

DOMANDA DI RICOVERO PRESSO LA R. S. A.

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Data di nascita _____
Residenza _____ Telefono _____
Stato civile _____ Vive solo Sì ☐ No ☐
(se No, specificare con chi) _____

Attualmente ricoverato presso: _____

PRESENTAZIONE DEL CASO A CURA DEL RICHIEDENTE ☐ FAMILIARE ☐

È stato nominato dal Giudice Tutelare un **Amministratore di Sostegno (AdS)**?

Sì ☐ No ☐ Domanda in corso ☐

È stato nominato dal Giudice Tutelare un **Tutore Legale**?

Sì ☐ No ☐ Domanda in corso ☐

I sottoscritti si impegnano a presentare richiesta di nomina dell'Amministratore di Sostegno al Giudice Tutelare, secondo le direttive delle **Legge 6 del 9 Gennaio 2004**, e nel rispetto di quanto indicato nella **DGR 3540 del 30.05.2012**.

Si impegnano inoltre a rinnovare la domanda di ricovero ogni 6 mesi: in caso contrario, la stessa verrà annullata.

Firma dell'interessato (obbligatoria se non esistono AdS o Tutore) _____

Firma del ☐ Familiare _____ ☐ AdS _____
☐ Tutore _____ ☐ Altro (spec.) _____

Estremi

Sig./ra _____
Residenza _____ Telefono _____
Eventuale relazione di parentela _____

Gallarate, _____

TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA

- ☐ È in grado di alzarsi da solo dal letto e/o dalla sedia
- ☐ È in grado di alzarsi, ma sotto il controllo di una persona che dia sicurezza
- ☐ È in grado di alzarsi, ma ha bisogno dell'aiuto di una persona per alcuni spostamenti (passaggio da sdraiato a seduto, passaggio da seduto a in piedi...)
- ☐ Non è in grado di alzarsi: è necessario l'aiuto di una persona
- ☐ Non è in grado di alzarsi: è necessario l'aiuto di due persone o del "sollevatore"

MOBILITÀ

- ☐ Cammina e si sposta da solo
- ☐ Cammina da solo, ma è necessario l'aiuto di una persona quando deve alzarsi e sedersi
- ☐ Cammina e si sposta solo con l'aiuto di una o due persone
- ☐ Non è in grado di camminare né di stare in piedi
- ☐ È allettato

AUSILI UTILIZZATI (si possono indicare più risposte)

- | | |
|--|--|
| ☐ Nessuno | ☐ Carrozzina |
| ☐ Bastone | ☐ usata per brevi spostamenti in casa |
| ☐ usato per brevi spostamenti in casa | ☐ usata per lunghi spostamenti fuori casa |
| ☐ usato per camminare fuori casa | ☐ usata sempre |
| ☐ usato sempre | ☐ usata in autonomia (si spinge da solo) |
| ☐ Deambulatore/girello | ☐ uso non autonomo |
| ☐ usato per brevi spostamenti in casa | |
| ☐ usato per camminare fuori casa | |
| ☐ usato sempre | |

CURA DELLA PERSONA

- ☐ Si occupa da solo della propria persona con buoni risultati
- ☐ Riesce a prendersi cura della propria persona e/o a collaborare nei gesti più difficili (doccia, igiene intima, igiene orale, rasatura della barba...)
- ☐ Riesce a prendersi cura della propria persona e/o a collaborare nella pulizia di mani e viso
- ☐ Dipende completamente nella cura del proprio aspetto e dell'igiene personale

ABBIGLIAMENTO

- ☐ Si veste da solo senza aiuto
- ☐ Necessita di qualche aiuto per indossare alcuni indumenti
- ☐ Da solo non è in grado di vestirsi in modo corretto e adeguato
- ☐ Non può vestirsi da solo

