type="checkbox"/> Si - <input type="checkbox"/> No	Registrata in archivio SOSIA il	Chiamato/a il
Visita medica il	Ammissione il	Archiviazione il

### CONTRATTO DI SOGGIORNO PRESSO A.S.FAR.M.

PER LA DEFINIZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICI ED ECONOMICI  
( ai sensi della normativa Regionale di accreditamento delle RSA al SSR )

**Spett. A.S.Far.M.**  
**Direzione Servizi Sociosanitari**  
**Via Maciachini, 9**  
**21056 – INDUNO OLONA (VA)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Codice Fiscale** \_\_\_\_\_

**Libretto sanitario n.** \_\_\_\_\_ **Codice ATS di residenza** \_\_\_\_\_

Preso visione delle norme contenute nel regolamento dei Servizi Sociosanitari,  
**che ha ricevuto in copia e dichiara di accettare integralmente e senza riserva alcuna,**

in qualità di garante per il proprio congiunto

**CHIEDE**

di essere ospitato/a presso:  
presso:

di poter ospitare il proprio congiunto

**Casa Albergo** (Camera  1 letto –  2 letti)  **Reparto Persone non autosufficienti**  
RSA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Agli effetti dell'ammissione dichiara di essere:

**Autosufficiente** -  **Non autosufficiente**

Agli effetti del pagamento della retta di ricovero dichiara:

Di assumere irrevocabile impegno, per se e per i propri aventi causa, che sottoscrivono congiuntamente la presente domanda, di provvedere integralmente al pagamento degli alimenti e delle rette dovute presso la struttura di A.S.Far.M.;

Di assumere irrevocabile impegno, per se e per i propri aventi causa, che sottoscrivono congiuntamente la presente domanda, di provvedere in via solidale ed in garanzia al pagamento degli alimenti e della retta di degenza e soggiorno fino alla concorrenza mensile di €. \_\_\_\_\_, qualora l'ospite non fosse in grado in via autonoma e personalmente di provvedervi, mentre la differenza a saldo sarà corrisposta dal Comune di \_\_\_\_\_, in conformità alla nota d'impegno allegata.

Data, \_\_\_\_\_ Firma unica del/dei garante/i obbligato/i se richiedente impossibilitato/a a firmare

**Firma impegno pagamento retta**

**Firma del richiedente**

## DATI E INFORMAZIONI PERSONALI DELL'OSPITE

Informazioni personali			
Nome del padre	<input type="text"/>	Stato civile	<input style="border: none; background-color: #e0e0e0; width: 100%;" type="text"/>
Nome della madre	<input type="text"/>	Grado istruzione	<input style="border: none; background-color: #e0e0e0; width: 100%;" type="text"/>
Vedova/o di	<input type="text"/>	Professione prevalente	<input style="border: none; background-color: #e0e0e0; width: 100%;" type="text"/>
Coniugata/o con	<input type="text"/>		

Il richiedente il ricovero gode dei seguenti redditi personali:

Pensione	INPS-VO	N. _____ mensili	€.	_____
	INPS IO	N. _____ mensili	€.	_____
	INPS SO	N. _____ mensili	€.	_____
Altra pensione		N. _____ mensili	€.	_____
Accompagnamento invalidi civili		N. _____ mensili	€.	_____
Altri redditi (specificare) _____				

In relazione alla domanda d'ammissione segnala i nominativi delle persone alle quali dovranno essere effettuate tutte le comunicazioni che riguardano il/la sottoscritto/a:

<b>1</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Nato a</b>	<b>In data</b>
<b>Telefono casa</b>		<b>Telefono Ufficio</b>		<b>Cell.</b>
<b>Residente a</b>		Via _____ n. _____		
<b>Parentela</b>		<b>Firma per accettazione</b>		
<b>2</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Nato a</b>	<b>In data</b>
<b>Telefono casa</b>		<b>Telefono Ufficio</b>		<b>Cell.</b>
<b>Residente a</b>		Via _____ n. _____		
<b>Parentela</b>		<b>Firma per accettazione</b>		
<b>3</b>	<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Nato a</b>	<b>In data</b>
<b>Telefono casa</b>		<b>Telefono Ufficio</b>		<b>Cell.</b>
<b>Residente a</b>		Via _____ n. _____		
<b>Parentela</b>		<b>Firma per accettazione</b>		

A documentazione della presente domanda allega:

- Fototessera;
- Autocertificazione di stato di famiglia;
- Autocertificazione di residenza;
- Consenso al trattamento dei propri dati personali;
- Certificazione del medico di famiglia nella quale sono esposte :  
le condizioni generali dell'ospite, le patologie in corso e lo stato d'autosufficienza del medesimo ;
- Esami ematochimici e strumentali o copia se in data non anteriore a tre mesi degli ultimi effettuati;
- **Copia del/i certificato/i di pensione;**
- **Copia della carta d'identità, tesserino del codice fiscale e libretto sanitario**

**La presente domanda di ammissione, è integrata con il contratto di ingresso, con il regolamento per i servizi di ospitalità e ricovero e con la Carta dei Servizi Aziendali consegnata al momento della ricezione della domanda di ammissione in lista di attesa.**

# Rette di degenza

## OSPITI AUTOSUFFICIENTI

### Alloggio due letti:

- **Pensione intera** (Comprende tutti i servizi e i pasti) giornaliera € **69,50**
- **Periodi d'ospitalità temporanea** (fino a tre mesi)  
Retta intera maggiorata € **90,35**

È escluso dai servizi resi da A.S.Far.M. il lavaggio della biancheria personale dell'ospite  
I servizi di visita e/o ricovero ospedaliero devono essere preventivamente concordati con la direzione

.....

