



## **DOSSIER D'ISTITUTO – CENTRO DIURNO**

- Presentazione Istituto
- Domanda d'ammissione - Cure
- Domanda d'ammissione - Amministrazione

## **ASSOCIAZIONE MELOGRANO:**

Vi ringraziamo per l'interesse mostrato nei confronti della nostra Associazione, saremo lieti di accompagnarvi e starvi vicino durante tutto il corso del nostro futuro insieme.

L'associazione Melograno nasce il 1° Gennaio 2020 dalla collaborazione tra la Società Ticinese Assistenza Ciechi e la Fondazione Tusculum.

Deteniamo il mandato di prestazione Cantonale per la gestione delle nostre 3 Case per Anziani, tramite il quale garantiamo la qualità dei servizi che seguono:

### **Casa dei Ciechi**

- 42 posti per Soggiorni di lunga degenza (Possibilità di effettuare soggiorni temporanei)
- 10 posti per Disturbi Cognitivi
- 15 posti presso il nostro Centro Diurno Medicalizzato

**Capostruttura Signora Barbara Tamagni**

### **Casa Anziani Tusculum**

- 34 posti per Soggiorni di lunga degenza (Possibilità di effettuare soggiorni temporanei)
- 15 posti presso il nostro Servizio "Accoglienza diurna"

**Capostruttura Signora Alessia Bressan**

### **Domus Hyperion**

- 32 posti per Disturbi Cognitivi
- 8 posti per Soggiorni di lunga degenza (Possibilità di effettuare soggiorni temporanei)

**Capostruttura Signora Alessia Bressan**

## **DIREZIONE:**

La direzione della nostra Associazione è composta come segue:

Direttrice Generale – Hurija Dzafic

Direttrice Sanitaria – Dr.ssa Sonja Guastalla Bernasconi

## **CONTATTI:**

Amministrazione Casa Anziani Tusculum e Domus Hyperion

Strada Da Pügerna 11

6822 Arogno

Telefono: 091 640 10 50

Email: [amministrazione@melograno.swiss](mailto:amministrazione@melograno.swiss)

Amministrazione Casa dei Ciechi

Via Torricelli 45

6900 Lugano

Telefono: 091 913 67 00

Email: [amministrazione@melograno.swiss](mailto:amministrazione@melograno.swiss)

Hurija Dzafic – Direttrice generale

Telefono: 091 913 67 00

Email: [hurija.dzafic@melograno.swiss](mailto:hurija.dzafic@melograno.swiss)

Alessia Bressan – Capostruttura Casa Anziani Tusculum e Padiglione Domus Hyperion

Telefono: 091 640 10 50

Email: [alessia.bressan@melograno.swiss](mailto:alessia.bressan@melograno.swiss)

Barbara Tamagni – Capostruttura Casa dei Ciechi

Telefono: 091 913 67 00

Email: [barbara.tamagni@melograno.swiss](mailto:barbara.tamagni@melograno.swiss)

Vi preghiamo di mandare tutta la vostra documentazione ai seguenti indirizzi

Se interessati alla Casa dei Ciechi: Via Torricelli 45, 6900 Lugano

Se siete interessati al Centro Diurno Ceresio: Via Torricelli 45, 6900 Lugano

Se interessati alla Casa Anziani Tusculum: Strada da Pügerna 11, 6822 Arogno

Se interessati al Servizio "Accoglienza diurna" Tusculum: Strada da Pügerna 11, 6822 Arogno

Se interessati alla Domus Hyperion: Strada da Pügerna 11, 6822 Arogno

Oppure per email all'indirizzo:

[amministrazione@melograno.swiss](mailto:amministrazione@melograno.swiss)

## 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. Conosciamoci
- b. Certificato medico
- c. Svincolo dal segreto medico
- d. Dichiarazione di consenso del residente liberatoria segreto professionale
- e. 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.

# CONOSCIAMOCI

## 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**

- introverso       solitario       spiritoso       solare       intraprendente  
 estroverso       socievole       riflessivo       aggressivo       burbero  
 autoritario       allegro       .....       .....       .....

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,...) .....

.....  
.....

**STATO D'ANIMO RISPETTO AL RICOVERO**

- molto negativo       negativo       indifferente       positivo        
 molto positivo

**CURA DI SÉ**

Come porta i capelli .....

È in grado di lavarsi       da solo/a       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

**SERVIZIO PARRUCCHIERA**

Desidero usufruire del vostro servizio (a pagamento)       si       no

<input type="checkbox"/> trattamento quindicinale		
<input type="checkbox"/> taglio	<input type="checkbox"/> taglio e piega	<input type="checkbox"/> piega

<input type="checkbox"/> trattamento mensile		
<input type="checkbox"/> taglio	<input type="checkbox"/> taglio e piega	<input type="checkbox"/> piega

<input type="checkbox"/> trattamento previa segnalazione del personale curante
--

**SERVIZIO PEDICURE**

Desidero usufruire del vostro servizio (a pagamento IN ASSENZA DI RICETTA MEDICA)  si  
 no

<input type="checkbox"/> trattamento settimanale	<input type="checkbox"/> trattamento quindicinale
<input type="checkbox"/> trattamento mensile	<input type="checkbox"/> trattamento a discrezione del personale infermieristico che provvederà a richiedere l'intervento all'incaricata.

**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	Freddoloso/a	Caloroso/a
<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:

pulire     cucinare     cucire     spolverare     apparecchiare  
 stirare     riordinare     lavare i piatti     scopare     curare i bambini  
 .....     .....

**ANIMALI**

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

**VISIVO E Uditivo**

fotografia     diapositive     andare per negozi     comizi     .....  
 cinema    genere: .....  
 teatro    genere: .....  
 concerti    genere: .....  
 TV    canale: .....    ora: .....  
 radio    canale: .....    ora: .....

RELAZIONI

Amicizie  si  no quali ? .....

Volontariato  si  no .....

Gruppi d'incontro  si  no

Altro  si  no

CONVERSAZIONE

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

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:

.....

.....

.....

.....

.....

FORMULARIO È STATO COMPILATO DA:

interessato/a

parente/conoscente

entrambi

Firma dell'interessato/a: .....

Firma del parente/conoscente: .....

Luogo e data: ..... .....

## CERTIFICATO MEDICO

Nome e Cognome: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

### CERTIFICATO MEDICO PER AMMISSIONE CENTRO DIURNO

Diagnosi: .....  
.....  
.....

Terapia: .....  
.....  
.....

Riserve: .....  
.....

Allergie: .....  
.....

Anticoagulato       Si       No

Osservazioni: .....  
.....

Ogni variazione di terapia va comunicata tempestivamente al centro diurno.

Luogo e data: .....      Timbro del medico:.....

## Disposizioni del/della paziente | Versione breve

### Formulate da

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Nel caso in cui io fossi incapace di discernimento, desidero

- che siano adottate tutte le misure mediche adeguate (compresa la rianimazione) per il trattamento della malattia acuta e affinché io possa riacquistare la capacità di discernimento;  
oppure
- non essere rianimato e che non siano effettuate misure di medicina intensiva (in particolare respirazione artificiale);  
oppure
- non essere rianimato, ma autorizzo un trattamento in un reparto intensivo.

