



Fondazione  
Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus  
Bedizzole

## Richiesta di Ammissione CDI

M.AMM/4  
Rev.09 02/20

Via Sonvigo, 22 - 25081 BEDIZZOLE (BS)  
C.F. 84001410178 P.IVA 00804850980  
TEL. 030/674377 – FAX 030/6870431  
info@csabedizzole.it  
www.csabedizzole.it

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

### **RICHIESTA DI AMMISSIONE CENTRO DIURNO INTEGRATO**

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_  
NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
NUMERO DI TELEFONO PRINCIPALE \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

CHE IL/LA SIG./RA \_\_\_\_\_  
NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ ESENZIONI \_\_\_\_\_  
TESSERA SANITARIA (CODICE ASSISTITO) \_\_\_\_\_

### **VENGA AMMESSO**

PRESSO IL CENTRO DIURNO INTEGRATO DI BEDIZZOLE

**A TALE SCOPO DICHIARA:**

- 1) DI ESSERE A CONOSCENZA E DI ACCETTARE SENZA ECCEZIONE O RISERVA, IL  
REGOLAMENTO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO;
  
- 2) DI ESSERE A CONOSCENZA CHE LA RETTA POTRA' ESSERE VARIATA, A GIUDIZIO  
INSINDACABILE, DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE;

DATA

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ DICHIARA  
DI OBBLIGARSI PERSONALMENTE AL PAGAMENTO DELLA RETTA DEL SIG.  
\_\_\_\_\_ NONCHE' DI TUTTE LE SPESE  
SOSTENUTE DA CODESTA AMMINISTRAZIONE PER CONTO DEL PREDETTO OSPITE  
NON COMPRESSE NELLA RETTA GIORNALIERA.

DATA

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARENTI DI RIFERIMENTO**

<b>NOMINATIVO</b>	<b>GRADO DI PARENTELA</b>	<b>TELEFONO (cellulare + fisso)</b>	<b>INDIRIZZO e-mail</b>

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI AMMISSIONE:**

- 1) VALUTAZIONE CLINICO FUNZIONALE (CERTIFICATO MEDICO);
- 2) AUTOCERTIFICAZIONE RESIDENZA E STATO DI FAMIGLIA (ALLEGATO A/B O ALTRO DOCUMENTO RILASCIATO DA UFFICI COMUNALI);
- 3) CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI;
- 4) COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA'/ PATENTE / PASSAPORTO (INTERESSATO E RICHIEDENTE);
- 5) COPIA TESSERA SANITARIA ED EVENTUALI ESENZIONI;
- 6) COPIA ACCOMPAGNAMENTO / INVALIDITA' O COPIA DELLA DOMANDA PRESENTATA;
- 7) QUESTIONARIO PER DATI INTEGRATIVI SOSIA
- 8) VALUTAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI SOLO PER I RESIDENTI A BEDIZZOLE.

NOTE:

---

---

---

---

## STATO GIURIDICO DEL SOGGETTO CHE VERRA' AMMESSO IN CDI

- Soggetto capace di intendere e volere       SI       NO
- Soggetto interdetto     SI     NO ( Se SI allegare verbale di interdizione con nomina del tutore)
- Soggetto inabile       SI     NO ( Se SI allegare verbale di nomina del curatore)
- Soggetto con amministratore di sostegno  
 SI     NO ( Se SI allegare verbale di nomina)

### DICHIARAZIONE

\_\_I sottoscritto\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
attesta di aver ricevuto informativa sulla tutela della persona fragile con limitate capacità di agire.

Firma

\_\_\_\_\_

**Si consegnano ai richiedenti sopra specificati al momento di compilazione della domanda di ingresso i documenti di seguito elencati:**

- **Informativa sulla tutela della persona fragile**
- **Protocollo per ammissione ospiti**
- **Carta dei Servizi C.D.I.**
- **Codice Etico**
- **Parte Generale del Modello Organizzativo D.Lgs. 231/2001**
- **Importo rette in essere**
- **Contratto di Ingresso**
- **Normativa Consenso informato**

DATA

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Fondazione  
Casa di Soggiorno per Anziani-Onlus  
Bedizzole

## VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE

(Riservata al Medico di Medicina Generale/Medico di Reparto)

Cognome Nome \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Attività avanzate della vita quotidiana (I.A.D.L.)

