

Data presentazione domanda:/...../.....

n. prot. domanda:

Data ingresso:/...../.....

Num. Biancheria

DOMANDA DI INGRESSO IN CENTRO DIURNO INTEGRATO

Il/la sottoscritto/a
nato/a il nel Comune di
Codice fiscale residente in
via n. telefono fisso.....
n. telefono cellulare e-mail
in qualità di: richiedente figlio Tutore Amm. Sostegno Servizi Sociali altro:
SPECIFICARE

CHIEDE

l'ammissione in **C.D.I.** in nome e per conto del Sig./a
nato/a il nel Comune di
residente in..... via n.
C.F. ATS di residenza Cod. es..... Stato civile
N. figli maschi N. figli femmina Professione svolta in passato
Grado di istruzione lic. elem. media inf. sup. laurea

Motivazione richiesta di ingresso:

- Perdita autonomia Insufficienza supporto familiare Solitudine
 Stabilizzazione quadro clinico Alloggio non idoneo Altra motivazione sociale

Soggetto beneficiario di:

- Voucher Socio Sanitario	SI	NO	- Assegno di accompagnamento	SI	NO	Assistenza Domiciliare RSA APERTA	SI	NO
---------------------------	----	----	------------------------------	----	----	-----------------------------------	----	----

Situazione pensionistica:

- Nessuna pensione Anzianità/vecchiaia Sociale
 Invalidità Reversibilità Tipologia speciale (guerra/infortunio sul lavoro, ecc.)

Si impegna ad accettare la decisione motivata del Consiglio d'Amministrazione di dimissioni in caso di inidoneità dell'ospite alla permanenza nel Centro Diurno Integrato, nonché le condizioni specificate nell'allegato Regolamento disciplinante le modalità di accesso al Centro Diurno Integrato della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.

L'impegno al pagamento della retta viene assunto da:

La fattura della retta viene intestata a:

Richiesta di organizzazione del trasporto SI NO

Il sottoscrittore dichiara di ricevere copia della Carta dei Servizi comprensiva dell'Informativa Privacy e di regolamento del C.D.I. "Varni Agnetti" e di essere stato informato dal personale della Fondazione Varni Agnetti O.N.L.U.S. sulle unità di offerta sociali e socio-sanitarie presenti sul territorio.

Firma

VALUTAZIONE MEDICA

(spazio riservato alla valutazione del Medico Responsabile della FONDAZIONE "VARNI AGNETTI" O.N.L.U.S.)

INDICATORI:

MOBILITA' :

- GRAVE MODERATA LIEVE NON VALUTABILE

COGNITIVITA' :

- GRAVE MODERATA LIEVE NON VALUTABILE

COMORBILITA' :

- GRAVE MODERATA LIEVE NON VALUTABILE

ALZHEIMER SI NO SOGGETTO IDONEO SI NO NOTE

Data Il Medico Responsabile

Altri referenti da contattare:

Nome _____ Cognome _____

grado di parentela con l'ospite/utente _____

residente a _____ Prov. _____

recapiti telefonici _____

DA ALLEGARE:

DOCUMENTAZIONE MEDICA:

- **Questionario sanitario** allegato alla presente domanda di ingresso C.D.I. compilata dal Medico curante;
- **Copie di cartelle cliniche** relative ad eventuali ricoveri ospedalieri recenti (**GIA' IN FOTOCOPIA**);
- **Copie referti di visite specialistiche** od esami strumentali (**GIA' IN FOTOCOPIA**);
- **Esami di laboratorio:** Ast-Alt-Vdrl-Bilirubina-Hbsg-Anti Hcv ecc.

DOCUMENTAZIONE VARIA:

- **Certificato o autocertificazione di residenza**
- **Fotocopia Carta Regionale dei servizi (Tesserino Sanitario magnetico);**
- **Fotocopia Codice Fiscale;**
- **Tesserino eventuali esenzione ticket in originale;**
- **Fotocopia documento d'identità non scaduto;**

TARIFFE C.D.I. IN VIGORE:

TIPOLOGIA	RETTA GG A FAR DATA DAL 1/07/2020
RETTA GIORNALIERA CDI	€ 20,00

TIPOLOGIA	RETTA GG A FAR DATA DAL 1/02/2023
RETTA GIORNALIERA CDI	€ 21,00

Si precisa che il costo di trasporto verrà addebitato nel caso in cui l'utente non informi preventivamente dell'assenza dell'ospite, evitando che l'autista si rechi a vuoto a casa degli utenti.