Qualora dopo una stabilizzazione iniziale delle mie condizioni, risultasse poco probabile che io ritrovi la mia capacità di discernimento e il pericolo di un lungo periodo di cure fosse elevato, desidero che

- vengano protrate tutte le misure per tenermi in vita fino a quando ci sia ancora una speranza che ritrovi la mia capacità di discernimento;
- si rinunci ad altre misure per mantenermi in vita.

In ogni caso, desidero un trattamento efficace dei dolori e di altri sintomi gravosi quali paura, irrequietezza, difficoltà respiratorie e nausea.

- Ho designato come mio rappresentante la persona indicata qui di seguito e l'autorizzo a far valere la mia volontà presso le persone che mi curano. Dispongo che questa persona sia informata sul mio stato e coinvolta nelle decisioni e abbia pertanto accesso alla mia cartella medica; libero espressamente dal segreto medico nei suoi confronti tutti i medici e il personale curante.

Cognome, nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono Priv. \_\_\_\_\_ Uff. \_\_\_\_\_ Portatile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Qualora il mio rappresentante non potesse essere contattato o per altri motivi non potesse assumere questo compito, designo la seguente persona come subentrante:

Cognome, nome \_\_\_\_\_

- Ho discusso con il mio rappresentante le disposizioni del/della paziente.

Cognome, nome del medico curante \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono Priv. \_\_\_\_\_ Uff. \_\_\_\_\_ Portatile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Ho discusso con il mio medico curante le disposizioni del/della paziente.

### Donazione d'organi

- Desidero donare i miei organi e do il mio consenso al prelievo di tutti gli organi, tessuti e cellule dal mio corpo e all'attuazione delle misure mediche preliminari necessarie in vista della donazione di organi. Se a questo scopo fossero necessarie delle misure intensive, do il mio consenso.
- Autorizzo unicamente il prelievo di \_\_\_\_\_
- Non consento alla donazione d'organi.

Luogo/Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Nota bene:** conservi le sue disposizioni del paziente in modo che si possano trovare in caso di necessità. Può depositare una copia presso il suo medico curante. **Non** mandi, per favore, le sue disposizioni del paziente alla FMH/ASSM. Le Direttive ASSM in merito alle disposizioni del paziente si trovano sul sito [www.samw.ch](http://www.samw.ch) e per ulteriori informazioni sul tema disposizioni del paziente si consulti il sito [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) > *Disposizioni del paziente*.

## 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:

<b>Documenti</b>	<b>Osservazioni</b>
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.

## **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;

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>

## AUTORIZZAZIONE INVIO COPIE FATTURE CASSE MALATI IN FORMATO ELETTRONICO

### DATI ANAGRAFICI RESIDENTE

Cognome ..... Data di nascita ...../...../.....  
Nome ..... N° AVS .....  
Via ..... Cassa malati LAMal.....  
NPA località ..... N° assicurato .....  
Nazionalità ..... N° VEKA/N° carta .....  
Stato civile .....

### DATI ANAGRAFICI PERSONA DI CONTATTO AMMINISTRATIVA

Cognome ..... Grado di parentela .....  
Nome ..... N° telefono .....  
Via ..... N° cellulare .....  
NPA località ..... e-mail .....

Desidero ricevere copia delle fatture di cassa malati

Trasmesse in formato elettronico 0.25/fattura /  Trasmesse in formato cartaceo – 1.20/fattura

Con la firma io (o il mio rappresentante legale) dichiaro che i dati sopra forniti sono veritieri e dichiaro, altresì, di aver preso conoscenza del fatto che l'Associazione Melograno invierà le mie fatture all'assicuratore in formato elettronico tramite la rete MediData e – se è stata fornita apposita autorizzazione – in formato elettronico a me (o al mio rappresentante legale).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 3: QUESTIONARIO DI AMMISSIONE

### CENTRO DIURNO TERAPEUTICO CERESIO

Data richiesta: .....  Immediata     A breve termine     Preventiva

Data ammissione prevista .....  
Giorni di presenza .....

#### PROVENIENZA

Domicilio  
 Ospedale/clinica .....

#### DATI ANAGRAFICI

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

#### CASSA MALATI E MEDICO CURANTE

Cassa malati	.....	Sezione di	.....
N° assicurato	.....		
Medico curante	.....	indirizzo	.....
N° telefono	.....		

## PERSONE DI CONTATTO

**TIPO DI RAPPRESENTANZA:**     AMMINISTRATIVA

Cognome	.....	Grado di parentela	.....
Nome	.....	N° telefono	.....
Indirizzo	.....	N° cellulare	.....
	.....	e-mail	.....

**TIPO DI RAPPRESENTANZA:**     TERAPEUTICA

Cognome	.....	Grado di parentela	.....
Nome	.....	N° telefono	.....
Indirizzo	.....	N° cellulare	.....
	.....	e-mail	.....

**ALTRO:**

Cognome	.....	Grado di parentela	.....
Nome	.....	N° telefono	.....
Indirizzo	.....	N° cellulare	.....
	.....	e-mail	.....

## SITUAZIONE FINANZIARIA E FATTURAZIONE

Intestatario fatture:     residente     rappresentante amministrativo

N° AVS    .....

Prestazione Complementare     No     Si

Luogo e data    .....

Firma del richiedente    .....

## Svincolo dal segreto medico

*Gentile residente*

*Entrando nella nostra casa per anziani (o nel suo reparto ad alto contenuto sanitario) lei beneficia di cure mediche sicure ed efficaci, garantite da diverse figure professionali che lavorano in team. Questo team curante registra il suo lavoro nella cartella sanitaria, un "diario" nel quale troviamo le informazioni sul suo stato di salute, utili per curarla bene. Di notte e nei giorni festivi capita che intervenga, al bisogno, un **medico di picchetto**: anch'egli avrà accesso a queste informazioni, così come il medico **direttore sanitario** che coordina e vigila sulle cure.*

*Potrebbe anche succedere che necessitiamo di informazioni ottenibili in ospedali o presso altri medici, che si sono occupati di lei **in passato**. Inoltre, se lei torna a casa o necessita di un ricovero in ospedale, è importante che il medico al quale lei si rivolgerà **in futuro** ottenga da noi le informazioni utili e necessarie per garantire la continuità delle cure.*

*Con questo foglio di svincolo lei consente a questi medici – o ai loro collaboratori – d'informarsi reciprocamente affinché le cure siano sicure ed efficaci. Riteniamo importante che lei capisca il senso di questo svincolo e che ci dia il suo consenso o istruzioni diverse.*

*Tutto il team curante è comunque tenuto al rispetto del segreto medico nei confronti di terzi non coinvolti nelle cure, anche nei confronti di parenti, se lo desidera.*

*Restiamo a sua completa disposizione per qualsiasi domanda al proposito.*

*Il direttore sanitario, **Dr.ssa Bernasconi Guastalla Sonja***

Nome		Data di nascita	
Cognome		Domicilio	

**Dichiaro di aver letto e compreso le regole di accesso e di gestione delle informazioni sul mio stato di salute, che trovano il mio consenso.**

**Svincolo i medici che si sono occupati della mia salute – all'ospedale come in studio medico – dal segreto professionale nei confronti del team curante di questa casa per anziani, affinché siano trasmesse le informazioni utili e necessarie a curarmi bene. Svincolo parimenti i medici di questa casa ad informare adeguatamente futuri medici (ospedalieri o ambulatoriali) che si occuperanno altrove di me. Questo svincolo ha validità fino alla sua revoca.**