### Alloggio singolo:

- **Pensione intera** (Comprende tutti i servizi e i pasti) giornaliera € **79,50**
- **Periodi d'ospitalità temporanea** (fino a tre mesi)  
Retta intera maggiorata € **103,35**

È escluso dai servizi resi da A.S.Far.M. il lavaggio della biancheria personale dell'ospite  
I servizi di visita e/o ricovero ospedaliero devono essere preventivamente concordati con la direzione

.....

## OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI TOTALI

### Alloggi a tre o quattro letti :

- **Pensione intera** (Comprende servizi, pasti, cure e presidi sanitari) giornaliera  
€ **79,50**
- **Periodi d'ospitalità temporanea** (fino a tre mesi)  
Retta intera maggiorata € **103,35**

È escluso dai servizi resi da A.S.Far.M. il lavaggio della biancheria personale dell'ospite  
I servizi di visita e/o ricovero ospedaliero devono essere preventivamente concordati con la direzione  
Non sono ricoverabili persone con diagnosi di morbo di Alzheimer diagnosticato.

.....

### Servizio di lavaggio biancheria corredo personale dell'Ospite :

Di norma, il servizio di lavaggio biancheria personale del corredo dell'Ospite viene assolto dai famigliari per permettere il mantenimento dei rapporti interpersonali e famigliari anche dopo l'ingresso del richiedente in struttura.

E' comunque possibile, previa richiesta da presentarsi agli uffici amministrativi della struttura, concordare tale servizio secondo le esigenze proprie dell'ospite in soggiorno, modalità e termini di pagamento verranno definiti prima dell'inizio del servizio, costo esemplificativo mensile del servizio comprensivo di nr. 8 lavaggi biancheria mese € **50/60,00**

### Servizi d'assistenza individuale alla persona nel reparto Casa Albergo:

Agli ospiti autosufficienti, che abbiano brevi malattie, impedimenti o difficoltà temporanee, l'A.S.Far.M. assicura, in ogni caso, i servizi d'assistenza individuale necessaria (pasti in camera solo su prescrizione del personale sanitario e d'assistenza preposto – Assistenza alle operazioni d'igiene personale e vestizione e quanti altri siano indispensabili)

Il costo dei servizi d'assistenza individuale, contabilizzate nella fattura del bimestre successivo rispetto al periodo in cui le prestazioni sono rese costo orario € **25,00**

Per i servizi di accompagnamento in ospedale si veda in proposito il vigente regolamento per i servizi di ospitalità e ricovero

# **INDUMENTI DI CORREDO PERSONALE DI CUI DEBBO ESSERE DOTATI GLI OSPITI**

Tutti gli ospiti in soggiorno presso la R.S.A. A.S.Far.M. devono essere dotati della seguente dotazione di biancheria personale al fine di permetterne il soggiorno nel modo più confortevole possibile, dal momento che per regolamento interno, e per le disposizioni regionali inerenti le strutture accreditate al Fondo Sanitario Regionale non è consentito l'abbigliamento in pigiama e/o camicia da notte se non per casi di malattia che costringano la persona allettata.

Il servizio di lavaggio della biancheria e degli indumenti che costituiscono il corredo personale dell'ospite è lasciato a completo carico dei familiari e ciò per permettere il continuo scambio di rapporti familiari ed interpersonali anche dopo l'ingresso in struttura dell'ospite richiedente.

In caso di impossibilità a svolgere tale servizio è possibile porvi rimedio interessando gli uffici amministrativi della struttura.

## **DONNA:**

- 2 Vestaglia camera
- 3 Camicie da notte
- 10 Magliette lana o cotone
- 12 Mutande
- 4 Reggiseno
- 12 Fazzoletti da naso (in alternativa, adeguata dotazione di fazzoletti di carta a perdere)
- 3 Paia di calze in cotone bianco
- 6 Paia di calze colorate o nylon
- 1 Paio di pantofole da camera
- 1 Paio di pianelette per bagno in spugna o simili
- 1 Scialle per letto o golfino di colore chiaro
- 4 Abiti completi e decorosi per il giorno

## **UOMO**

- 1 Vestaglia camera
- 4 Pigiama
- 10 Magliette lana o cotone
- 12 Mutande
- 12 Fazzoletti da naso (in alternativa adeguata dotazione di fazzoletti di carta a perdere)
- 3 Paia di calze in cotone bianco
- 6 Paia di calze colorate
- 1 Paio di pantofole da camera
- 1 Paio di pianelette per bagno in spugna o simili
- 4 Abiti completi e decorosi per il giorno (interi o spezzati)

Necessaire comune per entrambe :

- 1 Necessarie per l'igiene da bagno e la toilette**
- 2 Una borsa da viaggio piccola non rigida per la gestione e l'organizzazione del "necessarie" per le emergenze ospedaliere**



# A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : [www.asfarm.it](http://www.asfarm.it)

---

## INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679-GDPR s.m.i.

Gentile/Egregio Ospite,

Egr. Sig.re / Gent.le Sig.ra \_\_\_\_\_

ai sensi della normativa indicata, il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Pertanto, in attuazione del Regolamento UE 2016/679, è gradito fornirle le seguenti informazioni.