(SI: funzione conservata ; NO: funzione persa)

Capacità di usare il telefono	SI	NO	Biancheria	SI	NO
Fare acquisti	SI	NO	Utilizzo mezzi di trasporto	SI	NO
Preparazione del cibo	SI	NO	Responsabilità nell'uso dei farmaci	SI	NO
Governo della casa	SI	NO	Capacità di maneggiare il denaro	SI	NO

### Attività di base

(Grado di autonomia nelle attività di base)

A: Indipendente; B: piccolo aiuto/supervisione; C: elevata dipendenza; D: totale dipendenza

	A	B	C	D
Alimentazione (se c'è bisogno di tagliare cibo=aiuto)				
Abbigliamento (capacità di vestirsi correttamente)				
Toilette personale (capacità di curare il proprio aspetto fisico)				
Fare il bagno e/o la doccia senza aiuto				
Controllo sfintere e vescica				
Trasferimenti letto-sedia e viceversa				
Uso della toilette (asciugarsi, far scorrere l'acqua)				
Camminare in piano				
Salire e scendere le scale				

### Profilo cognitivo e comportamentale:

funzioni corticali superiori:

Funzione	Normale	Deficit		
		Lieve	Moderato	Grave
Memoria				
Orientamento spaziale				
Orientamento nel tempo				
Giudizio critico				
Linguaggio/comprensione				
Riconoscimento persone				

## Disturbi del comportamento

	Assente	Lieve	Moderato	Grave		Assente	Lieve	Moderato	Grave
Deliri					Depressione				
Wandering					Anoressia				
Aggressività					Irritabilità				
Allucinazioni					Insomnia				

## STATO DI SALUTE SOMATICA INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

<b>Apparato</b>	<b>Gravità *</b>				
CARDIOPATIE (aritmica, ischemica, valvolare) Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
IPERTENSIONE ARTERIOSA Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
VASCULOPATIE PERIFERICHE Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
EMOPATIE (anemie, mielopatie, ecc.) Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE RESPIRATORIE Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE ORGANI SENSORIALI Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE GASTROENTERICHE Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE EPATICHE E VIE BILIARI Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE RENALI Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE GENITO-URINARIE Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE MUSCOLO-SCHELETRICHE E CUTANEE Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE DEL SNC E PERIFERICO Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE Diagnosi: _____	1	2	3	4	5
PATOLOGIE PSICHIATRICHE Diagnosi: _____	1	2	3	4	5

\* 1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave.

## TERAPIE IN CORSO

---



---



---



---



---

## FATTORI DI GRAVITA'

<b>Ausili movimento</b>	si	no	bastone	carrozzina	<b>Alimentazione artificiale</b>	si	no	SNG	PEG	parenterale	
<b>Incontinenza</b>	si	no	pannolone	cat. vesc	<b>Insuff respiratoria</b>	si	no	6 ore	cost	ventilazione	
<b>Diabete</b>	si	no	dieta	-ipoglicem -insulina	<b>Dialisi</b>	si	no	peritoneale	extracorporea		
<b>Decubiti</b>	si	no	n °	<b>Protezione</b>	si	no	<b>Cadute</b>		no	si	n °

Malattie infettive contagiose :

- NO
- SI (quali) \_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA  
DEL MEDICO**

\_\_\_\_\_





**DICHIARAZIONE CUMULATIVA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Art. 2 legge 15/68, come modificato all'art. 3 comma 10, legge 127/97, e succ. DPR 445/2000 art. 46-47-75-76)**

IO SOTTOSCRITT\_ \_\_\_\_\_  
NAT\_ A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

DI ESSERE NAT\_ A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_  
DI ESSERE RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
DI GODERE DEI DIRITTI POLITICI E DI ESSERE TUTTORA VIVENTE.

DI ESSERE:

- CELIBE
- NUBILE
- CONIUGAT\_
- VEDOV\_
- DIVORZIAT\_

LA MIA FAMIGLIA E' COSI' COMPOSTA:

N.	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma



Fondazione  
Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus  
Bedizzole

Allegato B

**DICHIARAZIONE CUMULATIVA SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(Art. 2 legge 15/68, come modificato all'art. 3 comma 10, legge 127/97, e succ. DPR 445/2000 art. 46-47-75-76)**

IO SOTTOSCRITTO/SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_  
IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_

DICHIARA CHE

IL LA SIG./RA \_\_\_\_\_  
NATO/A A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_  
E' TUTTORA VIVENTE  
RISIEDE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_  
E GODE DEI DIRITTI POLITICI

