

# MODULO UNICO PER LA DOMANDA DI ACCETTAZIONE



**LA NOSTRA  
FAMIGLIA**  
CURA RIABILITAZIONE E RICERCA  
DALLA PARTE DEI BAMBINI

Tel.: 02-2428594

ASS. LA NOSTRA FAMIGLIA  
VIALE RIMEMBRANZE, 12  
20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI)  
sestosg@lanostrafamiglia.it

Il sottoscritto .....  
in qualità di (genitore / tutore).....

## CHIEDE L'ACCETTAZIONE PRESSO L'AMBULATORIO DI

Nome..... Cognome..... Sesso M ☐ F ☐  
Nato/a a ..... Prov..... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a ..... Prov.....  
Via.....  
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a .....  
Via..... Prov.....  
Cittadinanza..... ASL di residenza .....  
Cod. Fiscale ..... Codice San. Assistito.....  
Numero di telefono..... (Cell .....)  
E Mail.....

**MEDICO INVIANTE** di cui si deve allegare una relazione a sostegno dell'invio

Dott. / Dott. ssa: .....  
☐ Neuropsichiatra (eventuale struttura di appartenenza: ..... )  
☐ Pediatra di famiglia  
☐ Medico di medicina generale

## **DIAGNOSI PER LA QUALE SI RICHIESTE TRATTAMENTO RIABILITATIVO:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disturbi di apprendimento specifici e non        | <input type="checkbox"/> Patologie neuromotorie congenite/acquisite |
| <input type="checkbox"/> Disturbi del linguaggio                          | <input type="checkbox"/> Paralisi cerebrale infantile               |
| <input type="checkbox"/> Disabilità sensoriali                            | <input type="checkbox"/> Patologie neuromotorie/ortopediche         |
| <input type="checkbox"/> Disabilità cognitiva sindromica e non sindromica |   |
| <input type="checkbox"/> IN CARICO PRESSO ALTRO ENTE                      | <input type="checkbox"/> IN ATTESA PRESSO ALTRO ENTE                |

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DATA DI RICEVIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ TIMBRO \_\_\_\_\_ Prog. \_\_\_\_\_

## A CURA DEGLI IDR ETA' EVOLUTIVA ASL MILANO

AIAS MILANO; AIRRI; CONSORZIO SIR; ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA; CENTRO RIPAMONTI ONLUS;  
FONDAZIONE DON GNOCCHI CENTRO S.M.N E CENTRO VISMARA; ISTITUTO DOSSO VERDE;  
ISTITUTO SAN VINCENZO;

#### □ **Presentazione della domanda di accettazione**

La DOMANDA DI ACCETTAZIONE va compilata e firmata dal genitore / tutore e presentata assieme alla “SCHEDA DI PRESENTAZIONE DEL MINORE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / MEDICO DI MEDICINA GENERALE” che motiva l’invio, indicante la diagnosi/ipotesi diagnostica già effettuata o in accertamento. Si chiede pertanto di **allegare anche le fotocopie delle visite specialistiche/valutazioni effettuate o la lettera di dimissione nel caso di precedenti percorsi riabilitativi**. Per accedere alla prima visita, finalizzata alla stesura del Progetto-Programma Riabilitativo, è necessario infatti che il medico NPI possa disporre degli opportuni REFERTI MEDICI e VALUTAZIONI effettuate, utili per definire la diagnosi di accettazione.

Il modulo può essere ritirato direttamente presso il Centro de “la Nostra Famiglia” in viale Rimembranze 12 a Sesto San Giovanni, o scaricato dal sito dell’Associazione.

Per la consegna del modulo ci si può rivolgere al Centralino del Centro di Riabilitazione oppure si può inviare alla mail [silvia.baiguera@lanostrafamiglia.it](mailto:silvia.baiguera@lanostrafamiglia.it).

#### □ **Valutazione della domanda e lista d’attesa**

La domanda di ammissione viene valutata dall’equipe del Centro (Referente di sede e medici) che ha lo scopo di valutare l’appropriatezza della domanda.