### Titolare del Trattamento

A.S.Far.M. Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari, con sede in Via Jamoretti, 51 - 21056 Induno Olona (VA), tel. 0332/20.60.01, e-mail [amministrazione@asfarm.it](mailto:amministrazione@asfarm.it), PEC [asfarm@pec.it](mailto:asfarm@pec.it) nella persona del Suo Legale Rappresentante protempore

### Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)

MB Safety dott. Marinella Saccon e-mail [dpo.asfarm@mbsafety.it](mailto:dpo.asfarm@mbsafety.it)

### Informazioni sui dati raccolti

#### 1. DATI PERSONALI ANAGRAFICI E PARTICOLARI DI CUI ALL'ART.9 DEL GDPR FINALITÀ TRATTAMENTO

- A) Gestione delle richieste di ammissione finalizzato all'inserimento del soggetto presso la Struttura;
- B) Gestione dell'aspetto socio – assistenziale nonché sanitario del soggetto interessato, con riferimento a dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute, alla vita sessuale e/o all'orientamento sessuale.

#### LICEITÀ TRATTAMENTO

##### Finalità A:

Senza il consenso espresso, quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato (art. 6 lett. b del GDPR).

##### Finalità B:

Con il consenso espresso dell'interessato per il trattamento di una o più finalità specifiche (art. 9 par. 2 lett. a del GDPR).

#### CATEGORIE DESTINATARI DEI DATI

Personale dell'Ente; enti previdenziali ed assistenziali; società che gestiscono reti informatiche e telematiche; società di servizi postali per l'invio di comunicazioni cartacee; enti pubblici collegati all'Ente.

#### TRASFERIMENTO DEI DATI AD UN PAESE TERZO:

No

#### PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati del soggetto verranno conservati dall'Ente fino alla stipula del contratto, divenendo, in seguito, parte integrante dello stesso.

Nel caso di mancato perfezionamento del contratto, i dati verranno conservati dal Titolare, per un periodo di tempo di 12 mesi e comunque non superiore a quello necessario agli scopi per cui sono stati forniti, secondo il principio di minimizzazione.

## OBBLIGATORIETÀ FORNITURA DEI DATI, MOTIVAZIONE E CONSEGUENZE MANCATA COMUNICAZIONE

Finalità A e B:

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'adempimento delle misure precontrattuali richieste, in mancanza non sarà possibile procedere all'erogazione del servizio richiesto.

### FONTI DI ORIGINE DEI DATI

Raccolti presso l'interessato.

### ESISTENZA DI PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

Nessun processo decisionale automatizzato è stato implementato presso l'Ente.

### Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli addetti, espressamente designati dall'Ente come autorizzati o delegati del trattamento dei dati personali, che potranno effettuare operazioni di consultazione, utilizzo ed elaborazione, sempre nel rispetto delle disposizioni di legge atte a garantire, tra l'altro, la riservatezza e la sicurezza dei dati, nonché l'esattezza, la conservazione e la pertinenza rispetto alle finalità dichiarate.

### Diritti degli Interessati

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

L'esercizio dei Suoi diritti potrà avvenire attraverso l'invio di una richiesta mediante email al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, dichiaro di aver ricevuto, letto e capito l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

oppure

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Amministratore di Sostegno / Tutore dell'utente \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, dichiaro di aver ricevuto, letto e capito l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

oppure

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_, rappresentante unico di tutta la famiglia esprime il consenso in nome e per conto dell'utente \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ interessato al servizio, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e quindi una consapevole espressione di valido consenso, dichiaro di aver ricevuto, letto e capito l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016

Induno Olona, il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# INFORMATIVA TUTELA GIURIDICA PERSONE AFFETTE DA DISABILITA'

## *Gentile Ospite, Gentili Familiari,*

Con la presente informativa vogliamo sensibilizzare ed informare circa la figura dell'Amministratore di Sostegno, forse ancora poco conosciuta ma che sta sempre più diffondendosi a favore delle persone in difficoltà.

Si tratta di una persona nominata con decreto dal Giudice Tutelare introdotta con Legge n. 6 del 9 gennaio 2004 finalizzata a tutelare le persone che, per effetto di una menomazione fisica oppure psichica, si trovano nell'impossibilità di provvedere, anche parzialmente o in via temporanea, ai propri interessi: anziani, disabili fisici o psichici, alcolisti, tossicodipendenti, malati gravi e terminali, persone colpite da ictus, ecc.