IL LA SIG./RA E':

- CELIBE
- NUBILE
- CONIUGAT\_
- VEDOV\_
- DIVORZIAT\_

LA FAMIGLIA DEL/LA SIG./RA E' COSI' COMPOSTA:

N.	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA


Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma

 <p>Fondazione Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus Bedizzole</p>	<p><b>Informativa Sul Trattamento dei Dati PRIVACY (Richiesta d'ingresso)</b></p>	<p>M.AMM/16 Rev.05 02/20</p>
---	---	----------------------------------

**Gentile Signora/Egregio Signore,**

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679 del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, di seguito "Regolamento"), la **Fondazione CASA DI SOGGIORNO PER ANZIANI Onlus di Bedizzole**, in qualità di Titolare del trattamento dei Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare"), Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari nonché dati relativi alla salute della persona.

**1. Titolare del trattamento:**

Il Titolare del Trattamento, ai sensi degli artt. 4 e 24 del Reg., è la **Fondazione Casa Di Soggiorno Per Anziani Onlus** di Bedizzole, Via Sonvigo, 22, 25081 Bedizzole (BS)

**2. Responsabile della Protezione dei dati (o Data Protection Officer)**

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO) ai sensi dell'art. 37 del Reg. è contattabile al seguente indirizzo e-mail: [ufficiodpo@csabedizzole.it](mailto:ufficiodpo@csabedizzole.it)

**3. Finalità e base giuridica del trattamento**

I dati personali conferiti che riguardano Lei o la persona su cui esercita la responsabilità, forniti da Lei o da suoi delegati, saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle seguenti finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

- a) gestione delle liste d'attesa per l'accesso ai servizi forniti dalla struttura;
- b) attività amministrative e contabili in adempimento agli obblighi di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili.

La base giuridica del trattamento dei dati da Lei conferiti è l'art. 6 del Reg., esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, adempimento di obblighi legale. Per il trattamento di dati "**particolari**", relativi allo stato di salute, la base giuridica del trattamento dei dati è il consenso, art. 9 co. 2 lett. a) del Reg.

**4. Categorie di dati**

Ai fini dell'indicato trattamento, il Titolare potrà venire a conoscenza di dati, a titolo esemplificativo, identificativi dell'interessato (nome e cognome, indirizzo, telefono, cellulare, PEC, e-mail, etc.), dati particolari (es. stato di salute), i quali saranno trattati nei limiti ed esclusivamente per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

**5. Conseguenze del mancato conferimento dei dati o del mancato consenso al trattamento dei dati personali**

Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità sopraindicate, il loro eventuale mancato conferimento potrebbe rendere impossibile procedere con alcuni trattamenti, come quelli strettamente connessi all'adempimento della prestazione dei servizi da Lei richiesti.

**6. Conservazione dei dati personali**

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati in ottemperanza a quanto statuito dall'art. 5 comma 1 lett. e) del Regolamento, in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità sopra indicate, per le quali i dati personali sono trattati o per il tempo strettamente necessario all'adempimento di obblighi di legge. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia".

**7. Modalità e logica del trattamento**

Sia i dati particolari che i dati comuni vengono trattati sia attraverso strumenti informatici, sia attraverso la raccolta dei documenti in tradizionali fascicoli, schede e archivi cartacei, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

## 8. Categorie di soggetti terzi ai quali potrebbero essere comunicati i dati

I dati di natura personale e quelli appartenenti a categorie particolari, potranno essere comunicati a destinatari, che tratteranno i dati in qualità di responsabili (art. 28 del Reg.) e/o in qualità di persone autorizzate al trattamento dei dati che agiscono sotto l'autorità del Titolare e/o del Responsabile (art. 29 del Reg. UE 2016/679), per le finalità indicate al punto 3. Precisamente, i dati saranno comunicati a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 del Reg. in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema ecc.);
- Organismi sanitari pubblici e privati, altri organismi del Servizio Sanitario Nazionale, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

L'elenco dei Responsabili del trattamento è costantemente aggiornato e disponibile presso la sede della Fondazione.

## 9. Trasferimento dei dati personali verso un paese terzo e/o un'organizzazione internazionale

Nessun dato personale dell'Utente verrà trasferito a un paese terzo al di fuori della Unione Europea o ad Organizzazioni Internazionali.

