



Casa dei Ciechi Ricordone
Triage Socio-Sanitario
Soggiorni lunga degenza
Soggiorni temporanei
Centro Alzheimer
Centro Diurno

DOMANDA D'AMMISSIONE CENTRO DIURNO

CASA DEI CIECHI

La Casa dei Ciechi è una struttura aperta a tutti gli anziani, specializzata nella cura di persone con disturbi sensoriali e/o cognitivi. Offre numerose soluzioni per rispondere al meglio ai diversi bisogni dell'individuo. In primo luogo, attraverso un triage socio-sanitario, viene fornita una consulenza volta a progettare un percorso terapeutico adeguato alla persona, attivando la rete interna dei servizi della Casa dei Ciechi o eventualmente quella esterna.



I servizi offerti includono:

- Casa Anziani: soggiorni di lunga degenza e temporanei
- Centro Alzheimer: soggiorni di lunga degenza
- Centro Diurno Terapeutico

CENTRO DIURNO CERESIO

Situato al terzo piano della Casa dei Ciechi, il Centro offre un servizio semi-residenziale ad un massimo di quindici utenti. È aperto dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 17.00.

Essendo un centro medicalizzato, è in grado di proporre le stesse prestazioni di cura della casa per anziani, mentre il medico di riferimento rimane il proprio di famiglia. È un luogo in cui l'anziano trova accoglienza, assistenza e attività di socializzazione durante la giornata per poi tornare a casa propria la sera. L'équipe pone particolare attenzione nella prevenzione di disagi psico-fisici dovuti alla fragilità caratteristica della terza e quarta età.

Alle famiglie viene offerto un sostegno nella gestione del congiunto allo scopo di evitarne, ritardarne o prepararne il trasferimento definitivo in istituto. Il trasporto è a carico dell'utente; vi è la possibilità di rivolgersi ai numerosi servizi di trasporto disponibili sul territorio oppure di richiedere questo servizio alla struttura.

CONTATTI

STAC – CASA DEI CIECHI

Via Torricelli 45
6900 Lugano
Tel.: +41 91 913 67 00
Fax: +41 91 913 67 13
www.stac-lugano.ch
info@stac-lugano.ch



Fabrizio Greco

Direttore

Tel.: +41 91 913 67 00

e-mail: fabrizio.greco@stac-lugano.ch

FILOSOFIA

La nostra filosofia si ispira alle teorie educative di Maria Montessori, adattandole alle specificità dell'anziano. Fondamentale appare la conoscenza e l'osservazione della persona, il rispetto della sua biografia e dell'auto biografia, al fine di promuovere l'autodeterminazione e la fiducia in se stessi. Gli spazi di vita ed il suo arredo sono pensati per permettere la maggiore autonomia possibile, ma nello stesso tempo devono legarsi ad un vissuto affettivo dell'anziano.

Il nostro approccio si suddivide in 3 elementi:

LA PERSONA: il metodo Montessori adattato sostiene la qualità della vita, considera ogni persona come un individuo, onorando la sua storia, esperienze, relazioni e capacità. La parola chiave è: **“lasciami autodeterminarmi”**.



L' AMBIENTE: l'approccio fornisce ambienti facilitanti, sapientemente preparati in modo da favorire l'indipendenza e l'autostima. L'obiettivo è **“aiutami a fare da solo”**.

LE ATTIVITA': sono personalizzate, i programmi e le routine vengono create e presentate in base alle esigenze del singolo, attraverso l'identificazione di punti di forza, capacità, abilità e interessi della persona. Lo scopo è quello di perseguire l'**“indipendenza dell'anziano”**.



DOMANDA D'AMMISSIONE PARTE 1: DOCUMENTI DI TIPO SANITARIO



Al fine di convalidare la richiesta d'ammissione, vi preghiamo di volerci ritornare la seguente documentazione debitamente compilata:

- a. ALLEGATO 1 - Raccolta Dati;
- b. ALLEGATO 2 - Certificato medico;
- c. Vi preghiamo inoltre di fornirci:
 - a. l'ultimo rapporto medico, anche di eventuali ricoveri recenti, che includa diagnosi e terapie aggiornate;
 - b. eventuali direttive anticipate.

