



Via Santo Luigi Guanella, 1 - 23893 CASSAGO BRIANZA (LC)

Direzione: tel. 039 955325

fax 039 9211942

E-mail: cassago.direzione@guanelliani.it ; cassago.direzione@pec.guanelliani.it

Centro Diurno Disabili:

tel. 039 9211328

E-mail: cassago.cse@guanelliani.it

Comunità Socio Sanitarie:

tel. 039 9211191

E-mail: cassago.css@guanelliani.it

SCHEDA DI RICHIESTA INSERIMENTO – SERVIZIO DI SOLLIEVO

1) DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

- **Cognome e nome:** _____
- **Codice fiscale:** _____
- **Data di nascita:** ____ / ____ / ____ **Età:** ____
- **Luogo di nascita:** _____
- **Residenza (via, n°, comune, CAP):**

- **Domicilio (se diverso):**

- **Medico di Medicina Generale (nome e recapito):** _____

2) DATI DEL RICHIEDENTE / REFERENTE PRINCIPALE

- **Cognome e nome:** _____
- **Relazione con la persona:**

☐ Genitore ☐ Familiare ☐ Tutore/Amministratore ☐ Altro: _____
- **Telefono:** _____ **Email:** _____
- **Indirizzo:** _____

3) RETE FAMILIARE E CONTESTO ABITATIVO

Composizione nucleo convivente

Nome e cognome	Relazione	Età	Convive? (S/N)	Recapito
----------------	-----------	-----	----------------	----------



4) MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA (bisogno di sollievo)

- ☐ Supporto al caregiver
- ☐ Periodi di particolare stress/fatica familiare
- ☐ Assenza temporanea caregiver (lavoro, salute, impegni)
- ☐ Potenziamento autonomia/relazione sociale
- ☐ Valutazione per percorsi futuri (residenzialità, autonomia...)
- ☐ Altro: _____

Descrizione sintetica del bisogno:

Periodo richiesto:

- ☐ Continuativo / programmato ☐ Temporaneo ☐ Urgente

Periodo: _____

5) ANAMNESI SOCIALE (storia e funzionamento)

Vita quotidiana e abilità funzionali (osservazioni)

- **Autonomie personali (igiene, vestizione):**

- ☐ Autonomo ☐ Parzialmente autonomo ☐ Dipendente
- Note:



- **Autonomie domestiche:** ☐ Sì ☐ Parziali ☐ No
 - **Orientamento spazio/tempo:** ☐ Adeguato ☐ Parziale ☐ Compromesso
 - **Comunicazione:** ☐ Verbale ☐ Alternativa/CAA ☐ Non verbale
- Note:

- **Mobilità:** ☐ Autonomo ☐ Con ausilio ☐ Carrozzina ☐ Assistito
 - **Relazione/socialità:** ☐ Buona ☐ Selettiva ☐ Difficoltosa ☐ Isolamento
- Note:

Interessi e risorse

- **Interessi/attività gradite:**

- **Cosa lo/la tranquillizza e funziona bene:**

- **Cosa evita o crea disagio:**



6) ANAMNESI SANITARIA (quadro clinico)

- **Diagnosi principale:**

- **Diagnosi secondarie/comorbidità:**

- **Invalidità civile:** ☐ No ☐ Sì, % _____
- **Legge 104/92:** ☐ No ☐ Sì ☐ Art.3 c.1 ☐ Art.3 c.3
- **Progetto Individuale (L.328/00):** ☐ No ☐ Sì

Terapie e controlli

- **Farmaci in corso (nome, dose, orari):**

Allergie / Intolleranze / Diete

- **Allergie:** ☐ No ☐ Sì (quali):

- **Intolleranze:** ☐ No ☐ Sì (quali):



- **Dieta particolare:** ☐ No ☐ Sì (specificare):

Ausili e presidi

- ☐ Carrozzina ☐ Deambulatore ☐ Tripode ☐ Sollevatore ☐ Letto ortopedico
☐ Comunicatore/CAA ☐ Altro:

7) BISOGNI ASSISTENZIALI E GESTIONE QUOTIDIANA

- **Alimentazione:** ☐ Autonomo ☐ Assistito ☐ Frullata ☐ PEG ☐ Altro

- **Rischio soffocamento/disfagia:** ☐ No ☐ Sì (note):

- **Igiene e cura:** ☐ Autonomo ☐ Supervisione ☐ Parziale ☐ Totale assistenza
- **Continenza:** ☐ Continente ☐ Incontinenza urinaria ☐ fecale ☐ presidi
- **Sonno:** ☐ Regolare ☐ Difficoltà (quali):