**In fede,**

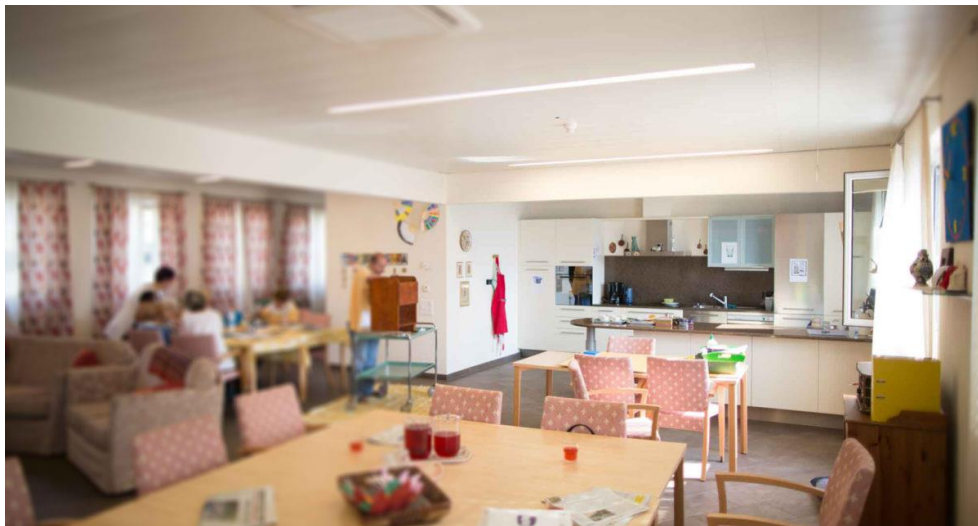
Data:

Firma:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CASA DEI CIECHI  
CENTRO DIURNO CERESIO**



**Parti del contratto**

Associazione Melograno

- Centro diurno terapeutico Ceresio c/o Casa dei Ciechi, Via Torricelli 45, 6900 Lugano

*(in seguito denominati "istituto")*

e

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

Data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

*(in seguito denominato "residente")*

*oppure, in caso di incapacità di discernimento*

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

Data di nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Telefono / email \_\_\_\_\_

*(in seguito denominato "rappresentante o persona di riferimento")*

In caso di rappresentanza, il rappresentante si legittima come (*ordine legale, una sola risposta*):

- la persona designata nelle direttive del paziente (residente) o nel mandato precauzionale del residente, o *in sua mancanza*,
- il curatore del residente con diritto di rappresentanza in caso di provvedimenti medici, o *in sua mancanza*,
- il coniuge o il partner registrato che vive in comunione domestica con il residente oppure gli presta di persona regolare assistenza, o *in sua mancanza*,
- la persona che vive in comunione domestica con il residente e gli presta di persona regolare assistenza, o *in sua mancanza*,
- il/i discendente/i che presta di persona regolare assistenza al residente, o *in sua mancanza*,
- il/i genitore/i che presta di persona regolare assistenza al residente, o *in sua mancanza*,
- il/i fratello/i oppure la/le sorella/e che presta di persona regolare assistenza al residente.

In caso di rappresentanza del residente, all'istituto dovrà essere fornita la seguente documentazione:

- in caso di mandato precauzionale, l'originale o una copia conforme all'originale del documento reso dalla competente Autorità Regionale di Protezione attestante i poteri conferitigli (*la dimostrazione dell'esistenza di un mandato precauzionale depositato presso il competente Ufficio di stato civile non è sufficiente*);
- negli altri casi tutti i documenti che possano dimostrare i suoi poteri legali di rappresentanza (ad es. credenziale di curatore, atto di matrimonio, certificato di domicilio, certificato di famiglia, ecc.)

### **Dichiarazione di svincolo dal segreto medico in caso di dubbio sulla capacità di discernimento**

Alla firma del presente contratto e successivamente una volta firmato il medesimo, in caso di dubbio sulla capacità di discernimento del residente, l'istituto si riserva di chiedere un certificato al medico curante o al Direttore Sanitario, attestante segnatamente gli eventuali problemi di salute cognitiva del residente.

Con la firma del presente contratto il residente svincola in tal senso dal segreto medico il Direttore Sanitario.

### **Inizio e fine del contratto**

Il presente contratto esplica i suoi effetti dalla firma di entrambe le parti.

Esso avrà effetto retroattivo dal momento dell'entrata dell'interessato in istituto se ciò dovesse avvenire prima della firma.

Il contratto ha una durata indeterminata e non perde di efficacia qualora il residente divenisse nel frattempo incapace di discernimento.

Il contratto potrà essere disdetto mediante comunicazione scritta come segue:

- dall'istituto al residente (o al suo rappresentante) con un preavviso di un mese per la fine di ogni mese.
- dal residente (o il suo rappresentante) all'istituto con un preavviso di un mese per la fine di ogni mese.

Nei limiti previsti dalla legge, il contratto potrà inoltre essere disdetto con effetto immediato in caso di gravi motivi (ad es. comportamento gravemente inadeguato del residente o dei suoi famigliari, grave inadeguatezza dell'istituto rispetto le necessità del residente, ecc.).

Il contratto si ritiene automaticamente estinto al momento del decesso dell'utente.

## **Tariffe e prestazioni**

Le direttive cantonali emesse dal Dipartimento della Sanità e della socialità prevedono le seguenti tariffe.

### **a) Retta per la frequenza al Centro Diurno Terapeutico – contributo dell'utente ai costi non LAMal:**

La tariffa giornaliera per la frequenza al Centro Diurno Terapeutico ammonta a CHF 40.—al giorno. In caso di assenza viene fatturata una retta ridotta di CHF 10.—al giorno a partire dal quarto giorno di mancata presenza presso il centro. Nel caso di partecipazione di mezza giornata, il contributo ammonta a CHF 20.--, a cui va aggiunta la fatturazione del pasto se l'utente lo consuma presso il Centro Diurno.

### **b) Trasporto:**

Di regola il trasporto dal domicilio al Centro e viceversa è gestito privatamente dall'utente con gli enti preposti.

## **Disposizioni mediche**

### **a) Disposizioni mediche in genere**

Il residente (o il suo rappresentante) dichiara che:

- Esistono delle direttive del paziente redatte dal residente: le stesse sono in possesso di: \_\_\_\_\_  
(Nome e cognome)
- Non esistono delle direttive del paziente redatte dal residente
- Non è noto se esistano delle direttive del paziente redatte dal residente

È data la possibilità di depositare l'originale o una copia autentica di tali direttive presso la direzione dell'istituto. Il residente (o il suo rappresentante):

- Si dichiara d'accordo a depositare e dunque deposita presso la direzione dell'istituto le direttive del paziente
- Non è d'accordo a depositare presso la direzione dell'istituto le direttive del paziente, le quali saranno conservate da:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Nome, cognome, data di nascita, domicilio, recapiti telefonici, indirizzo mail)

### **b) Svincolo dal segreto professionale**

Con la firma del presente contratto il residente (o il suo rappresentante in caso di accertata incapacità di discernimento del residente) svincola dal segreto medico il medico curante, il Direttore Sanitario, nonché il personale sanitario dell'istituto autorizzandoli in particolare ad ottenere e trasmettere ogni e qualsiasi informazione e documento relativi alla sua salute (anamnesi, diagnosi, cure prestate, degenze così come ogni e qualsiasi altra informazione utile per permettere un'adeguata cura e assistenza del residente) ai medici e ai suoi ausiliari, nonché al personale sanitario che dovessero prestare cure mediche e sanitarie per il residente.