Rimaniamo volentieri a vostra completa disposizione per ulteriori informazioni.

CONTATTI



Hurija Dzafic

Responsabile delle cure

Tel.: +41 91 913 67 41

e-mail: hurija@stac-lugano.ch

ALLEGATO 1: RACCOLTA DATI

Casa dei Ciechi Ricordone
Triage Socio-Sanitario
Soggiorni lunga degenza
Soggiorni temporanei
Centro Alzheimer
Centro Diurno

SOGGIORNO LUNGA DEGENZA O TEMPORANEO

Cognome Data di nascita

Nome Luogo di nascita

Soprannome Stato civile

DATI PERSONALI

Lingua madre

Scuole e titolo di studio

Professioni svolte

Motivo ev. interruzione studi/lavoro (es. malattia, pensione)

Luogo dove ha vissuto

Dove le piace stare mare montagna città altro

Ricordi legati ad un luogo (es. dove le piacerebbe stare)

.....

DATI FAMILIARI ATTUALI

Com'è composto il nucleo familiare (figli, nipoti,...).....

.....

Rapporti preferenziali con

Riceve visite si no regolarmente si no quando

INFORMAZIONI SUI PARENTI

Genitori viventi si no

Ricordi legati a loro si no Di che tipo

Educazione ricevuta (es. autoritaria, solo materna, abitato con i nonni,...)

.....

Fratelli e sorelle si no nomi

Tuttora in vita si no

Ricordi legati a loro si no Di che tipo

Tipo di rapporto / esperienze rilevanti (es. vivevano insieme, erano legati,...)

.....

DESCRIZIONE DEL CARATTERE

- | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> introverso | <input type="checkbox"/> solitario | <input type="checkbox"/> spiritoso | <input type="checkbox"/> solare | <input type="checkbox"/> intraprendente |
| <input type="checkbox"/> estroverso | <input type="checkbox"/> socievole | <input type="checkbox"/> riflessivo | <input type="checkbox"/> aggressivo | <input type="checkbox"/> burbero |
| <input type="checkbox"/> autoritario | <input type="checkbox"/> allegro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ha un oggetto a cui è affezionato in modo particolare? si no

Quale

Ha paure particolari? si no

Quali

Come vengono gestite le situazioni di crisi (es. tranquillizzare attraverso ricordi, racconti,...).....

.....
.....

CURA DI SE'

Come porta i capelli

È in grado di lavarsi da sola con aiuto no note:

Fa il bagno si no con aiuto frequenza:

Fa la doccia si no con aiuto frequenza:

Usa creme, quali

Allergie particolari

Parrucchiere	Trucco	Profumo	Talco	Barba/baffi	Manicure/pedicure
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

RELIGIONE

Di tipo

Partecipa alle funzioni si no

Prega si no

Frequenza

ALIMENTAZIONE

Ama cucinare si no

Abitudini alimentari

Cibi preferiti

Allergie/intolleranze si no

Vino/liquori si no

Caffè si no

Tè si no

Bevande preferite Quando le beve

DORMIRE

A che ora va a dormire Riposa al pomeriggio si no quando

Dorme: tutta la notte intermittente agitata tranquilla

Usa: pigiama camicia da notte maglietta

Abitudini: luce accesa preghiera serale finestre porte

Usa medicinali si no regolarmente si no quali

ABBIGLIAMENTO

Abiti preferiti

Colori preferiti

Accessori

Altro

Occhiali	Bigiotteria	Gioielli	Freddolosa	Calorosa
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

ATTIVITÀ MANUALI

falegname meccanico bricolage orto lavori a maglia

fiori attività preferita ultimamente:

ATTIVITÀ DOMESTICHE

È in grado di:

- | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pulire | <input type="checkbox"/> cucinare | <input type="checkbox"/> cucire | <input type="checkbox"/> spolverare | <input type="checkbox"/> apparecchiare |
| <input type="checkbox"/> stirare | <input type="checkbox"/> riordinare | <input type="checkbox"/> lavare i piatti | <input type="checkbox"/> scopare | <input type="checkbox"/> curare i bambini |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