CONTINENZA VESCICALE

- ☐ Continente
- ☐ Incontinente ☐ uso di pannolone
- ☐ catetere

CONTINENZA INTESTINALE

- ☐ Continente
- ☐ Incontinente ☐ uso di pannolone
- ☐ stomia

ALIMENTAZIONE

- ☐ A tavola mangia da solo ed in modo adeguato
- ☐ Mangia da solo anche se in modo poco adeguato
- ☐ L'assunzione degli alimenti deve essere facilitata da opportune preparazioni del cibo (tagliato, macinato, frullato...)
- ☐ Deve essere imboccato per l'intera durata del pasto
- ☐ È portatore di PEG o sondino naso-gastrico

RELAX

- ☐ Non ha l'abitudine di riposarsi a letto o in poltrona durante la giornata
- ☐ Ogni tanto gradisce un riposino dopo mangiato
- ☐ D'abitudine fa un sonnellino dopo mangiato

SONNO (si possono indicare più risposte)

- ☐ Dorme tranquillamente secondo ritmi ed orari naturali (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
- ☐ Fatica ad addormentarsi e ha un sonno disturbato (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
- ☐ Assume farmaci per dormire (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
- ☐ Presenta alterazioni del comportamento durante la notte (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)

UDITO

- ☐ Ci sente bene
- ☐ Ha qualche problema di udito
- ☐ Ha gravi difficoltà uditive
- ☐ È portatore di apparecchio acustico

VISTA

- ☐ Ci vede bene
- ☐ Ha qualche difficoltà visiva
- ☐ Ha un grave deficit visivo
- ☐ Porta gli occhiali

ORIENTAMENTO SPAZIALE

- ☐ Riconosce sempre il luogo in cui si trova
- ☐ A volte ha difficoltà nel riconoscere luoghi e ambienti
- ☐ Molto spesso ha difficoltà nel riconoscere luoghi e ambienti
- ☐ È completamente disorientato, non è in grado di capire in che luogo si trova

ORIENTAMENTO TEMPORALE

- ☐ È perfettamente consapevole dei tempi e momenti della giornata e dell'anno
- ☐ Saltuariamente è in difficoltà nel riconoscere giorno e ora, passato e presente
- ☐ Frequentemente è in difficoltà nel riconoscere giorno e ora, passato e presente
- ☐ È disorientato e non ha consapevolezza del tempo

COMUNICAZIONE

- ☐ Si esprime con parole adeguate e comprensibili
- ☐ Ha difficoltà ad esprimersi con parole adeguate e comprensibili
- ☐ Usa prevalentemente i gesti per comunicare
- ☐ Non sa o non può comunicare

COMPORTAMENTO

- ☐ Si comporta in maniera corretta ed adeguata
 - ☐ Si mostra poco socievole e non ama stare in compagnia (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra triste e demotivato (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra apatico, indifferente e apparentemente assente (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra eccessivamente emotivo (piange, si lamenta, si spaventa senza un reale motivo)
(☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra ansioso (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra ripetitivo (ripete eccessivamente richieste e/o espressioni verbali)
(☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra disinibito (si comporta in maniera inusuale rispetto alle proprie abitudini, educazione e cultura)
 - ☐ Si mostra facilmente irritabile (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra aggressivo con le parole (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra aggressivo fisicamente (☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
 - ☐ Si mostra irrequieto (cammina continuamente, ripete gesti senza senso)
(☐ a volte ☐ spesso ☐ sempre)
- Tendenza alla fuga** ☐ Sì ☐ No

EMERGENZA COVID-19

Ha contratto l'infezione da Covid-19? ☐ SÌ ☐ NO Se sì, quando? _____

È vaccinato? ☐ SÌ ☐ NO

Se sì con quale vaccino? ☐ PFIZER ☐ MODERNA ☐ ASTRA ZENECA

Data 1^a somministrazione _____ Data 2^a somministrazione _____

Data 3^a somministrazione _____ Data 4^a somministrazione _____

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

Domanda rinnovata il _____ Eventuali note

IL MELO Onlus Gallarate  società cooperativa sociale	Nota informativa sul trattamento dei dati personali per SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.	Pag. 1 di 4
		Informativa Servizi Residenziali e Semiresidenziali Rev. 1