Il residente (o il suo rappresentante) è informato che può in ogni tempo dichiarare per iscritto di revocare o limitare l'accesso alle informazioni per le quali ha reso lo svincolo dal segreto professionale.

### **Accesso alla cartella sanitaria del residente**

L'istituto garantisce al residente (o al suo rappresentante) il diritto di accesso alla cartella sanitaria del residente

### **Dichiarazione in merito agli allegati**

Il residente (o il suo rappresentante) dichiara di aver ricevuto assieme al contratto i seguenti formulari:

- svincolo dal segreto medico;
- certificato medico;
- questionario conosciamoci;
- direttive anticipate FMH;
- regolamento d'istituto;
- autorizzazione invio copia fatture cassa malati in formato elettronico;
- questionario d'ammissione.
- dichiarazione di consenso del residente liberatoria segreto professionale;
- dichiarazione di consenso del residente liberatoria foto e video;
- dichiarazione di consenso dei dati personali del familiare o rappresentante;

Il residente (o il suo rappresentante) dichiara altresì di aver ricevuto i seguenti documenti informativi:

- Filosofia delle cure infermieristiche;
- Scheda per i commenti dei residenti e visitatori.
- Informativa per l'elaborazione dei dati personali del residente;
- Informativa per l'elaborazione dei dati personali del familiare o rappresentante;

**Quanto non espressamente menzionato dal presente contratto è regolamentato dalle norme sul mandato (art. 394 e segg. Codice delle Obbligazioni Svizzero).**

**Le parti contraenti convengono che in caso di divergenze il foro è quello di Lugano e il diritto applicabile è quello svizzero.**

Le parti si danno atto che il presente contratto è firmato in due esemplari originali e consta di **7 (sette) pagine** complessive.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Residente  
(o del suo rappresentante)

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Istituto

# REGOLAMENTO D'ISTITUTO CENTRO DIURNO

## **Capitolo 1. Occupazione / utilizzo dei locali**

- 1.1. Chi visita / frequenta l'Istituto ha diritto al rispetto della propria sfera personale; l'ospite ed il personale s'impegnano a rispettarla vicendevolmente.
- 1.2. La frequenza dei giorni al centro diurno è regolata in base alla disponibilità di posti e concordata insieme all'ospite / persona di riferimento.
- 1.3. Il centro è chiuso e l'accesso è garantito tramite un codice.
- 1.4. È permesso tenere o portare animali nel centro previa accordo della Direzione.
- 1.5. È proibito fumare nel centro diurno e nei locali comuni di tutto l'Istituto.
- 1.6. I visitatori fumatori sono invitati a non fumare all'interno dell'Istituto nel rispetto della salute altrui.
- 1.7. Oltre al centro, è a disposizione tutta l'area esterna.
- 1.8. Ogni residente può portare con sé degli oggetti non pericolosi per le attività montessoriane.
- 1.9. Nel limite del possibile il residente collabora nel mantenere l'ordine e la pulizia nel centro.

## **Capitolo 2. I pasti**

- 2.1. La colazione e il pranzo sono consumati nella sala da pranzo del centro.
- 2.2. Il pranzo è servito negli orari stabiliti dalla struttura.
- 2.3. Ogni residente ha diritto a pasti variati. Se richiesto dal medico sono pure preparati pasti dietetici.
- 2.4. Il pasto è comprensivo d'acqua minerale, di 1dl di vino e di 1 caffè.
- 2.5. I familiari ed eventuali conoscenti possono pranzare con i residenti annunciandosi in segreteria al più tardi entro le 11.00 del giorno precedente.

### **Capitolo 3. Le cure**

- 3.1. Informazioni sullo stato di salute degli ospiti sono da richiedere al personale infermieristico e verranno date alle persone espressamente autorizzate.
- 3.2. Le cure generali e l'assistenza ai residenti sono garantite dal personale dell'Istituto per tutta la durata della frequentazione al centro diurno.
- 3.3. I medicinali prescritti agli ospiti devono essere portati dai parenti in confezioni integre con indicazione della scadenza e nome del farmaco.
- 3.4. I costi delle cure prestate sono fatturati mensilmente alla cassa malati. Copia obbligatoria viene spedita all'ospite/rappresentante terapeutico nella modalità da lui scelta con apposito formulario.
- 3.5. Su richiesta è possibile, previo accordo con l'istituto, effettuare le sedute fisioterapeutiche con il proprio fisioterapista esterno.
- 3.6. Prestazioni quali parrucchiere e podologo ottenute, per desiderio dell'ospite, sono a carico dello stesso.

### **Capitolo 4. Le visite**

- 4.1. Visitatori esterni possono visitare il centro previo appuntamento e accordo con la Direzione.
- 4.2. Si consiglia di non portare al centro denaro o valori; l'Istituto non si ritiene responsabile in caso di perdita o di furti.
- 4.3. Per motivi igienici e sanitari, è da evitare la consegna agli ospiti di bevande e alimentari senza avvisare il personale curante.
- 4.4. Previa segnalazione al personale curante (anche se accompagnati dai rispettivi visitatori) gli ospiti possono assentarsi dall'Istituto.

### **Capitolo 5. Animazione**

- 5.1. L'Istituto organizza regolarmente delle attività di animazione erogate dagli operatori del centro diurno.
- 5.2. Parenti, amici e volontari che volessero aiutare ad animare le giornate degli ospiti sono bene accetti. Essi devono richiedere l'autorizzazione al responsabile del servizio animazione che curerà il coordinamento.

### **Capitolo 6. Trasporti**

- 6.1. Le trasferte per la frequentazione del centro, visite mediche, trasferimento in altre strutture o altro sono a carico dell'ospite.

## **Capitolo 7. Amministrazione**

- 7.1. L'amministrazione finanziaria dell'ospite deve essere tenuta dallo stesso o da un amministratore/curatore designato.
- 7.2. La Direzione è a disposizione per qualsiasi consulenza qualora l'ospite o i rappresentanti terapeutici ne avessero necessità.
- 7.3. La retta giornaliera è fissata secondo le direttive del Dipartimento della sanità e della socialità di Bellinzona (indicazioni per centri diurni terapeutici (CDT) sulla fatturazione delle prestazioni di cura agli assicuratori malattia e delle altre prestazioni agli utenti).
- 7.4. La fatturazione della retta avviene mensilmente ed in modo posticipato.
- 7.5. La fatturazione inizia a partire dal giorno concordato d'ammissione dell'ospite. In caso di assenza dalla frequenza al centro diurno si fa riferimento alla direttiva del 23 luglio 2024 "Aggiornamento concernente la retta di assenza (riservazione) dei centri diurni terapeutici" dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio.

## **Capitolo 8. Disposizioni generali**

- 8.1. L'Istituto non risponde in caso di danneggiamento o di furti di beni di particolare valore che l'ospite desidera portare con sé.
- 8.2. Per contratto il personale non può ricevere personalmente mance e regali. I doni a favore del personale sono da deporre sul fondo comune del personale presso l'amministrazione.
- 8.3. L'Istituto non risponde di danni a persone o oggetti causati dall'ospite e a terzi.