## 10. Fonte

Si informa che la raccolta di dati personali e particolari è rinvenibile nella domanda e nella relativa documentazione allegata, fornita alla Fondazione e presentata dall'interessato o soggetti che esercitano la responsabilità (parente, amministratore di sostegno, delegati).

## 11. Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 15 e ss. del GDPR, l'interessato ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- l'opposizione al trattamento;
- la portabilità dei dati nei termini di cui all'art. 20 cit.;

qualora il trattamento sia basato sull'articolo 6, paragrafo 1, lettera a), oppure sull'articolo 9, paragrafo 2, lettera a), cit. la revoca del consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, l'interessato che ritenga che il trattamento che lo riguarda violi il Regolamento, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione (art. 77 cit.).

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

**OPPURE**

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

### In qualità di

[ ] familiare [ ] convivente [ ] curatore familiare [ ] tutore [ ] amministratore di sostegno

Del Sig/ra \_\_\_\_\_

**Letta e compresa, l'informativa che precede, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679**

acconsente

non acconsente

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa che precede, nonché alla comunicazione dei dati personali comuni e sensibili ai soggetti ivi indicati.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**COGNOME NOME:** \_\_\_\_\_

**STATO CIVILE:**

- CELIBE/NUBILE
- CONIUGATO/A
- DIVORZIATO/A
- SEPARATO/A
- VEDOVO/A

**PAGAMENTO DELLA RETTA:** \_\_\_\_\_

**INIZIATIVA DELLA DOMANDA:** \_\_\_\_\_

**Aspetti sociali**

- La persona per la quale è stata inoltrata la domanda di ricovero è coadiuvata nello svolgimento delle proprie attività dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) del Comune di Residenza?

- SI
- NO

Se SI prega di far compilare la presente relazione all'assistente sociale; in caso contrario può essere compilata dal familiare.

Le notizie riportate sono fornite da (indicare parentela e n. di telefono)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il principale fornitore di assistenza è (indicare il grado di parentela ed indirizzo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONVIVENZA**

La persona vive con                      O coniuge    O figlio/a    O solo/a    O altri parenti    O altro

La persona ha cambiato negli ultimi anni la propria residenza?

- SI
- NO

Se SI indicare presso chi e quando è avvenuto il trasferimento e indicare brevemente le motivazioni.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N. FIGLI MASCHI: \_\_\_\_\_  
N. FIGLIE FEMMINE: \_\_\_\_\_

**PROVENIENZA OSPITE:** o ABITAZIONE o STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_

**GRADO DI ISTRUZIONE:**

- ANALFABETA
- ELEMENTARI
- MEDIE INFERIORI
- SCUOLA PROFESSIONALE
- DIPLOMA
- LAUREA

**SITUAZIONE PENSIONISTICA:**

- 0 NESSUNA
- 1 ANZIANITA'/VECCHIAIA
- 2 SOCIALE
- 3 TIPOLOGIA SPECIALE (GUERRA)
- 4 REVERSIBILITA'
- 5 INVALIDITA'

**PROFESSIONE ALL'INGRESSO:**

- LAVORO RETRIBUITO (SPECIFICARE QUALIFICA MANSIONE): \_\_\_\_\_
- NON LAVORA MA HA LAVORATO- (SPECIFICARE CONDIZIONE AL MOMENTO DELL'INGRESSO ES. CASALINGA, PENSIONATO, INVALIDO, DISOCCUPATO): \_\_\_\_\_
- NON HA MAI LAVORATO- (SPECIFICARE CONDIZIONE AL MOMENTO DELL'INGRESSO, ES. CASALINGA, PENSIONATO, INVALIDO, DISOCCUPATO): \_\_\_\_\_

PROFESSIONE MAGGIORMENTE SVOLTA: \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA (CODICE ASSISTITO) \_\_\_\_\_

**ESENZIONE TICKET:**

ESENZIONE TICKET: SI NO SE SI SPECIFICARE CODICE: \_\_\_\_\_  
DATA SCADENZA ESENZIONE \_\_\_\_\_

**INVALIDITA' CIVILE:**

- SI - NO SE SI ALLEGARE VERBALE ASL/INPS  
SE NO INDICARE SE E' STATA PRESENTATA DOMANDA o


**ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:**

- SI - NO SE SI € \_\_\_\_\_

**CAPACITA' GIURIDICA:**

- CAPACE DI INTENDERE E VOLERE
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE PROVVEDIMENTO NOMINA O RICHIESTA)
- CURATORE/TUTORE (ALLEGARE PROVVEDIMENTO NOMINA O RICHIESTA)