ANIMALI

- Le piacciono si no quali ?
- Ne possiede si no
- È allergico si no
- Ne ha paura si no

VISIVO E Uditivo

- | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fotografia | <input type="checkbox"/> diapositive | <input type="checkbox"/> andare per negozi | <input type="checkbox"/> comizi | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cinema | genere: | | | |
| <input type="checkbox"/> teatro | genere: | | | |
| <input type="checkbox"/> concerti | genere: | | | |
| <input type="checkbox"/> TV | canale: | | ora: | |
| <input type="checkbox"/> radio | canale: | | ora: | |

RELAZIONI

- Amicizie si no quali ?
- Volontariato si no
- Gruppi d'incontro si no
- Altro si no

CONVERSAZIONE

Fa conversazione	Va al bar	Usa il telefono	Corrispondenza
<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

Altro

GIOCHI

Giochi di società si no quali ?
 Carte da gioco si no
 cruciverba dama scacchi altro:

VIAGGIARE

Guida auto o altri veicoli si no Soffre il mal d'auto si no
 Utilizza i mezzi pubblici si no
 Parteciperebbe a: gite escursioni passeggiate altro:

HOBBY

Cucire <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ricamare <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Dipingere <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Disegnare <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Leggere <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Scrivere <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Fare giardinaggio <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Ballare <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Recitare <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Cantare <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Suonare <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Strumento:

Altro

COLLEZIONISMO

Fotografie <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Cartoline <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Francobolli <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Cappelli <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	Oggetti vari <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

ATTIVITÀ SPORTIVE

Ne effettua si no quali ?
 Ne segue si no quali ?



Casa dei Ciechi Ricordone

DECORSO TIPO DI UNA GIORNATA

08:00	
10:00	
12:00	
14:00	
16:00	
18:00	
20:00	
22:00	
24:00	
02:00	
04:00	
06:00	

Osservazioni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ALLEGATO 2: CERTIFICATO MEDICO

Casa dei Ciechi Ricordone
Triage Socio-Sanitario
Soggiorni lunga degenza
Soggiorni temporanei
Centro Alzheimer
Centro Diurno

CENTRO DIURNO

Nome e Cognome:

Data di nascita:

Indirizzo:

CERTIFICATO MEDICO PER AMMISSIONE CENTRO DIURNO

Diagnosi:

.....

.....

Terapia:

.....

.....

Riserve:

.....

Allergie:

.....

Anticoagulato Sì No

Osservazioni:

.....

Ogni variazione di terapia va comunicata tempestivamente al centro diurno.

Luogo e data:.....

Timbro del medico:.....



DOMANDA D'AMMISSIONE PARTE 2: DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

CENTRO DIURNO

Al fine di convalidare la richiesta d'ammissione, vi preghiamo di volerci ritornare la seguente documentazione debitamente compilata:

- a. ALLEGATO 3 - Questionario d'ammissione;
- b. Ulteriori documenti da presentare:

Documenti	Osservazioni
DOCUMENTI DI IDENTITÀ	Carta di identità e/o Passaporto
CASSA MALATI	Polizza attiva nell'anno in corso e copia della Tessera

Rimaniamo volentieri a vostra completa disposizione per ulteriori informazioni.

CONTATTI



Anna Camenisch

Economo contabile

Tel.: +41 91 913 67 00

e-mail: anna@stac-lugano.ch

NOTE INFORMATIVE: RETTA E FATTURAZIONE A CASSA MALATI

Vi informiamo che la Casa dei Ciechi rientra tra gli Istituti riconosciuti e finanziati in base alla Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) del 30 novembre 2010.

RETTA

La nostra struttura risponde alle direttive del Dipartimento della sanità e della socialità. Il costi giornalieri a carico dell'ospite sono i seguenti:

1. Retta per giornata di frequenza: CHF 40.-;
2. Retta di assenza (riservazione): CHF 10.- al giorno a partire dal 4° giorno;
3. Se viene effettuato il trasporto dal domicilio: entro un raggio di 5 km CHF 8.- andata e ritorno e CHF 5.- sola andata, dal 6° km vengono fatturati ulteriori CHF 0.8 al chilometro.