In accordo con il Regolamento dell'istituto

Cognome e Nome: .....

Firma: .....

Luogo e data: .....



**associazione  
melograno**

Filosofia delle cure nelle Case Anziani  
Medicalizzate:

**“Casa dei Ciechi”** – Lugano;

**“Tusculum”** – Arogno;

**“Domus Hyperion”** – Arogno e

Centro Diurno Terapeutico **“Ceresio”** – Lugano

Gli obiettivi del Metodo Montessori sono di sostenere, diffondere e promuovere i principi e le pratiche pedagogici formulati dalla Dott.ssa Maria Montessori per il pieno potenziale dell'essere umano. Il metodo sostiene la qualità di vita, considera ogni persona come individuo, onorando la sua storia, esperienza, relazioni e capacità.

L'Associazione Melograno lavora per supportare gli standard di qualità nella fornitura di una continuazione di cure e servizi e per raggiungere risultati di qualità per ogni persona per consentire di vivere la vita il più pienamente possibile.

L'associazione Melograno fornisce una guida su tutte le questioni relative al Montessori adattato per la terza e quarta età e le persone con problemi cognitivi, tra cui:

- standard di qualità;
- raccomandazioni per l'attuazione del programma con gli standard di qualità (ambienti, materiali e attività);
- corsi di formazione comprendenti indicatori, standard e valutazioni;
- sviluppo professionale, tutoraggio, supporto all'implementazione e gestione del cambiamento.

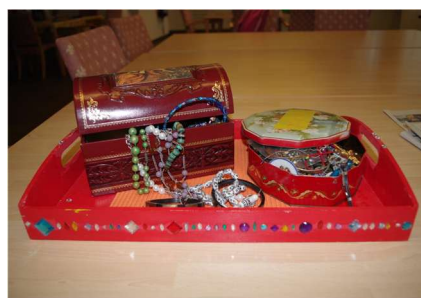
ASSOCIAZIONE MELOGRANO  
Via Torricelli 45  
6900 Lugano

Telefono 091 913 67 00  
[hurija.dzafic@melograno.swiss](mailto:hurija.dzafic@melograno.swiss)  
[www.melograno.swiss](http://www.melograno.swiss)

**Responsabile del Metodo Montessori adattato alle persone con i disturbi cognitivi:**

HURIJA DZAFIC

specialista clinico in  
geriatria e gerontologia;  
MAS in Gestione  
Sanitaria;  
certificato in "Metodo Montessori aging and Dementia"



### AREE ED INDICATORI DI QUALITÀ

Tutti gli adulti ed anziani comprese le persone affette da demenza hanno il diritto a una comunità premurosa in linea con le esigenze, gli interessi, le capacità e i punti di forza dell'individuo per un supporto sociale, emotivo, fisico e cognitivo ottimale.

Il nostro ambiente è preparato con cura per soddisfare le esigenze di ogni persona, offrendo opportunità di successo, scelta, maggiore indipendenza e attività auto avviata.

Le vite si arricchiscono attraverso l'impegno in ruoli, routine e attività, promuovendo un senso di appartenenza e benessere. Il ruolo dell'operatore è facilitare il mantenimento di questa condizione grazie all'educazione al movimento in un ambiente protetto. Infatti la personalità si forma con l'integrazione sinergica delle facoltà psichiche e motorie.

Nel metodo Montessori si tiene conto dei valori fondamentali di ogni persona. La relazione rispetta costantemente i principi valoriali che possono essere riassunti semplicemente in *rispetto, dignità e eguaglianza*.

#### L'AREA 1 – LEADERSHIP

- tutti gli aspetti dell'organizzazione sono guidati dai valori della filosofia
- la leadership dell'organizzazione incoraggia l'individuo ad essere attivamente coinvolto nel processo decisionale relativo alla vita quotidiana
- la leadership dell'organizzazione ha stabilito e utilizza politiche e pratiche di ammissione a supporto dell'obiettivo della filosofia delle cure.
- vengono creati team multidisciplinari, con l'impegno a lavorare insieme, allo scopo di soddisfare le esigenze di ogni persona a loro affidata
- la leadership dell'organizzazione utilizza strumenti di comunicazione efficaci per fornire a tutti (ad es. personale, famiglie, anziani) una piena comprensione dell'approccio Montessori per l'assistenza agli anziani e la demenza
- esistono impegni finanziari per gli stanziamenti di bilancio per la formazione e le risorse delle migliori pratiche
- l'organizzazione si impegna di avere uno staff multidisciplinare formato internamente da un professionista certificato AMI Montessori per persone anziane e con i disturbi cognitivi.



### AREA 2 – STAFF

- il personale mostra atteggiamenti e comportamenti di cura, rispetto, calma e pazienza
- il personale cerca e crea attivamente opportunità per gli anziani di agire in modo indipendente, esercitare la scelta, muoversi con libertà e impegnarsi in attività di interesse
- l'osservazione è utilizzata come strumento chiave per la riflessione e l'identificazione dei bisogni individuali
- il personale coinvolge le persone nelle attività quotidiane secondo necessità
- il personale raccoglie, mantiene e utilizza un profilo individuale completo di esigenze, interessi e punti di forza
- il personale utilizza tecniche di comunicazione verbale e non verbale positive e di supporto
- il personale coinvolge l'individuo e quelli con una relazione significativa con l'individuo (ove applicabile) nello sviluppo e nella revisione del piano di assistenza
- il personale è formato internamente per il metodo Montessori per persone anziane e con i disturbi cognitivi.



### AREA 3 – AMBIENTE MONTESSORI PREPARATO

- l'ambiente preparato è organizzato ed esteticamente gradevole; fornisce un invito ad impegnarsi con spazi interattivi dedicati assegnati alle attività
- ci sono segnali e modifiche adeguati all'ambiente per supportare l'indipendenza
- l'ambiente offre una gamma completa di materiali multisensoriali basati sul metodo Montessori, risorse e attività accessibili in qualsiasi momento
- l'ambiente offre diversi spazi e posti a sedere per contemplazione, lettura, intimità e socializzazione silenziose
- i pasti offrono opportunità di scelta, connessione sociale e indipendenza
- le persone hanno un facile accesso ad aree esterne sicure, interessanti e invitanti.

### MISSIONE e VISIONE

La nostra filosofia delle cure 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'autobiografia al fine di promuovere l'autodeterminazione e la fiducia in sé stessi. Viene assicurato il rispetto della dignità umana, gli spazi di vita e l'arredo sono pensati per permettere la maggiore autonomia possibile, ma nello stesso tempo devono legarsi ad un vissuto affettivo dell'anziano.