Redatta da		Data	Approvazione (a seguito di verifica del DPO)		Data
Titolare del Trattamento Rita Nichele		26/06/2018	Titolare del Trattamento Rita Nichele		26/06/2018
N°	Descrizione modifica	Redatta da	Data	Approvazione (a seguito di verifica del DPO)	Data
1	Variazione Legale Rappresentante; Specifiche ulteriori sulle tempistiche di conservazione dei dati.	Coordinatore Amministrativo Matteo Marcon	14/10/2024	Titolare del Trattamento Daniela Foglia	14/10/2024

Il **Titolare del Trattamento** è **IL MELO ONLUS Società Cooperativa Sociale**, con sede in Via Magenta 3 GALLARATE VA, P. Iva 01564890125 (di seguito definito “il Titolare”), in persona del legale rappresentante sig.ra Daniela Foglia.

Il **Responsabile della Protezione dei Dati personali (DPO)** è Siges S.r.l, Via Ferrari 21 – 21047 Saronno.

Trattamento. I dati personali vengono trattati nel pieno rispetto del Regolamento UE 679/2016. I dati forniti dall’Utente (di seguito definito “l’Interessato”) saranno utilizzati al solo fine di dar seguito alle sue richieste e saranno trattati da parte di personale incaricato dal Titolare con procedure, strumenti tecnici e informatici idonei a tutelare la riservatezza e la sicurezza dei dati dell’Interessato. Il trattamento dei dati personali dell’Interessato consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distruzione degli stessi comprese la combinazione di due o più delle attività suddette.

Obblighi contrattuali e obblighi legali

I dati dell’interessato sono trattati per lo svolgimento dei seguenti obblighi:

- 1) Obblighi contrattuali, compresa la comunicazione a istituti bancari e simili, per le attività di riscossione dei pagamenti e per altre attività collegate agli adempimenti contrattuali;
 - 2) Obblighi legali, come la fatturazione, tenuta di scritture contabili obbligatorie e registrazioni, comunicazioni alle autorità richiedenti tra cui il sistema TS (Tessera Sanitaria) per la comunicazione delle spese sanitarie per il 730 precompilato.
 - 3) Altri servizi connessi alla permanenza presso la struttura (es: servizi di segreteria, consegna corrispondenza, prenotazione di servizi).
- I dati richiesti dal Titolare sono obbligatori per la conclusione del contratto ed il mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità per l’Interessato di accedere ai servizi de Il Melo Onlus. Per il trattamento dei dati personali di cui sopra non è richiesto il consenso dell’interessato (art. 6 comma 1, lettera b) e c) del Regolamento).

Sulla base dell’art. 9 comma 2 lett. h del Regolamento non è altresì richiesto il consenso dell’Interessato per il trattamento dei dati particolari (sensibili) poiché necessari per la permanenza in struttura dell’Ospite (con finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria, per la gestione di sistemi e servizi sanitari, per eventuale raccolta di immagini utili all’osservazione sanitaria).

Nell’assolvimento degli obblighi di legge è prevista la trasmissione alla Regione Lombardia, per mezzo dell’ATS INSUBRIA, dei dati personali, anche sensibili gestiti per tutto il corso della permanenza dell’utente presso IL MELO. ATS INSUBRIA e IL MELO ONLUS hanno sottoscritto un contratto improntato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza per la gestione dei dati personali e sensibili degli utenti.

	Nota informativa sul trattamento dei dati personali per SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.	Pag. 2 di 4 Informativa Servizi Residenziali e Semiresidenziali Rev. 1
---	--	--

Ulteriori servizi non inclusi negli obblighi contrattuali e legali

Sulla base dell'art. 6, comma 1, lett. a) e dell'art. 9, comma 2, lett. a) del GDPR, è richiesto un esplicito consenso per servizi ulteriori, quali:

- 1) la comunicazione a terzi della presenza dell'utente in struttura per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a indirizzate all'Interessato;
- 2) la comunicazione a terzi dello stato di salute dell'Utente;
- 3) la riproduzione di immagini e/o fotografie dell'ospite durante lo svolgimento della vita sociale della struttura IL MELO (es: feste, eventi pubblici, momenti di attività ricreative-animative);

Conservazione

I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a fornire all'Interessato i servizi richiesti e saranno in ogni caso eliminati a seguito di richiesta dell'Interessato, salvi ulteriori obblighi di conservazione previsti dalla legge.