La domanda per la nomina dell'Amministratore di Sostegno, da produrre su apposito modulo, va presentata, senza l'assistenza di un legale, direttamente al Giudice Tutelare, depositando l'istanza presso l'apposita cancelleria Volontaria Giurisdizione del Tribunale territorialmente competente allegando una marca da bollo di € 11,63 per copia fino a 4 pagine senza urgenza. Possono presentare la domanda principalmente il coniuge o la persona stabilmente convivente, i parenti entro il 4° grado, il beneficiario personalmente.

Vista l'importanza del tema della tutela delle persone in stato di difficoltà a provvedere ai propri interessi, Vi invitiamo a prendere in considerazione tale figura.

Per qualsiasi informazione in merito, per un aiuto circa la procedura da attivare per la richiesta di nomina, per la raccolta della documentazione necessaria da allegare al ricorso così come per un sostegno nella compilazione di tale documentazione, ci si può rivolgere agli uffici di ASFARM oppure all'Ufficio Pubblica Tutela e Protezione Giuridica ATS di Varese Via O.Rossi, 21100 – Telefono 0332/277.111.

Il direttore A.S.Far.M.

Cesare  Cappella

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

**INFORMATIVA AD OSPITI E FAMILIARI**

**TUTELA DELLA PERSONA FRAGILE CON LIMITATA CAPACITA' DI AGIRE**

Nel nostro ordinamento giuridico il raggiungimento della maggiore età fissa il momento dal quale una persona diventa capace di agire, di esercitare cioè in modo autonomo i propri diritti e di tutelare i propri interessi sia personali sia patrimoniali.

Può accadere però che un individuo a causa di una patologia presente sin dalla nascita o di infermità totale o parziale emersa durante il corso della propria vita, non sia in grado di badare a se stesso sotto il profilo personale e patrimoniale.

La situazione di fragilità della persona necessita quindi di una tutela che può essere attuata attraverso tre diverse misure di protezione giuridica: l'interdizione, l'inabilitazione e l'amministratore di sostegno (introdotto nel nostro ordinamento con la Legge 6/2004).

Tali istituti hanno diversi effetti sulla capacità di agire del soggetto fragile:

L'interdizione costituisce la misura di protezione giuridica più grave ed estrema e richiede una condizione di infermità assoluta ed abituale, che rende la persona incapace di provvedere ai propri interessi; comporta la limitazione completa della capacità d'agire, con la conseguenza che ogni atto compiuto dall'interdetto, tanto di ordinaria che di straordinaria amministrazione, va considerato annullabile. L'interdetto ha quindi un'incapacità legale assoluta. Alla persona interdetta si sostituisce un tutore che viene nominato dal Tribunale.

L'inabilitazione è una misura di protezione giuridica che presuppone una condizione di infermità parziale o situazioni sociali tali da mettere a rischio gli interessi della persona. L'inabilitato conserva la capacità d'agire in ordine al compimento degli atti di ordinaria amministrazione (es pagamenti, riscossioni e ogni altra operazione volta alla conservazione del patrimonio) e gli atti personali, mentre per il compimento di atti di straordinaria amministrazione (es alienazioni, acquisti ed in generale qualsiasi atto che comporti una radicale trasformazione del patrimonio stesso), il Tribunale nominerà un curatore il quale non sostituisce l'inabilitato, ma lo assiste, fornendo il proprio consenso. Si tratta quindi di una incapacità legale relativa.

La protezione giuridica dell'Amministrazione di Sostegno ha l'importante finalità, come si evince dall'esordio della stessa legge, di tutelare, *"con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente"*. L'amministratore di sostegno, nominato dal Giudice Tutelare, interviene sia per gli aspetti di carattere personale che patrimoniale. Nel decreto di nomina il Giudice Tutelare stabilisce individualmente i compiti dell'amministratore in base alla situazione e alle capacità residue del beneficiario della protezione giuridica. L'amministratore di sostegno permette quindi di dare una risposta adeguata alle esigenze di protezione di ciascun soggetto, consentendo di dare al beneficiario una protezione giuridica mirata alla sua fragilità (es. esprimere il consenso per le cure sanitarie e per interventi sociali, firmare documenti, scegliere la collocazione abitativa, amministrare il proprio patrimonio...).



## L'Amministratore di Sostegno

### I beneficiari

In base all'art. 404 del Codice Civile *"la persona che per effetto di un'infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un Amministratore di sostegno, nominato dal Giudice Tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio"*.

La nomina dell'Amministratore di sostegno può essere chiesta anche nei confronti del minore che si trovi nelle condizioni previste dall'ad. 404 c.c. e in tal caso la domanda andrà presentata, al Giudice Tutelare competente, nell'ultimo anno prima del compimento dei 18 anni.

### Chi può presentare il ricorso per la nomina dell'Amministratore di sostegno

Il ricorso può essere presentato dai soggetti sotto elencati (artt. 406 - 417 C.C.):

- Beneficiario,
- parenti entro il 4° grado in linea retta e collaterale, il coniuge, gli affini entro il 2° grado, e i conviventi stabili del beneficiario (non sono comprese le badanti);
- tutore o il curatore congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione e inabilitazione;
- responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona (obbligati al ricorso, oppure alla segnalazione al Pubblico Ministero, "ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento");
- Giudice Tutelare d'ufficio e Pubblico Ministero.