## INFORMATIVA PER L'ELABORAZIONE DEI DATI PERSONALI (LPD/LPDP) RESIDENTI

L'Associazione Melograno, con sede legale in Via A. e O. Torricelli 45, 6900 Lugano, in qualità di Titolare dell'elaborazione (in seguito, "Titolare"), La informa ai sensi della Legge cantonale sulla Protezione dei Dati Personali (LPDP) e della Legge federale sulla Protezione dei Dati (LPD), che i seguenti Suoi dati:

### Dati personali:

- Anagrafici
- Dati di contatto
- Data e luogo di nascita
- Nazionalità
- Tipo di permesso di soggiorno (se straniero)
- Religione
- Stato civile
- Professione
- Titolo di studio
- AVS
- Dati del medico curante
- Dati delle persone indicate nel questionario di ammissione/familiari di riferimento (dati anagrafici, di residenza, di contatto)
- Dati finanziari
- Dati fiscali
- Dati bancari
- Dati sulla salute
- Dossier di trasferimento/uscita

Verranno elaborati dal Titolare per i seguenti scopi:

- gestire richieste di informazioni relative al soggiorno e procedere quindi con la prenotazione del soggiorno;
- gestire la Sua registrazione in struttura in fase di accettazione;
- gestire da un punto di vista amministrativo il contratto di residenza (fatturazione ed eventuali insolvenze);
- erogare le necessarie cure;
- valutare il livello di assistenza del residente;

- gestire eventuali sinistri (infortuni, malattie) ed urgenze;
- gestire eventuali richieste di trasferimento in altre strutture;
- gestire eventuali comunicazioni ordinarie con i familiari/persone di riferimento autorizzate;
- prenotare eventuali servizi di cura della persona (pedicure, parrucchiere, ecc.);
- gestire il servizio di preparazione ed erogazione dei pasti, valutando anche eventuali intolleranze, allergie, ecc.;
- consentire la partecipazione ad attività di svago e benessere;
- gestire la partecipazione ad eventi, feste, ricorrenze;
- gestire il servizio di pulizia delle camere.

*La base giuridica dell'elaborazione è l'interesse preponderante del Titolare oltre che un obbligo di legge (Lsan); in relazione alla trasmissione dei dati personali a terzi, la base giuridica dell'elaborazione è il suo consenso.*

### **Foto/video**

Tali dati personali vengono elaborati dal Titolare per scopi informativi esterni, mediante la pubblicazione e/o diffusione della Sua foto/video sul sito internet, sui canali social del Titolare e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione.

*La base giuridica dell'elaborazione è il Suo consenso che potrà revocare in qualsiasi momento.*

### **Immagini (sistema videosorveglianza)**

Tali dati personali vengono elaborati dal Titolare al fine di garantire la sicurezza di persone e cose all'interno della struttura.

*La base giuridica dell'elaborazione è l'interesse preponderante del Titolare.*

Nella presente informativa si fa riferimento genericamente ai Suoi dati per indicare l'insieme dei dati da Lei forniti.

### **Conservazione**

I Suoi dati personali saranno conservati per un periodo di tempo non superiore al necessario ed in ogni caso non inferiore a quanto previsto dalla legge: 20 anni dalla chiusura del contratto di soggiorno; le Sue foto/video sino a revoca del consenso.

**Modalità di elaborazione**

L'elaborazione dei Suoi dati è realizzata per mezzo delle seguenti operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, limitazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. L'elaborazione avviene con logiche strettamente correlate agli scopi e, comunque, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge, dai regolamenti conseguenti e da disposizioni interne.

I Suoi dati sono sottoposti ad elaborazione sia cartacea che elettronica.

**Comunicazione dei dati**

Il Titolare potrà comunicare i Suoi dati per gli scopi indicati nella presente informativa a:

- Autorità alle quali la comunicazione sia obbligatoria per legge, regolamento, ordinanza federale o cantonale;
- Familiari/Persone di riferimento autorizzate a ricevere comunicazioni in base a quanto da lei indicato nella dichiarazione di consenso;
- Fornitori IT che svolgono attività in outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di "Mandatari".

**I diritti dell'interessato**

Nella Sua qualità di interessato, può esercitare i diritti di cui alla LPD/LPDP. In particolare, in relazione al trattamento dei Suoi dati personali, ha diritto di chiedere al Titolare la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento di dati personali che la riguardano, l'accesso, la rettifica, il blocco della trasmissione, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'interruzione dell'elaborazione.

**Modalità di esercizio dei diritti**

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una raccomandata alla Associazione Melograno, Via A. e O. Torricelli 45, 6900 Lugano
- una e-mail all'indirizzo: [amministrazione@melograno.swiss](mailto:amministrazione@melograno.swiss)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi della LPDP/LPD.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del residente: \_\_\_\_\_

OVVERO

*(Se esercente la rappresentanza legale)*

Nome e cognome del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA PER L'ELABORAZIONE DEI DATI PERSONALI (LPD/LPDP)

### FAMILIARI/RAPPRESENTANTI

L'Associazione Melograno, con sede legale in Via A. e O. Torricelli 45, 6900 Lugano, in qualità di Titolare dell'elaborazione (in seguito, "Titolare"), La informa ai sensi della Legge cantonale sulla Protezione dei Dati Personali (LPDP) e della Legge federale sulla Protezione dei Dati (LPD), che i seguenti Suoi dati:

#### Dati personali:

- Anagrafici
- Dati di contatto
- Dati di residenza

Verranno elaborati dal Titolare per i seguenti scopi:

- gestire richieste di informazioni relative al soggiorno del residente e procedere quindi con la prenotazione del soggiorno;
- gestire la registrazione in struttura del residente in fase di accettazione;
- gestire da un punto di vista amministrativo il contratto di residenza (fatturazione ed eventuali insolvenze);
- gestire eventuali comunicazioni ordinarie relative al residente;
- gestire eventuali richieste di trasferimento del residente in altre strutture;
- gestire il servizio di preparazione ed erogazione dei pasti;
- gestire la Sua partecipazione ad eventi, feste, ricorrenze;
- gestire eventuali fornitori esterni (es. servizi di trasporto, ecc.).

*La base giuridica dell'elaborazione è l'interesse preponderante del Titolare.*

#### Foto/video

Tali dati personali vengono elaborati dal Titolare per scopi informativi esterni, mediante la pubblicazione e/o diffusione della Sua foto/video sul sito internet, sui canali social del Titolare e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione.

*La base giuridica dell'elaborazione è il Suo consenso che potrà revocare in qualsiasi momento.*

### **Immagini (sistema videosorveglianza)**

Tali dati personali vengono elaborati dal Titolare al fine di garantire la sicurezza delle persone all'interno della struttura.

*La base giuridica dell'elaborazione è l'interesse preponderante del Titolare.*

Nella presente informativa si fa riferimento genericamente ai Suoi dati per indicare l'insieme dei dati da Lei forniti.

### **Conservazione**

I Suoi dati personali saranno conservati per un periodo di tempo non superiore al necessario ed in ogni caso non inferiori a quanto previsto dalla legge: 20 anni dalla chiusura del contratto di soggiorno del residente; le Sue foto/video sino a revoca del consenso.

### **Modalità di elaborazione**

L'elaborazione dei Suoi dati è realizzata per mezzo delle seguenti operazioni: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modifica, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, limitazione, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. L'elaborazione avviene con logiche strettamente correlate agli scopi stessi e, comunque, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge, dai regolamenti conseguenti e da disposizioni interne.

I Suoi dati sono sottoposti ad elaborazione sia cartacea che elettronica.