I fascicoli sanitari, unitamente ai relativi referti, sono conservati illimitatamente, in quanto rappresentativi di un atto ufficiale (cfr. Circolari del Ministero della Sanità nr. 61 del 1986 e nr. 900 del 1996).

I dati amministrativi sono conservati fino a dieci anni dalla dimissione del paziente.

Diffusione e comunicazione

I dati dell'Interessato non saranno diffusi e comunicati a terzi, salvo che per assolvere obblighi contrattuali o di legge o su esplicito consenso dell'Interessato stesso.

Responsabili del trattamento

Nell'ambito della sua attività e per le finalità sopra indicate il Titolare potrà avvalersi di servizi resi da soggetti terzi che operano per conto del Titolare e secondo le sue istruzioni. Tali soggetti sono chiamati **responsabili del trattamento** e possono essere fornitori, consulenti tecnici, altri soggetti analoghi che collaborano con la nostra organizzazione per assolvere gli impegni contrattuali assunti con l'Interessato. Rientrano tra tali soggetti coloro che forniscono un servizio strettamente e necessariamente collegato all'attività del Titolare quali consulenti fiscali, banche, assicurazioni, enti pubblici che posso eseguire ispezioni o verifiche. L'Interessato potrà richiedere un elenco completo e aggiornato dei soggetti nominati responsabili del trattamento rivolgendosi al contatto sottoindicato.

Trasferimento all'interno dell'Unione Europea ed extra UE

I dati potranno essere trasferiti all'interno della Unione Europea, ove il Titolare o i suoi fornitori e collaboratori abbiano sede o abbiano i propri server. I dati non saranno trasferiti fuori dalla Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

In ogni momento potrà esercitare i Diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento 679/2016, qui sotto elencati, ferma restando la possibilità di adire l'Autorità giudiziaria:

- **Diritto di accesso** (art. 15 GDPR): diritto dell'Interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso a tali dati;
- **Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo** (art. 15 l. f) GDPR);
- **Diritto di rettifica** (art. 16 GDPR): diritto dell'interessato ad ottenere dal Titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano, senza ingiustificato ritardo. Se i dati forniti sono incompleti, possono essere integrati dall'Interessato tramite una dichiarazione integrativa;
- **Diritto alla cancellazione** (diritto all'oblio) (art. 17 GDPR): l'Interessato ha diritto di ottenere dal Titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo. In questo caso sul Titolare graverà il conseguente obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo tali dati;
- **Diritto alla limitazione di trattamento** (art. 18 GDPR): diritto dell'Interessato di ottenere una limitazione del trattamento in talune ipotesi; l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali; il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati, chiedendone invece la limitazione; i dati personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in una sede giudiziaria; l'interessato si è opposto al trattamento, in attesa della verifica della prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato;
- **Obbligo di notifica** (art. 19 GDPR): il Titolare del trattamento comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi

	Nota informativa sul trattamento dei dati personali per SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.	Pag. 3 di 4 Informativa Servizi Residenziali e Semiresidenziali Rev. 1
---	--	--

i dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma degli artt. 16; 17; 18;

- **Diritto alla portabilità dei dati** (art. 20 GDPR): l'Interessato ha diritto di ricevere i dati personali che lo riguardano forniti al Titolare e ha il diritto di trasmettere tali dati ad altro titolare di trattamento senza impedimenti da parte del Titolare nei casi in cui: a) il trattamento si basi sul consenso ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera a), o dell'art. 9, paragrafo 2, lettera a), o su un contratto ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lettera b); il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati;
- **Diritto all'opposizione** (art. 21 GDPR): diritto dell'Interessato di opporsi al trattamento dei suoi dati personali;
- **Profilazione** (art. 22 GDPR): l'Interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione o che incida significativamente sulla sua persona.