Nel procedimento per la nomina dell'amministratore di sostegno non vi è l'obbligo di farsi assistere da un legale, tranne nel caso in cui sussistano importanti conflitti familiari o nel caso in cui è necessario gestire ingenti patrimoni (se ne ricorrono le condizioni, è possibile richiedere il patrocinio gratuito a spese dello Stato: per eventuali ulteriori informazioni in merito è necessario rivolgersi all'Ordine degli Avvocati - Via San Martino della Battaglia n. 18 - tel. 030/41503).

### Contenuti del ricorso

Il ricorso per l'Amministratore di Sostegno deve indicare:

- Generalità del ricorrente (nome, cognome, indirizzo, recapito telefonico, rapporto di parentela con il beneficiario);
- le generalità del beneficiario (nome, cognome, indirizzo, recapito telefonico e la sua dimora abituale);
- le ragioni per cui si chiede la nomina dell'Amministratore di sostegno indicandole in modo esaustivo: condizioni di salute, patologie del destinatario e necessità di tutela;
- il nominativo e il domicilio — se conosciuti, del coniuge, discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario;
- eventuale nominativo della persona proposta come Amministratore di Sostegno.

E' opportuno inoltre indicare quali azioni il beneficiario è in grado di compiere da solo/con l'assistenza o con la rappresentanza esclusiva dell'amministratore di sostegno.

Al ricorso è necessario allegare la seguente documentazione del beneficiario

- certificato integrale dell'atto di nascita;
- certificato di residenza e stato di famiglia;
- fotocopia documento d'identità;
- documentazione medica;
- documentazione sulle condizioni di vita personale;
- documentazione relativa alla situazione patrimoniale dei beni mobili e immobili;
- eventuale certificato che attesti l'impossibilità del beneficiario a recarsi in tribunale, anche in ambulanza, per la convocazione. del ricorrente
- fotocopia documento d'identità;

L'adozione del provvedimento di amministrazione di sostegno è assunta dal Giudice Tutelare competente per territorio, cioè il magistrato del luogo dove il beneficiario ha la sua residenza o domicilio. (art 404 c.c.)

### **Procedimento**

Ricevuto il ricorso, il Giudice Tutelare fissa - con decreto - il giorno e l'ora dell'udienza in cui devono comparire davanti a lui il ricorrente, il beneficiario, la persona proposta come Amministratore di Sostegno (se diversa dal ricorrente) e le persone indicate nel ricorso dalle quali ritenga utile acquisire informazioni.

### **Scelta dell'amministratore di sostegno**

Nella scelta dell'Amministratore di Sostegno si deve sempre tenere conto della "cura" e degli "interessi" del beneficiario. Anche nel caso in cui il beneficiario individui o escluda determinate persone per il ruolo di amministratore, è comunque sempre il Giudice Tutelare a decidere la nomina dell'Amministratore di Sostegno. Nell'individuare l'Amministratore di sostegno, il Giudice Tutelare preferisce, quando possibile, il coniuge (non separato legalmente), la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado, la persona designata dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata.

Il Giudice Tutelare quando ne ravvisa l'opportunità, può chiamare all'incarico di amministratore di sostegno anche altra persona idonea che non rientra nella cerchia familiare (avvocati, commercialisti, legali rappresentanti di Enti o Associazioni...).

### **Nomina dell'amministratore di sostegno**

In linea generale entro 60 giorni dal ricevimento del ricorso, con decreto motivato, immediatamente esecutivo, il Giudice Tutelare provvede alla nomina dell'Amministratore di Sostegno. In caso di urgenza opportunamente segnalata nella presentazione del ricorso, il Giudice Tutelare può adottare un provvedimento urgente per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio, anche nominando un amministratore di sostegno provvisorio, indicando gli atti che è autorizzato a compiere.

Il decreto di nomina deve contenere:

- Le generalità della persona beneficiaria
- Le generalità dell'Amministratore di sostegno
- la durata dell'incarico (a tempo determinato o indeterminato ma comunque non oltre i dieci anni, a meno che sia coniuge, convivente, ascendente o discendente del beneficiario);

l'oggetto dell'incarico e gli atti che l'Amministratore di Sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;

gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'Amministratore di Sostegno;

i limiti anche periodici delle spese che l' Amministratore di Sostegno può sostenere con l'utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere disponibilità;

la periodicità con cui l'Amministratore di Sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario

L'Amministratore di sostegno assume l'incarico giurando davanti al Giudice Tutelare di esercitare il suo compito con fedeltà e diligenza (ad. 349 c.c.) esercitando i poteri che sono elencati in modo dettagliato nel decreto di nomina.

### **Revoca dell'amministratore di sostegno**

Il beneficiario, l'Amministratore di Sostegno, il Pubblico Ministero, il coniuge, la persona stabilmente convivente, i parenti entro il quarto grado, gli affini entro il secondo grado, tutore, curatore, responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona possono presentare l'istanza (la richiesta) adeguatamente e opportunamente motivata al Giudice Tutelare per la cessazione dell'amministrazione di sostegno o per la sostituzione dello stesso. Il Giudice tutelare provvede con decreto motivato, acquisite le necessarie informazioni e disposti gli opportuni mezzi istruttori.