FIRMA: \_\_\_\_\_

 <p>Fondazione Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus Bedizzole</p>	<p><b>Informativa Tutela Persona Fragile</b></p>	<p>M.AMM/19 Rev.01 02/17</p>
---	--	----------------------------------

Nel nostro ordinamento giuridico la tutela delle situazioni di fragilità, dopo il raggiungimento della maggiore età, può essere attuata attraverso tre diverse misure di protezione giuridica:

- **Interdizione:** presuppone una condizione di infermità assoluta ed abituale e comporta la nomina di un Tutore, 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.
- **Inabilitazione:** presuppone una condizione di infermità parziale o situazioni sociali tali da mettere a rischio gli interessi della persona e comporta la nomina di un curatore per il compimento di atti di straordinaria amministrazione. L'inabilitato ha quindi una incapacità legale relativa.
- **Amministrazione di Sostegno** (introdotta nel nostro ordinamento con la Legge 6/2004): presuppone una situazione di fragilità e permette 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...).

#### **Di seguito si forniscono alcune informazioni sull' 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 (AdS) può essere chiesta anche nei confronti del minore che si trovi nelle condizioni previste dall'art. 404 c.c. (ad esempio con invalidità civile riconosciuta) e in tal caso la domanda andrà presentata, al Giudice Tutelare competente, qualche mese 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.):

- l'interessato;
- i parenti entro il 4° grado in linea retta e collaterale, il coniuge, gli affini entro il 2° grado, e i conviventi stabili del beneficiario;
- il tutore o il curatore congiuntamente all'istanza di revoca dell'interdizione e inabilitazione;
- i responsabili dei servizi socio-sanitari direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona;
- il Giudice Tutelare d'ufficio ed il Pubblico Ministero.

Nel procedimento per la nomina dell'AdS 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 (per informazioni relative all' eventuale patrocinio gratuito a spese dello Stato rivolgersi all'Ordine degli Avvocati - Via San Martino della Battaglia n. 18 - tel. 030/41503).

#### **Contenuti del ricorso**

Il ricorso per l'AdS deve indicare:

- le generalità del ricorrente e del beneficiario;
- le ragioni per cui si chiede la nomina dell'AdS;
- l'eventuale nominativo della persona proposta come AdS;
- il nominativo e il domicilio - se conosciuti - del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario;
- le azioni il beneficiario è in grado di compiere da solo/con l'assistenza o con la rappresentanza esclusiva dell'AdS.

Al ricorso è necessario allegare la seguente documentazione:

- Stato di famiglia della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell'AdS;
- Marca da bollo (attualmente €27,00)
- Certificato medico o copia di documentazione clinica/ medico legale della persona beneficiaria
- Copia verbale di invalidità
- Copia libretto/i di pensione, busta paga e altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria
- Estratti conto bancari della persona beneficiaria
- Copia dei rogiti notarili o dei contratti di locazione riguardanti le consistenze immobiliari della persona beneficiaria
- Copia ultima dichiarazione dei redditi della persona beneficiaria
- Fotocopia di un documento di identità del ricorrente e della persona beneficiaria e della persona individuata come AdS, se diversa dal ricorrente
- Dichiarazione medica dell'eventuale impossibilità della persona beneficiaria a presenziare all'udienza neppure in ambulanza

### **Procedimento (scelta – nomina- revoca)**

Il Giudice Tutelare competente per territorio, cioè il magistrato del luogo dove il beneficiario ha la sua residenza o domicilio (art. 404 c.c.), ricevuto il ricorso, 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 AdS (se diversa dal ricorrente); possono partecipare anche le persone indicate nel ricorso dalle quali ritenga utile acquisire informazioni.

Con decreto motivato, immediatamente esecutivo, il Giudice Tutelare provvede alla nomina dell'AdS (nei casi urgenti è possibile anche la nomina di un AdS provvisorio); tale nomina su richiesta motivata delle persone previste dalla legge, può, con decreto motivato anche essere revocata.

Nel decreto di nomina, che riporta le generalità della persona beneficiaria e dell'AdS, viene definito quanto segue:

- 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);
- gli atti che l'AdS ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario;
- gli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'AdS
- i limiti anche periodici delle spese che l'AdS può sostenere con l'utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere disponibilità;
- la periodicità con cui l'AdS deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario.