Contatti

I dati di contatto del Titolare del trattamento sono i seguenti: Tel.: 0331/776083 – e-mail: urp@melo.it

Per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO): e-mail dpo1@sigesgroup.it – tel. 02/967181

IL MELO Onlus Gallarate  società cooperativa sociale	Nota informativa sul trattamento dei dati personali per SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ai sensi del Regolamento UE 679/2016 (GDPR) e del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.	Pag. 4 di 4 Informativa Servizi Residenziali e Semiresidenziali Rev. 1
---	--	--

Autorizzazione al Trattamento dei Dati (Regolamento EU 2016/679) relativa a

Il sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____
 in qualità di ☐ Interessato ☐ Familiare ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di Sostegno dell'ospite:

informato in data odierna della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679 del 2016, letta l'informativa sul trattamento dei dati personali, portato a conoscenza della necessità del conferimento dei dati richiesti e della acquisizione di ulteriori dati nel corso della prestazione:

AUTORIZZA a comunicare a terzi la presenza presso la struttura IL MELO per la finalità esclusiva di consentire il ricevimento di visite, messaggi e telefonate a me indirizzate

☐ **SI** ☐ **NO**

AUTORIZZA a comunicare alle sottoindicate persone i dati particolari (sensibili) relativi al mio stato di salute

☐ **SI** ☐ **NO**

	COGNOME e NOME	SI / NO	RECAPITO TELEFONICO
CONIUGE		☐ SI ☐ NO	
FIGLI		☐ SI ☐ NO	
ALTRI		☐ SI ☐ NO	
ALTRI		☐ SI ☐ NO	

AUTORIZZA a esporre o pubblicare, presso la struttura o sul sito internet, opuscoli, manifesti, newsletter, foto o filmati rappresentanti la propria persona scattate nel corso di particolari eventi come cene, feste, attività o gite

☐ **SI** ☐ **NO**

Il termine di conservazione di tali dati coincide con il periodo di permanenza presso la struttura cessato il quale, a meno di obblighi di conservazione di legge, i dati verranno distrutti.

Luogo, data

Firma

.....

In caso di soggetto analfabeta, apporre il segno X nello spazio riservato alla firma. Il familiare o il soggetto accompagnatore deve compilare la parte sottostante.

In caso di soggetto fisicamente impossibilitato alla firma ma capace di intendere e di volere, il familiare o il convivente o in mancanza il medico deve compilare il modulo sottostante

Io sottoscritto (nome) _____ (cognome) _____, recapito telefonico _____
 in qualità di _____,

in relazione alla condizione di ☐ analfabetismo ☐ impedimento fisico del paziente sopra indicato,

dichiaro di aver assistito alla consegna dell'informativa ed alla manifestazione del consenso da parte del paziente

☐ mediante apposizione del segno X nello spazio riservato alla firma ☐ in forma orale

Data.....

Firma

PROFILO SANITARIO SIG./RA _____

Peso kg _____ Altezza cm _____ PA _____ FC _____

CONNOTAZIONI FISIOPATOLOGICHE

NUTRIZIONE

- ☐ Sovrappeso
- ☐ Malnutrizione
- ☐ Deperimento organico
- ☐ Cachessia neoplastica

EVACUAZIONE

- ☐ Incontinenza urinaria
- ☐ Incontinenza fecale
- ☐ Stipsi/diarrea

PROFILO METABOLICO

- ☐ Intolleranza glicidica
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Iperuricemia
- ☐ Ipoproteinemia
- ☐ Uremia
- ☐ Alterazioni elettrolitiche

DIPENDENZE

- ☐ Potus
- ☐ Tabagismo
- ☐ Bulimia/Anoressia
- ☐ Farmacodipendenza

SONNO

- ☐ Insonnia non trattata
- ☐ Ipnoinduzione

MOVIMENTO

- ☐ Sindrome ipocinetica
- ☐ Allettamento
- ☐ Deficit neuromotori
- ☐ Limitazioni apparato locomotore
- ☐ Limitazioni cardiorespiratorie
- ☐ Protesi e ausili

SENSORIALITÀ

- ☐ Ipovisione
- ☐ Ipoacusia

CUTE

- ☐ Ulcere trofiche
- ☐ Infezioni
- ☐ Parassitosi

PROFILO PSICOSOCIALE

- ☐ Nevrosi d'ansia
- ☐ Depressione
- ☐ Demenza
- ☐ Psicosi
- ☐ Epilessia
- ☐ TS
- ☐ Asocialità

Ha contratto infezione COVID-19? ☐ Sì ☐ No
Se sì, allegare copia del certificato di guarigione.