Per approfondire l'argomento è possibile consultare.'

**ASFARM**

Segreteria Generale

Via Maciachini, 9

Induno Olona tel. 0332.206001 email : amministrazione@asfarm.it

Riferimenti : Sigg. Carla Colombo, Pisoni Daniela

**COMUNE DI INDUNO OLONA**

Per gli ospiti già residente nel Comune di Induno Olona

Ufficio Servizio Sociali tel. 0332/273.111

**Ufficio Protezione Giuridica**

ATS Insubria Via O.-Rossi, Varese tel. 0332/277.111

[pubblicatutela@ats-insubria.it](mailto:pubblicatutela@ats-insubria.it)

chiamare dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 10.00 oppure lasciare un messaggio in segreteria.

Con viva cordialità

Il direttore A.S.Far.M. Cesare Cappella



Alla c.a.

**A.S.Far.M.**  
**Via Maciachini, 9**  
**21056 Induno Olona**

---

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

Il sottoscritto/a.....

Nato/a a..... il.....  
in qualità di

- DIRETTO INTERESSATO
- FAMILIARE
- CURATORE
- TUTORE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**DICHIARA**

di aver avuto adeguata informativa in tema di tutela giuridica delle persone affette da disabilità, in merito alla nomina di Amministratore di Sostegno, nonché sulla possibilità di contattare in materia l'Ufficio di Protezione Giuridica dell'ATS Insubria di Varese ed ik Servizi Sociali del Comune di Induno Olona o di propria eventuale residenza.

**DICHIARA ALTRESI**

- di allegare alla presente dichiarazione copia dell'atto di nomina a Curatore, Tutore, Amministratore di Sostegno
- di non aver attivato alcuna procedura di natura giuridica in materia.

Dichiara altresì di essere stato informato che i dati verranno trattati secondo le disposizioni in materia di tutela della privacy ai sensi del Regolamento EU n. 2016/679, ed al solo scopo di adempiere agli obblighi di legge.

Luogo e Data ..... Firma .....



# A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari  
21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : [www.asfarm.it](http://www.asfarm.it)

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

oppure

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Amministratore di Sostegno / Tutore dell'utente  
\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_,

oppure

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, (specificare il grado di parentela)  
\_\_\_\_\_ rappresentante unico di tutta la famiglia esprime il consenso in nome e per  
conto dell'utente \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
interessato al servizio, le cui condizioni psicofisiche non consentono di fornire un'informativa diretta e  
quindi una consapevole espressione di valido consenso,

dichiaro di aver letto e compreso in ogni suo punto l'informativa per il trattamento di categorie particolari di dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, dati biometrici intesi ad identificare in modo univoco una persona fisica dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale, pertanto esprimo la mia decisione in merito alle seguenti finalità:

- Gestione dell'aspetto socio – assistenziale

Acconsente che i suoi dati siano trattati per la gestione dell'aspetto socio – assistenziale come precisato nel punto B dell'informativa:

ACCONSENTE       NON ACCONSENTE

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 potrà esercitare i diritti qui sinteticamente riepilogati:

- di accesso ai dati personali (art. 15 del GDPR)
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (art. 16, 17 e 18 del GDPR);
- di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca (art. 7 par. 3 del GDPR);
- di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy) (art. 15, par. 1, lett. f) del GDPR).

Induno Olona, il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Induno Olona \_\_\_\_\_ Il titolare del trattamento      Mb Safety Dott.sa Marinella Saccon

Il direttore A.S.Far.M.      Cesare Cappella



# A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : [www.asfarm.it](http://www.asfarm.it)

## CONSENSO DELL'UTENTE ACCETTAZIONE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di

- Interessato/a  
 Rappresentante legale dell'interessato ( amministratore di sostegno,  tutore,  curatore)

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza in soggiorno nei moduli di cura ed assistenza per persone Anziane di A.S.Far.M. (Casa Albergo e Rsa) del proprio stato di salute a :

- Coloro che lo richiedono  
 Indicare il nome delle persone che lo richiedono

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Nessuno

Data .....

L'interessato/a o rappresentante legale

Nell'ambito delle finalità istituzionali di A.S.Far.M., **autorizza ad utilizzare i dati personali** con le seguenti modalità:

- Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite ( per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori
- Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet e dei canali social aziendali

Data .....

L'interessato o rappresentante legale

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di

- Interessato/a  
 Rappresentante legale dell'interessato ( amministratore di sostegno,  tutore,  curatore)

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
esprime il proprio consenso illimitato e senza riserva alcuna al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Data .....

L'interessato o rappresentante legale

## REVOCA

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di

- Interessato/a  
 Rappresentante legale dell'interessato ( amministratore di sostegno,  tutore,  curatore)

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

dichiara di voler revocare il proprio consenso al trattamento dei dati personali rilasciato in data \_\_\_\_\_ a A.S.Far.M.

Data .....