Nel caso in cui la domanda risulti idonea, l’utente verrà inserito in lista d’attesa; qualora invece si ritenga che non ci siano i presupposti per la presa in carico, ne viene data comunicazione alla famiglia. Qualora la famiglia rinunci al trattamento richiesto, è tenuta a telefonare in segreteria per darne comunicazione. **Ogni sei mesi chi ha presentato la domanda deve confermare in segreteria l’intenzione di rimanere in lista d’attesa.**

#### □ **Visita specialistica**

Quando il medico ravvisa la possibilità di prendere in carico il minore, il Centro contatta la famiglia per fissare la visita specialistica.

In occasione del primo appuntamento la famiglia deve presentarsi alla segreteria dell’ambulatorio per fare l’accettazione portando:

- **Prescrizione medica**, con indicazione di visita NPI o fisiatrica a secondo del bisogno del minore, redatta esclusivamente su Ricettario Unico del SSN, che deve riportare la seguente dicitura:
  - **“Visita Neuropsichiatrica Infantile per la stesura del progetto riabilitativo individualizzato per sospetta diagnosi di .....”**.
  - OPPURE
  - **“Visita Fisiatrica per la stesura del progetto riabilitativo individualizzato per sospetta diagnosi di .....”**.
- L’impegnativa può essere rilasciata dal Medico di Medicina Generale o, nel caso di minori, anche dal Pediatra di famiglia e dallo specialista di struttura pubblica. L’inviante deve indicare la sospetta diagnosi che motiva la necessità di una visita specialistica
- **Carta Regionale dei Servizi (Tessera sanitaria) del minore**

Se la famiglia è in possesso di recente documentazione sanitaria ne deve consegnare una fotocopia al medico che effettuerà la visita.

Al termine della visita il medico valuta l’esigenza della presa in carico. Nel caso in cui non la ritenga necessaria lo comunica contestualmente alla famiglia.

#### □ **Presa in carico**

Una volta effettuata la visita specialistica il medico stende il Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI). L’utente viene successivamente contattato da un operatore per l’inizio del trattamento riabilitativo che non garantiamo sia effettivamente a ridosso della visita, bensì potrebbe incorrere ulteriore tempo di attesa.

#### **A CURA DEGLI IDR ETA’ EVOLUTIVA ASL MILANO**

AIAS MILANO; AIRRI; CONSORZIO SIR; ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA; CENTRO RIPAMONTI ONLUS;  
FONDAZIONE DON GNOCCHI CENTRO S.M.N. E CENTRO VISMARA; ISTITUTO DOSSO VERDE;  
ISTITUTO SAN VINCENZO;



TEL.: 02-2428594

ASS. LA NOSTRA FAMIGLIA  
VIALE RIMEMBRANZE, 12  
20099 SESTO SAN GIOVANNI (MI)

**SCHEDA DI PRESENTAZIONE DEL MINORE**  
**A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

Nome e cognome del minore .....

Luogo e data di nascita .....

Residenza .....

Eventuale scuola frequentata .....

Utilizzo precedente dei servizi ASL (es. Ospedale, Uonpia, ecc.):

SI

NO

Patologia cronica o ricorrente del minore:

.....  
.....  
.....

Problematiche del minore nelle seguenti aree:

☐ Disturbi di apprendimento specifici e non

☐ Disturbi del linguaggio

☐ Disabilità sensoriali

☐ Disabilità cognitiva sindromica e non sindromica

☐ Patologie neuromotorie congenite/acquisite

☐ Paralisi cerebrale infantile

☐ Patologie neuromotorie/ortopediche

Ipotesi di intervento riabilitativo:

☐ potenziamento cognitivo

☐ logopedia

☐ fisioterapia

☐ neuro e psicomotricità

Note / osservazioni eventuali:

.....  
.....  
.....

Nome e cognome del medico: .....

Telefono:.....

.....  
(timbro e firma del medico)

**A CURA DEGLI IDR ETA' EVOLUTIVA ASL MILANO**

AIAS MILANO; AIRRI; CONSORZIO SIR; ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA; CENTRO RIPAMONTI ONLUS;  
FONDAZIONE DON GNOCCHI CENTRO S.M.N. E CENTRO VISMARA; ISTITUTO DOSSO VERDE;  
ISTITUTO SAN VINCENZO;