VACCINO COVID

☐ Sì ☐ No

Se No, ci sono controindicazioni?

ALLERGIE _____ INTOLLERANZE _____

TERAPIE IN ATTO

OSSIGENOTERAPIA

☐ continuativa

☐ di supporto

☐ O₂ liquido portatile

MEDICAZIONI

☐ continuative

☐ occasionali

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

☐ continuativa

☐ occasionale

MEDICO CURANTE

dott. _____ Tel. _____



NOTE ANAMNESTICHE

in caso di affezioni pregresse o in atto, darne succinto resoconto

Affezioni cardiovascolari ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Affezioni respiratorie ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Affezioni dell'apparato digerente ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Affezioni dell'apparato urogenitale ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Affezioni del sistema nervoso centrale ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Diagnosi accertata di Morbo di Alzheimer rilasciata da _____

Patologie del sistema nervoso periferico ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Esiti neuromotori ☐ No ☐ Pregressi ☐ In atto _____

Patologie muscolo-scheletriche ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Limitazioni funzionali mioosteoarticolari ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Malattie endocrino-metaboliche ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

Deficit sensoriali ☐ No ☐ Pregressi ☐ In atto _____

Patologie di altri apparati ☐ No ☐ Pregresse ☐ In atto _____

COMPENSO CLINICO ☐ stabilizzato ☐ precario

ULTIMO PROFILO EMATOCHIMICO DISPONIBILE IN DATA _____

ULTIMO EVENTUALE RICOVERO OSPEDALIERO IN DATA _____

EVENTUALI CENTRI E/O SERVIZI CLINICI DI RIFERIMENTO _____

INDICAZIONI CLINICHE E SUGGERIMENTI DEL MEDICO CURANTE

compilato in data _____ dal Dott. (timbro e firma) _____

DOCUMENTI NECESSARI PER PRESENTAZIONE DOMANDA DI RICOVERO IN RSA

- Fotocopia **FRONTE e RETRO** nuova TESSERA SANITARIA (Carta regionale dei Servizi)
- Fotocopie TESSERINI per ESENZIONE TICKET (per reddito, patologia, invalidità civile, ecc.)
- Fotocopia Verbale riconoscimento Invalidità Civile (modulo Regione Lombardia), se in possesso
- Fotocopia eventuali valutazioni neurologiche
- Fotocopia CODICE FISCALE
- Fotocopia CARTA IDENTITÀ

INDICARE INOLTRE (dati richiesti dalla Regione Lombardia):

SITUAZIONE ABITATIVA (AL DOMICILIO)

- ☐ Vive solo
- ☐ Vive con altro/i familiari/convivente
- ☐ Vive solo con badante
- ☐ Vive con altro/i familiari/convivente e badante
- ☐ Vive con altre persone non parenti e non partner
- ☐ Informazione non nota

PERCENTUALE INVALIDITA'

- ☐ Nessuna
- ☐ Tra lo 0 e il 33% compreso
- ☐ Tra il 34% e il 45% compresi
- ☐ Tra il 46% e il 66% compresi
- ☐ Tra il 67% e il 73% compresi
- ☐ Tra il 74% e il 99% compresi
- ☐ 100%
- ☐ Informazione non nota

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Pratica in itinere
- ☐ Informazione non nota