I beneficiari di prestazione complementare hanno la possibilità di richiedere il rimborso parziale della tariffa giornaliera.

FATTURAZIONE PRESTAZIONI DI CURA

La fatturazione delle prestazioni di cura avviene sulla base dell'art. 7a, cpv. 3 dell'Opre, attraverso l'utilizzo dello strumento di valutazione RAI-RUG, e l'applicazione della tabella seguente:

Nuovo ordinamento del finanziamento delle cure		
Grado	Minuti	Contributo art. 7° OPre
1	- 20	9.-
2	21 - 40	18.-
3	41 - 60	27.-
4	61 - 80	36.-
5	81 - 100	45.-
6	101 - 120	54.-
7	121 - 140	63.-
8	141 - 160	72.-
9	161 - 180	81.-
10	181 - 200	90.-
11	201 - 220	99.-
12	221 -	108.-

Le fatture vengono inviate alle casse malati, le quali chiedono agli assicurati una partecipazione ai costi in termini di:

1. Franchigia: importo annuo fisso, sulla base della polizza stipulata con la cassa malati (tra CHF 300.- e CHF 2'500.-)
2. Partecipazione ai costi: 10% dei costi per un importo massimo per anno di CHF 700.-

Le persone beneficiarie di Prestazione complementare hanno la possibilità di presentare all'istituto delle Assicurazioni Sociali la documentazione relativa al pagamento della partecipazione ai costi per il relativo rimborso.

ULTERIORI INFORMAZIONI

Ulteriori informazioni sono reperibili sui seguenti siti web:

1. Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio - <https://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/ufficio/>
2. Ordinanza sulle prestazioni (OPre) - <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19950275/index.html>
3. Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) - <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19940073/index.html>



Casa dei Ciechi Ricordone
Triage Socio-Sanitario
Soggiorni lunga degenza
Soggiorni temporanei
Centro Alzheimer
Centro Diurno

ALLEGATO 3: QUESTIONARIO DI AMMISSIONE

SOGGIORNO LUNGA DEGENZA O TEMPORANEO

Data richiesta: Immediata A breve termine Preventiva

Data ammissione prevista

Tipo di servizio richiesto:

Soggiorno lunga degenza Soggiorno temporaneo Centro Alzheimer

PROVENIENZA

- Domicilio
- Ospedale/clinica
- Istituto per anziani
- Ospite centro diurno

DATI ANAGRAFICI

Cognome	N° telefono
Nome	Data di nascita
Indirizzo	Nazionalità
.....	Attinenza
.....	Luogo di nascita
.....	Stato civile

CASSA MALATI E MEDICO CURANTE

Casa malati	Sezione di
N° assicurato	
Medico cuante	indirizzo
N° telefono	

PERSONE DI CONTATTO

TIPO DI RAPPRESENTANZA:	TERAPEUTICA	AMMINISTRATIVA	NESSUNA
Cognome	Grado di parentela		
Nome	N° telefono		
Indirizzo	N° cellulare		
.....	e-mail		

TIPO DI RAPPRESENTANZA:	TERAPEUTICA	AMMINISTRATIVA	NESSUNA
Cognome	Grado di parentela		
Nome	N° telefono		
Indirizzo	N° cellulare		
.....	e-mail		

TIPO DI RAPPRESENTANZA:	TERAPEUTICA	AMMINISTRATIVA	NESSUNA
Cognome	Grado di parentela		
Nome	N° telefono		
Indirizzo	N° cellulare		
.....	e-mail		

SITUAZIONE FINANZIARIA E FATTURAZIONE

Intestatario fatture:	residente	rappresentante amministrativo
N° AVS	CHF	
Versata da		
Prestazione Complementare	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si : CHF
Assegno Grande Invalido (AGI)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si : grado
Altre rendite	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si : CHF

Luogo e data

Firma del richiedente