L'interessato o rappresentante legale



# A.S.Far.M.

Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari

21056 - Induno Olona (Va)

Via Maciachini, 9 Servizi Sociosanitari

P.IVA 02020550121 - Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65

Indirizzo [e@mail](mailto:amministrazione@asfarm.it) : amministrazione@asfarm.it - sito internet : [www.asfarm.it](http://www.asfarm.it)

## CONSENSO DEL FAMIGLIARE DELL'UTENTE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

fa presente che le condizioni psicofisiche del signor/della signora \_\_\_\_\_

non consentono di fornire una informativa diretta e, pertanto, dichiara

di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di averne compreso il contenuto ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, relativi alla salute e quelli necessari per le finalità e per la durata precisati nell'informativa della persona ricoveranda.

Acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione della presenza nei moduli di cura e soggiorno per persone Anziane di A.S.Far.M. e dello stato di salute della persona ricoveranda a:

Coloro che lo richiedono

Indicare il nome delle persone che lo richiedono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nessuno

Data .....

Il parente.....

Nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente, autorizza ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

Nome, cognome e fotografia per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite ( per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che risulteranno, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori

Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura e per la promozione dell'ente sui mezzi di comunicazione e diffusione attualmente in uso, anche a scopo di aggiornamento del sito internet e dei canali social di A.S.Far.M.

Data .....

Il parente.....

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di

Interessato/a

Rappresentante legale dell'interessato ( amministratore di sostegno,  tutore,  curatore)

Nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,

esprime il proprio consenso illimitato e senza riserva alcuna al **trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE)** per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, di cui dichiara di averne compreso il contenuto.

Data .....

L'interessato o rappresentante legale \_\_\_\_\_



# AUTOCERTIFICAZIONE

STATO DI FAMIGLIA, RESIDENZA E DI SALUTE  
(Articolo 2, legge 04 gennaio 1968, n. 15 e s.m.i.)

Spett.  
A.S.Far.M. - Servizi Sociosanitari  
Via Maciachini, 9  
21056 Induno Olona

Il/La sottoscritto/a, a conoscenza delle sanzioni penali nelle quali incorre in caso di mendaci dichiarazioni, sotto propria personale responsabilità

## Dichiaro

Di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

il \_\_\_\_\_

Di essere di stato civile

\_\_\_\_\_

Di essere residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Che la propria famiglia è composta come di seguito specificato:

(*1)	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Stato civile (*2)
CF					

(\*1) – Relazione di parentela CF capo famiglia - MG moglie - FG figlio/figlia- FR fratello - SR sorella - NP - nipote - CGN cognato/a.

(\*2) – Stato Civile: Celibe - nubile - coniugato/a - vedovo/a

## Dichiara inoltre di non essere affetto da morbo di Alzheimer

SI                      NO

E di godere di sana e robusta costituzione

Firma : (Il/La Richiedente) : \_\_\_\_\_

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

- RSA  
 CDI  
 MINIALLOGGI  
 RICHIESTA DI INVALIDITA'

Parte per la famiglia/caregiver

<b>Informazioni anagrafiche</b>	
Nome _____ Cognome _____	
Nato a _____ il ___/___/___ Residente _____ 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	Anziano stesso <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
Persona/familiare di riferimento Altri familiari (indicando sia familiari che possono o potrebbero dare sostegno)	
Medico di Assistenza Primaria	Dott./Dott.ssa _____ Tel.....
Servizi di supporto in atto (assistente domestica, ADI, servizio pasti a domicilio, CDI, ecc...)	
Provenienza Domicilio, Ospedale, SDR, RSA, altro	

Parte per la famiglia/caregiver

Diete particolari	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Comportamenti auto lesivi	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare _____
Fumo	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Alcol	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Interessi attuali Lettura, TV, contatti con amici/parenti, attitudini manuali	
Capacità di nutrirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di stimolo o sorveglianza <input type="checkbox"/> Deve essere imboccato <input type="checkbox"/>
Masticazione	Normale <input type="checkbox"/> Difficoltà per cibi duri <input type="checkbox"/> Mangia solo cibi molli <input type="checkbox"/> Non si alimenta per bocca <input type="checkbox"/>
Protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/> SI' la usa <input type="checkbox"/> SI' ma non la usa <input type="checkbox"/>
Piccola igiene personale (lavarsi le mani, faccia, braccia, farsi la barba, tagliarsi le unghie)	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Bagno/doccia	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>

**Parte per la famiglia/caregiver**

Continenza vescicale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/>
Continenza intestinale	Continente <input type="checkbox"/> Non continente <input type="checkbox"/> Uso di pannoloni <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>
Uso dei servizi igienici	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	Autonomo <input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> Non autonomo <input type="checkbox"/>
Vista	Normale <input type="checkbox"/> Con lenti <input type="checkbox"/> Ipo visus/cecità <input type="checkbox"/>
Udito	Integro <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Ipoacusia/sordità <input type="checkbox"/>
Capacità di leggere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Capacità di scrivere	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Linguaggio	Normale <input type="checkbox"/> Alterato <input type="checkbox"/>

Parte per la famiglia/caregiver

Mobilità	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/>
Capacità di salire le scale	Normale <input type="checkbox"/> Con ausilio <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Trasferimento letto/carrozzina/poltrona	Autonomo <input type="checkbox"/> Con aiuto <input type="checkbox"/> Non in grado <input type="checkbox"/>
Uso della sedia a rotelle	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Autonomo nell'uso SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ausili utilizzati	Nessuno <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> Specificare quali _____ Di proprietà <input type="checkbox"/> Fornito da _____ Il ____/____/____
Accetta la terapia	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Assume la terapia autonomamente	NO <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/>
Sonno - riposo	Normale <input type="checkbox"/> Disturbato <input type="checkbox"/> Insonnia <input type="checkbox"/>