### **Comunicazione dei dati**

Il Titolare potrà comunicare i Suoi dati per gli scopi indicati nella presente informativa a:

- Autorità alle quali la comunicazione sia obbligatoria per legge, regolamento, ordinanza federale o cantonale;
- Società terze o altri soggetti (a titolo indicativo, istituti di credito, consulenti, società di assicurazione, strutture tecniche, personale sanitario esterno, medico di riferimento, professionisti esterni per servizi di cura, volontari, Croce Rossa, educatori, altra Casa/Struttura in caso di trasferimento, ecc.) che possono essere dei semplici destinatari che necessitano dei dati per lo svolgimento di un determinato servizio, ovvero che svolgono attività in outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di "Mandatari".

**I diritti dell'interessato**

Nella Sua qualità di interessato, può esercitare i diritti di cui alla LPD/LPDP. In particolare, in relazione al trattamento dei suoi dati personali, ha diritto di chiedere al Titolare la conferma dell'esistenza o meno di un trattamento di dati personali che la riguardano, l'accesso, la rettifica, il blocco della trasmissione, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'interruzione dell'elaborazione.

**Modalità di esercizio dei diritti**

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una raccomandata alla Associazione Melograno, Via A. e O. Torricelli 45, 6900 Lugano
- una e-mail all'indirizzo: [amministrazione@melograno.swiss](mailto:amministrazione@melograno.swiss)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi della LPDP/LPD.

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

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO RESIDENTE (segreto professionale)**

L'Associazione Melograno ha il compito di tutelare la personalità e i diritti del Residente e di adottare tutte le misure di sicurezza tecniche ed organizzative necessarie per garantire la protezione della sfera personale dello Stesso e dei Suoi dati; per tali ragioni l'Associazione Melograno garantisce che lo scambio di informazioni e l'accesso ai dati del Residente avviene in conformità delle disposizioni della Legge sulla Protezione dei Dati Personali, del Segreto Professionale, della Legge Sanitaria Cantonale.

Io sottoscritto/a:

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_.

Il presente modello integra l'Informativa sul trattamento dei miei dati personali, compresi i dati riguardanti la mia salute, di cui dichiaro di aver preso visione.

Sono consapevole che al fine di ottimizzare la mia cura è importante lo scambio di informazioni e l'accesso a documenti ufficiali che riguardano la mia salute, tra gli operatori coinvolti nella mia cura presso l'Associazione Melograno e acconsento a tale scambio di informazioni, liberando esplicitamente gli operatori coinvolti nella mia cura, dall'obbligo del segreto professionale.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del residente: \_\_\_\_\_

OVVERO

*(Se esercente la rappresentanza legale)*

Nome e cognome del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Sono d'accordo che gli operatori direttamente coinvolti nella mia cura presso l'Associazione Melograno, tengano informati, anche mediante l'invio di documentazione relativa alla mia salute, liberandoli dall'obbligo del segreto professionale:

sì    no

- medico curante
- altri medici specialisti, laboratori, strutture sanitarie, terapeuti, farmacie, esterni coinvolti nella cura
- assicurazioni (medico di fiducia, personale infermieristico delegato dell'assicurazione - *Si fa presente che in caso di risposta negativa l'assicuratore malattia potrebbe sospendere la copertura delle prestazioni*)
- familiari

altro:

---

\*\*\*\*

Dichiaro di essere a conoscenza della mia facoltà di revocare in qualsiasi momento la presente *dichiarazione di consenso*, previa comunicazione scritta all'Associazione Melograno, a mezzo di Raccomandata.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del residente: \_\_\_\_\_

OVVERO

*(Se esercente la rappresentanza legale)*

Nome e cognome del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Luogo e data: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO RESIDENTE (uso foto)**

Io sottoscritto/a (*dati dell'Interessato/residente*):

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Il presente modello integra l'Informativa sul trattamento dei miei dati personali, di cui dichiaro di aver preso visione.

In relazione alla pubblicazione della foto/video per finalità informativa esterna, mediante la pubblicazione e/o diffusione della foto/video sul sito internet del Titolare, sui canali social e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione esprime il proprio:

CONSENSO

NON CONSENSO

Con la presente:

Autorizzo l'Associazione Melograno

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge Federale sul diritto d'Autore (LDA), alla trasmissione dal vivo, alla pubblicazione e/o diffusione delle proprie foto/video sui siti internet del Titolare del trattamento e sui canali social dello stesso e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione.

Confermo

di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato. Resta fermo il mio diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso conferito.

Luogo e data: \_\_\_\_\_ Firma del residente: \_\_\_\_\_

OVVERO

*(Se esercente la rappresentanza legale)*

Nome e cognome del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

Firma del rappresentante legale: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO FAMILIARE/RAPPRESENTANTE (uso foto)**

Io sottoscritto/a (*dati del familiare/Rappresentante*):

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Il presente modello integra l'Informativa sul trattamento dei miei dati personali, di cui dichiaro di aver preso visione.

In relazione alla pubblicazione della foto/video per finalità informativa esterna, mediante la pubblicazione e/o diffusione della foto/video sul sito internet del Titolare, sui canali social e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione esprime il proprio:

CONSENSO

NON CONSENSO

Con la presente:

Autorizzo l'Associazione Melograno

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge Federale sul diritto d'Autore (LDA), alla trasmissione dal vivo, alla pubblicazione e/o diffusione delle proprie foto/video sui siti internet del Titolare del trattamento e sui canali social dello stesso e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione.

Confermo

di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato. Resta fermo il mio diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso conferito.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Firma del familiare/Rappresentante: \_\_\_\_\_

**L'Associazione Melograno ringrazia chi con la sua segnalazione rende possibile il continuo miglioramento delle nostre prestazioni e dei servizi offerti**

IDEE DI MIGLIORAMENTO

ELOGIO

RECLAMO

**SEGNALANTE :**

Nome e Cognome..... Familiare/rappresentante di (*indicare il residente a cui si è correlati*).....

Recapito telefonico e/o indirizzo mail .....

**OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE:**

Data:

Firma:

**N.B: la compilazione del nominativo e dei recapiti permette al Servizio Qualità di poterle dare un riscontro in merito alla sua segnalazione e alle modalità di risoluzione attuate. Consegni la scheda nella bucalettere del Servizio Qualità che trova all'ingresso delle strutture.**

Tutti i dati personali comunicati all'Associazione Melograno sono sottoposti a tutela della privacy e saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dalla Legge Federale Protezione Dati. L'interessato può, altresì, esercitare tutti i diritti previsti dalla LPD.

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO QUALITA'  
MOD-SGQ-004 nr :

Data ricezione:  
Firma RQ:

telefono  
fax  
e-mail

Viale Officina 6  
+ 41 91 814 70 11/12  
+ 41 91 814 70 29  
dss.dasi@ti.ch

Repubblica e Cantone Ticino  
Dipartimento della sanità e della socialità

Funzionario  
incaricato

Chiara Gulfi

Divisione dell'azione sociale e delle famiglie  
6501 Bellinzona

telefono  
e-mail

091/814 70 31

Alle Direzioni degli enti che  
gestiscono centri diurni terapeutici

Bellinzona  
4 gennaio 2011



Vs. riferimento  
CG

Ns. riferimento

### Indicazioni per i centri diurni terapeutici (CDT) sulla fatturazione delle prestazioni di cura agli assicuratori malattia e delle altre prestazioni agli utenti

Gentili signore, egregi signori,

con la presente vi forniamo delle indicazioni sulle modifiche intervenute con l'entrata in vigore dell'art. 25a LAMal, concernenti la fatturazione delle prestazioni di cura agli assicuratori malattia. Inoltre intendiamo ricordarvi le prassi di fatturazione agli utenti delle rette per le prestazioni non di cura.