TIPO RICHIESTA DI RICOVERO

- ☐ Ricovero ordinario
- ☐ Ricovero di sollievo

SITUAZIONE ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE

- | | |
|---|---|
| ☐ A Domicilio senza alcuna assistenza | ☐ Ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale |
| ☐ A Domicilio con assistenza domiciliare Sad | ☐ Ospite nella stessa Rsa su pl non contrattualizzato |
| ☐ A domicilio con assistenza domiciliare Adi/voucher
socio-sanitario | ☐ Ospite in altra Rsa su pl non contrattualizzato |
| ☐ A domicilio con frequenza struttura sociale
diurna/semiresidenziale | ☐ Ospite in altra Rsa su pl a contratto |
| ☐ A domicilio con frequenza struttura socio-sanitaria
diurna/semiresidenziale | ☐ Ospite in struttura sociale |
| ☐ Ricoverato in struttura sanitaria per acuti | ☐ Ospite in altra tipologia di struttura socio-sanitaria |
| ☐ Ricoverato in struttura per cure intermedie | ☐ Informazione non nota |

TITOLARE DI...

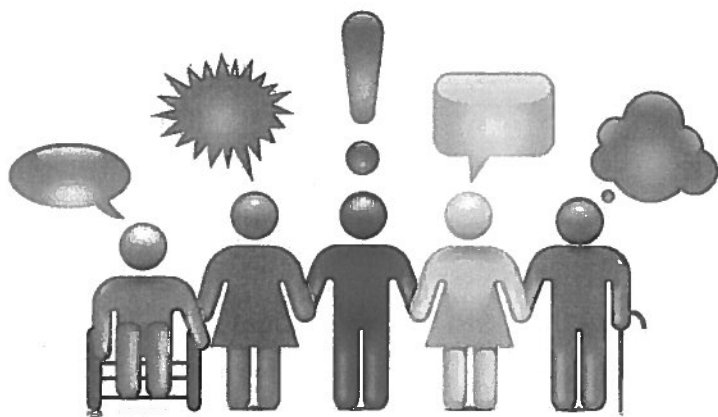
- ☐ Nessuna pensione
- ☐ Pensione anzianità/vecchiaia
- ☐ Pensione sociale
- ☐ Pensione di reversibilità
- ☐ Invalidità (se minore di 65 anni)
- ☐ Altre (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)

TITOLO DI STUDIO

- ☐ Nessun titolo (analfabeta)
- ☐ Licenza elementare
- ☐ Licenza di scuola media inferiore o avviamento
- ☐ Scuola professionale
- ☐ Diploma di scuola superiore
- ☐ Laurea

POSIZIONE PROFESSIONALE

- ☐ Pensionato – ha svolto lavoro dipendente
- ☐ Pensionato – ha svolto lavoro autonomo
- ☐ Non ha mai lavorato (casalinga)



UPT

UFFICIO PUBBLICA TUTELA

L'**Ufficio di Pubblica Tutela (UPT)** è un ufficio autonomo ed indipendente istituito dalle **Agenzie di Tutela della Salute (ATS, ex ASL)** e definito dalla **Regione Lombardia**, con DGR numero 10884 del 23 dicembre 2009, come lo strumento di **tutela delle persone che intendono usufruire delle prestazioni erogate dai servizi delle ATS e delle strutture sanitarie private e socio-sanitarie accreditate.**

UPT interviene perché siano resi effettivi e fruibili i **diritti degli utenti** previsti dalla legislazione nazionale e regionale verificando, inoltre, che siano rispettate le condizioni stabilite nelle Carte dei Servizi.

A tale scopo l'UPT:

- **Verifica** lo stato d'implementazione, attuazione, diffusione delle Carte dei Servizi;
- **Controlla** i servizi e compie controlli sulle prestazioni erogate, per gli aspetti riguardanti l'informazione e l'umanizzazione delle prestazioni;
- **Interviene** affinché si realizzi un accesso informato ai servizi;
- È in stretto collegamento con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di ATS e l'Ufficio di Protezione Giuridica (UPG).

Tutti i cittadini possono inoltrare reclami per segnalare disservizi, criticità o limitazioni nella fruizione delle prestazioni

L'ufficio di Pubblica Tutela ha sede in **Via O. Rossi, 9 - Varese**

Per chiedere l'intervento e/o un incontro con il Responsabile:

Tel. 0332 277 544 / e-mail: pubblicatutela@ats-insubria.it

chiamare dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 10.00

oppure lasciare un messaggio in segreteria.

Responsabile: Luca Croci

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ATS Insubria