**Parte per la famiglia/caregiver**

Aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendenza alla fuga/perdersi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadute negli ultimi 6 mesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilizza una contenzione	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	
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 delle vaccinazioni Anticovid :**

1° dose : \_\_\_\_\_ 2° dose : \_\_\_\_\_ 3° dose : \_\_\_\_\_ 4° dose : \_\_\_\_\_

Eventuale Malattia Covid : \_\_\_\_\_

**Il richiedente l'ingresso è :**

ad oggi soggetto portatore del morbo di Alzheimer                      SI                      NO

Data

Firma.....



# ***A.S.Far.M.***

**Azienda Speciale Gestione Farmacia e Servizi Sociosanitari**

**21056 - Induno Olona - Via Maciachini, 9**

P.IVA 02020550121 – CCIAA 0243334 – Reg. Imprese VA 133-21888

**Tel. 0332/20.60.01 – Fax 0332/20.16.65**

## **DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

### **PER L'AMMISSIONE DELL'OSPITE**

### **NELLA STRUTTURA SOCIOSANITARIA**

Gli ospiti, all'atto di presentazione della domanda e comunque prima di essere ammessi presso la struttura sociosanitaria dell'A.S.Far.M., siano essi autosufficienti o non autosufficienti, devono far compilare dal proprio medico curante, l'allegata documentazione sanitaria che certifica lo stato di salute della persona.

La cartella, completata in tutte le sue parti, viene analizzata dal Direttore Medico che sarà in grado, già dal momento dell'accettazione, di valutare lo stato psicofisico dell'ospite.

La modulistica contrassegnata "Parte per la Famiglia / Caregiver" dovrà essere invece compilata dai famigliari di riferimento della persona interessata al ricovero.

**ESAMI RICHIESTI** (non anteriori a tre mesi - allegare esiti)

**OPPURE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA (a pagamento)**

Esame urine completo	Emocromo + f + p
Glicemia	Ferro e Ferritinemia
Creatininemia	Elettroliti
GOT, GPT, gamma GT	Elettroforesi sieroproteica
VES	Markers epatite A-B-C
HIV	VDRL (TPHA)
Coprocultura	Transferrina, Albumina e Linfociti

**1 tampone antigenico rapido certificato eseguito entro 24 ore dall'ingresso in struttura.**

RSA

CDI

MINIALLOGGI

RICHIESTA DI INVALIDITA'

**SCHEDA DI INSERIMENTO**

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Informazioni anagrafiche

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Parte per il Medico curante

Anamnesi patologica remota 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)	
Malattie infettive note epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmesse	
Situazione clinica attuale patologie in atto condizioni invalidanti	

Il paziente è :

ad oggi soggetto portatore del morbo di Alzheimer                      SI                      NO



Dispositivi in uso	Catetere vescicale ..... Sondino naso-gastrico ..... PEG ..... Catetere venoso centrale ..... Pace-maker ..... ICD (defibrillatore) ..... Tracheostomia ..... Stomie ..... <u>Broncoaspirazione</u> ..... <u>Porth-a-cath</u> ..... Ossigenoterapia (ossigeno liquido; concentratore; <u>stroller</u> ; altro) ..... Ventilatore per <u>Sindrome apnee notturne del sonno</u> ..... Ventilatore per <u>insuff.</u> respiratorie gravi .....
Ausili/presidi in uso Carrozzina, letto ortopedico, materassino antidecubito, tutori	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni da decubito</li> <li>• Ferite chirurgiche in trattamento</li> </ul> Specificare sede, estensione, tipo di trattamento in atto e persona dedicata alla cura (Infermiere, familiare, altro)	
Terapia in atto Oltre ai farmaci tradizionali, specificare se il paziente ha in atto piani terapeutici attivi, terapia del dolore ( <i>specificare se oppiacei o farmaci con ricetta ministeriale</i> ), diete particolari (per insufficienza renale; celiachia; altro) <b>ALLERGIE</b>	
Cadute negli ultimi sei mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Interventi programmati necessità di valutazioni o accertamenti strumentali periodiche, es. visite specialistiche, ecografie o altre indagini strumentali, dialisi, chemioterapia, emotrasfusioni.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì specificare ..... .....

Stato nutrizionale	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Variazioni ponderali negli ultimi sei mesi  Note <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Giudizio sulla stabilità clinica	<input type="checkbox"/> <b>Stabile</b>	nessun particolare problema o con problemi che necessitano monitoraggio clinico a dintervalli > 60 gg.
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente stabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico ogni 30-60 giorni
	<input type="checkbox"/> <b>Moderatamente instabile</b>	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"/> <b>Instabile</b>	con problemi che necessitano monitoraggio clinico quotidiano
	<input type="checkbox"/> <b>Acuzie</b>	con problemi che necessitano di più monitoraggi quotidiani

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

data

firma

.....

.....