- **Dolore / crisi / emergenze note:**



8) COMPORTAMENTI PROBLEMATICI / RISCHI (osservati o riferiti)

8.1 Comportamenti critici

- ☐ Nessuno rilevante / nella norma
- ☐ Agitazione psicomotoria / irrequietezza
- ☐ Urla / pianto / crisi comportamentali
- ☐ Oppositività / rifiuto (attività, cambi, richieste)
- ☐ Aggressività verbale
- ☐ Aggressività fisica verso altri
- ☐ Autolesionismo
- ☐ Distruttività (oggetti/ambienti)
- ☐ Comportamenti ripetitivi / stereotipie interferenti
- ☐ Disinibizione / comportamenti socialmente inadeguati
- ☐ Comportamenti sessualizzati non adeguati
- ☐ Fuga / allontanamento / wandering
- ☐ Isolamento marcato / chiusura relazionale
- ☐ Altro: _____

Frequenza: ☐ Raro ☐ Occasionale ☐ Frequente ☐ Quotidiano

Intensità: ☐ Lieve ☐ Moderata ☐ Elevata

Contesto prevalente: ☐ Casa ☐ Servizi ☐ Uscite ☐ Ovunque

8.2 Rischi specifici (sicurezza e salute)

- ☐ Cadute / instabilità posturale
- ☐ Rischio soffocamento / disfagia / broncoaspirazione
- ☐ Crisi epilettiche
- ☐ Rischio ingestione oggetti / pica
- ☐ Ustioni (fornelli, acqua calda)
- ☐ Tagli / ferite accidentali
- ☐ Rischio acqua (doccia/vasca/piscina)
- ☐ Allergie gravi / rischio anafilassi
- ☐ Crisi metaboliche (es. diabete: ipo/iper)
- ☐ Rischio errori terapia / rifiuto farmaci
- ☐ Rischio piaghe da decubito (se ridotta mobilità)
- ☐ Vulnerabilità a raggiri/abusi (alta suggestionabilità)
- ☐ Altro: _____



8.3 Trigger / segnali precoci

Situazioni che aumentano il rischio (trigger):

- ☐ Cambi di routine ☐ Attese ☐ Rumore/affollamento ☐ Frustrazione
☐ Richieste improvvise ☐ Fatica/stanchezza ☐ Dolore/malessere
☐ Conflitti ☐ Stimoli sensoriali (luci, contatti...) ☐ Altro:

Segnali precoci di escalation (spie):

8.4 Strategie efficaci e gestione

Cosa funziona per prevenire/de-escalare:

- ☐ Anticipazioni/agenda visiva ☐ Pausa in luogo tranquillo ☐ Musica/oggetto calmante
☐ Attività preferita ☐ Tecniche di respirazione/rilassamento ☐ Presenza figura di fiducia
☐ Riduzione stimoli ☐ Comunicazione semplificata/CAA ☐ Altro: _____

Cosa NON funziona / da evitare:

9) CONSENSI E PRIVACY

- **Consenso trattamento dati personali (GDPR):** ☐ Sì ☐ No
- **Consenso scambio informazioni tra servizi:** ☐ Sì ☐ No
- **Autorizzazione contatto medico/servizi:** ☐ Sì ☐ No
- **Autorizzazione foto (solo se previste attività):** ☐ Sì ☐ No

Firma del genitore/tutore/amministratore di sostegno:



Data: ____ / ____ / ____

12) NOTE FINALI DELL'OPERATORE / PRIMA VALUTAZIONE

(compilazione interna)

- **Primo contatto avvenuto il:** ____ / ____ / ____
- **Modalità:** ☐ Telefono ☐ Incontro ☐ Visita domiciliare
- **Punti di forza rilevati:**

- **Criticità/attenzioni:**

- **Proposta di inserimento:** ☐ Sì ☐ No ☐ In valutazione
- **Priorità:** ☐ Bassa ☐ Media ☐ Alta ☐ Urgente
- **Osservazioni:**

Operatore: _____ **Firma:** _____

Allegati consigliati (checklist)

- ☐ Carta identità + tessera sanitaria
- ☐ Verbale invalidità / L.104



Congregazione dei Servi della Carità
Opera Don Guanella
Istituto S. Antonio

- ☐ Diagnosi clinica / relazione specialistica
- ☐ Piano terapeutico / elenco farmaci
- ☐ Relazioni educative (se presenti)
- ☐ Eventuale PEI / Progetto Individuale / UVMD