Per quel che concerne le prestazioni di cura, l'art. 7a OPre prevede le seguenti tariffe per le cure dispensate in case di cura o in strutture diurne o notturne (tariffe giornaliere per livello di bisogno terapeutico giornaliero):

1	fino a 20 minuti di cura	9.00
2	da 21 a 40	18.00
3	da 41 a 60	27.00
4	da 61 a 80	36.00
5	da 81 a 100	45.00
6	da 101 a 120	54.00
7	da 121 a 140	63.00
8	da 141 a 160	72.00
9	da 161 a 180	81.00
10	da 181 a 200	90.00
11	da 201 a 220	99.00
12	oltre i 220 minuti di cura	108.00

Per la fatturazione delle prestazioni di cura vi alleghiamo il formulario specifico per i CDT - che fa parte del contratto quadro amministrativo a livello nazionale, concordato fra Santésuisse, ASSACD e Spitex privé - da utilizzare per certificare il fabbisogno di cura dell'utente.

Rammentiamo inoltre che occorre al più presto chiedere un apposito numero di concordato. Tale richiesta va inviata, con copia al segretariato cantonale di Santésuisse, al seguente indirizzo: SASIS AG, c/o Santésuisse, Ressort ZSR, Morgartenstrasse 17, Postfach 3841, 6002 Luzern.

Nei prossimi mesi vi sarà inoltre da attuare la procedura di adesione al citato contratto.

Per quel che concerne la frequenza ai CDT, il contributo dell'utente ai costi non LAMal (pasti, ecc.) ammonta a franchi 40.- per giornata di presenza; in caso di assenza è ridotto a franchi 20.-. Per assenza si intende la richiesta di mantenimento di un posto che non può essere offerto ad un altro utente.

La fatturazione della giornata di assenza è da effettuare con le seguenti modalità:

- per visita medica di un giorno: nessuna fatturazione;
- per malattia (senza ricovero in un'altra struttura): fatturazione dal 6° giorno di calendario;
- per vacanza, ospedalizzazione, soggiorno in un'altra struttura, indisposizione della famiglia o del curante: fatturazione dal primo giorno.

Nel caso di partecipazione di mezza giornata, il contributo ammonta a franchi 20.-, a cui va aggiunta la fatturazione del pasto se l'utente lo consuma presso il CDT.

Se il CDT effettua anche il trasporto dal domicilio dell'utente al Centro e viceversa, tale prestazione è da fatturare oltre alla retta e deve figurare in modo separato sulla fattura.

Le tariffe da applicare sono quelle valide per i servizi di trasporto riconosciuti ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio:

- entro un raggio di 5 chilometri, 5 franchi per la sola andata (o il solo ritorno) oppure 8 franchi per l'andata e il ritorno;
- a partire dal 6°, rispettivamente 11° chilometro in caso di andata e ritorno, sono inoltre da fatturare 80 centesimi al chilometro.

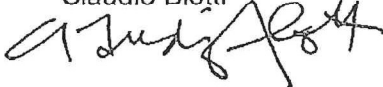
Vi invitiamo quindi cortesemente ad adottare le prassi segnalate a partire dall'1.1.2011.

Cordiali saluti.

#### DIVISIONE DELL'AZIONE SOCIALE E DELLE FAMIGLIE

Il Direttore di Divisione

Claudio Blotti



Il Capo dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio

Francesco Branca



Allegato: citato

**Art. 7a Opere: Tabella delle tariffe per le cure dispensate in case di cura o in strutture diurne o notturne  
(tariffe giornaliere per livello di bisogno terapeutico giornaliero):**

<b>Grado</b>	<b>Minutaggio</b>	<b>Tariffa (in CHF)</b>
1	fino a 20 minuti circa	9.00
2	da 21 a 40	18.00
3	da 41 a 60	27.00
4	da 61 a 80	36.00
5	da 81 a 100	45.00
6	da 101 a 120	54.00
7	da 121 a 140	63.00
8	da 141 a 160	72.00
9	da 161 a 180	81.00
10	da 181 a 200	90.00
11	da 201 a 220	99.00
12	oltre i 220 minuti circa	108.00

telefono  
e-mail  
web

Vicolo Santa Marta 2  
6500 Bellinzona

+41 91 814 54 71  
dss-uacd@ti.ch  
www.ti.ch/anziani

Repubblica e Cantone Ticino  
Dipartimento della sanità e della socialità  
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie

persona  
incaricata

Stefania Bernasconi

**Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio  
6500 Bellinzona**

telefono  
e-mail

+41 91 814 54 75  
stefania.bernasconi@ti.ch

Alle Direzioni degli enti che  
gestiscono centri diurni terapeutici

Bellinzona 23 luglio 2024

## Aggiornamento concernente la retta di assenza (riservazione) dei centri diurni terapeutici

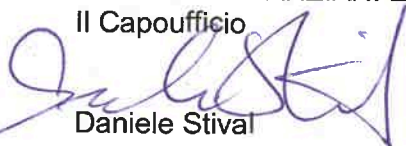
Gentili signore e signori,

ci riferiamo alla circolare trasmessa dal nostro ufficio il 31 dicembre 2014 in cui si comunicavano le novità introdotte a partire dal 2015 in materia di rimborso delle rette di assenza da parte delle Prestazioni complementari AVS/AI. Considerata l'esigenza di rendere uniformi le attuali rette applicate dai centri diurni terapeutici e la necessità di intervenire in alcune situazioni di reiterati annullamenti senza preavviso, vi comunichiamo le seguenti indicazioni (dal punto 1 al punto 3 ricalcano riprendiamo le direttive della citata circolare del 2014, mentre il punto 4 è nuovo):

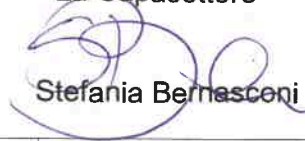
1. la retta di assenza (riservazione) è fissata in fr. 10.--/giorno a partire dal 4° giorno (senza alcuna distinzione per il motivo dell'assenza);
2. il pagamento della retta di assenza non garantisce di per sé la riservazione del posto: gli enti gestori sono tenuti a valutare attentamente le singole situazioni di assenza e a decidere il mantenimento o meno della riservazione;
3. in situazioni particolari (es.: ricovero ospedaliero o soggiorno presso parenti o amici fuori Cantone, di lunga durata), l'ente gestore può decidere di non applicare la retta di riservazione anche dopo il periodo di carenza (primi 3 giorni). Questa decisione dev'essere motivata per iscritto e deve risultare nel dossier dell'utente, per una verifica da parte del nostro Ufficio.
4. nel caso di reiterati annullamenti senza preavviso l'ente gestore è autorizzato ad applicare la retta di riservazione dal primo giorno di assenza. Questa deroga è da applicare considerando le singole situazioni e solo dopo un intervento di sensibilizzazione dell'utente e dei suoi familiari sull'importanza di una frequenza regolare.

Con i migliori saluti.

UFFICIO DEGLI ANZIANI E DELLE CURE A DOMICILIO  
Il Capoufficio

  
Daniele Stival

La Capasettore

  
Stefania Bernasconi