### **Compiti e doveri dell'AdS**

L'AdS ha il dovere di agire nell'interesse della persona che rappresenta, amministrandone diligentemente il patrimonio ed assumendo le opportune decisioni relative alla cura ed all'assistenza in collaborazione, ove possibile, con i servizi di cura e supporto.

Nello svolgimento dei suoi compiti l'amministratore di sostegno deve tener conto dei bisogni, delle aspirazioni e delle volontà espressi dalla persona beneficiaria.

Dovrà annualmente fornire una relazione al Giudice tutelare circa le attività svolte ed il patrimonio amministrato e dovrà chiedere autorizzazione al giudice ogni qual volta debba compiere un atto straordinario.

#### Per informazioni è possibile contattare:

- L'Ufficio Protezione Giuridica dell'ATS Brescia "Struttura per la Tutela"  
tel. 030/383-8075/-9035  
e-mail: [strutturatutela@ats-brescia.it](mailto:strutturatutela@ats-brescia.it)  
Sito: [www.ats-brescia.it](http://www.ats-brescia.it) nel MENU della pagina dedicata ai CITTADINI sezione Ufficio Protezione Giuridica (dove sono reperibili anche il modello di ricorso e la Guida operativa)
- Gli operatori delle A.S.S.T. che hanno in carico la persona
- Il Servizio Sociale del Comune
- La rete degli sportelli di protezione giuridica i cui recapiti sono pubblicati sul sito dell'ATS di Brescia sezione Ufficio Protezione Giuridica



 <p>Fondazione Casa di Soggiorno per Anziani - Onlus Bedizzole</p>	<p><b>Protocollo per Ammissione Ospiti C.D.I.</b></p>	<p>D.CM/10bis Rev.00 09/17</p>
--	---	------------------------------------

## DEFINIZIONE

Il Protocollo individua i criteri per la definizione della lista di attesa per l'accesso ai posti del C.D.I.

## OBIETTIVI

Il Protocollo ha la finalità di garantire ai potenziali utenti anziani trasparenza, tempestività e appropriatezza nell'accesso ai posti letto nel rispetto delle norme statutarie che prevedono una priorità per i residenti nel Comune di Bedizzole.

## DESTINATARI

I destinatari del presente protocollo sono gli anziani CON MINIMO 65 ANNI D' ETA' con compromissione dell'autosufficienza ed anziani affetti da demenza. Su posto "accreditato a contratto" possono accedere alla graduatoria anche soggetti con età minore a 65 anni purchè in possesso di deroga scritta da parte dell'ASL competente per territorio.

## DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE E VALIDITA' DELLA DOMANDA

Per accedere alla graduatoria è necessario presentare la domanda, che si ritira presso l'ufficio Amministrativo della Fondazione o scaricabile dal sito web all'indirizzo [www.csabedizzole.it](http://www.csabedizzole.it), completa in ogni sua parte e corredata dagli allegati consegnata agli uffici amministrativi per il protocollo. **La domanda ha validità 12 mesi** a decorrere dalla data di presentazione, può essere rinnovata anche verbalmente entro 15 giorni dalla data di scadenza per ulteriori 12 mesi previa presentazione di nuovo certificato medico, decorso tale termine non è più rinnovabile verrà quindi cancellata dalla lista d'attesa così come nel caso di rifiuto per tre volte consecutive; per essere nuovamente inseriti in lista d'attesa è necessario ripresentare la domanda completa della modulistica.

## CRITERI PER LA GRADUTORIA:

- Accesso secondo tipo di patologia: la documentazione sanitaria viene visionata dalla Direzione Sanitaria al fine di stabilire l'idoneità all'accesso
- Ordine cronologico di ingresso: fa fede il protocollo sulla domanda
- Priorità ai cittadini Bedizzolesi: all'interno della Fondazione è presente uno statuto che stabilisce che venga, a parità di patologia e di data, garantita la precedenza ad un residente nel comune di Bedizzole
- Priorità alle segnalazioni da parte di Ospedali, servizi di dimissione protette e/o servizi sociali territoriali: questo al fine di garantire una maggiore tutela a quelle situazioni di particolare fragilità sul territorio

In caso di convocazione della famiglia da parte della Fondazione, questa verrà riportata sul frontespizio della domanda stessa specificando giorno/mese/anno e risposta della famiglia.

Tali criteri sono stati stabiliti dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione e possono subire eventuali variazioni su indicazione del medesimo.