Nella retta (giornaliera) SONO COMPRESI:

- ↪ L'ASSISTENZA MEDICO GENERICA, ASSISTENZA MEDICO GERIATRICA (**), INFERMIERISTICA (COMPRESI PRELIEVI ESAMI EMATOCHIMICI DI CONTROLLO ECC.), RIABILITATIVA (FKT, MASSOFISIOTERAPIA, EVENTUALI CICLI TENS - ULTRASUONI, RADAR TERAPIA, IONOFRESI ECC), SOCIO-EDUCATIVA E AUSILIARIA PER L'IGIENE E LA CURA DELLA PERSONA;
- ↪ I SERVIZI DI TIPO ALBERGHIERO (COLAZIONE E UN PASTO PER PERMANENZA ½ GIORNATA; COLAZIONE, DUE PASTI E MERENDA PER PERMANENZA INTERA GIORNATA) COMPRESI LE DIETE SPECIALI;
- ↪ BAGNI ASSISTITI
- ↪ SERVIZIO DI TELEMEDICINA PER LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI (**)
- ↪ SERVIZIO LAVANDERIA INTERNO.

() SOLO PER UTENTI CHE FREQUENTANO CON CONTINUITÀ IL C.D.I., NEL CASO IN CUI LA FREQUENZA DOVESSE ESSERE SALTUARIA, VERRÀ ADDEBITATA LA SOMMA DI € 27,00 PER LA VISITA GERIATRICA ED € 9,00 PER ECG REFERTATO.**

E che dalla retta SONO ESCLUSI:

- ↪ FORNITURE DI FARMACI, PRESIDI SANITARI, PRESIDI MONOUSO PER L'INCONTINENZA;
- ↪ AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE;
- ↪ EVENTUALI SPESE DI TRASPORTO CON AUTOLETTIGHE O ALTRI MEZZI;
- ↪ SERVIZI EXTRA DI PARRUCCHIERA, BARBIERE, CALLISTA (MANICURE E PEDICURE CURATIVA);
- ↪ LE PRESTAZIONI DI MEDICINA SPECIALISTICA (VISITE, DIAGNOSTICA STRUMENTALE, ASSISTENZA PROTESICA, CARDIOLOGO, FISIATRA ECC.), DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE NONCHÉ QUELLE RELATIVE ALL'ASSISTENZA PROTESICA EROGABILE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO

SANITARIO NAZIONALE;

↪ ASSISTENZA AUSILIARIA DELL'UTENTE CDI RICOVERATO C/O OSPEDALE CIVILE O ALTRO ISTITUTO;

La retta deve essere versata l'ultimo giorno del mese di riferimento e comunque non oltre il **10 del mese** successivo a quello a cui si riferisce.

- ✓ **Gli utenti che desiderassero uscire dal Centro Diurno Integrato in autonomia, se giudicati fisicamente e psichicamente idonei, potranno farlo previa autorizzazione formale da parte del medico e della Direzione.**
- ✓ **I parenti che desiderassero portare fuori dalla struttura il loro familiare potranno farlo assumendosene la responsabilità previo rilascio di benessere da parte della Direzione o del Medico Responsabile.**

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA RETTA DELL'OSPITE IN C.D.I.

La retta deve essere versata esclusivamente tramite:

- ✓ **BONIFICO BANCARIO** da effettuare sul c/c n. **000000040921** intrattenuto presso **INTESA SANPAOLO S.P.A. Fil. Godiasco (PV) ABI 03069 CAB 55900** a favore di FONDAZIONE VARNI AGNETTI, specificando il nome e il cognome dell'ospite ed il mese di riferimento (**COD. IBAN IT23 G 03069 55900 000000040921**)
- ✓ **ASSEGNI BANCARI;**
- ✓ **ASSEGNI CIRCOLARI;**

ELENCO BIANCHERIA CONSIGLIATO

NUMERO	TIPO	CATEGORIA OSPITE
3	MAGLIE	TUTTI
3	MUTANDE	TUTTI
3 PAIA	CALZE BIANCHE	TUTTI
3 PAIA	CALZE	DEAMBULANTI
1	CIABATTE	TUTTI
1	PANTOFOLE	TUTTI
3	FAZZOLETTI	TUTTI
1	TUTE DA GINNASTICA O CALZONI E CAMICIA A SCELTA	SIGNORI DEAMBULANTI
2	SALVIETTINE BIDET	TUTTI
2	SALVIETTE	TUTTI

TUTTO IL NECESSARIO PER L'IGIENE PERSONALE

NUMERO	TIPO	CATEGORIA OSPITE
1	SPAZZOLINO DA DENTI	TUTTI
1	DENTIFRICIO	TUTTI
1	PASTA ADESIVA PER DENTIERA	TUTTI
1	SAPONETTA	TUTTI
1	PETTINE E SPAZZOLA	TUTTI
1	LAMETTE E SCHIUMA DA BARBA	SIGNORI
1	DOCCIA SHAMPOO	TUTTI

PER GLI OSPITI DI SESSO MASCHILE E' NECESSARIO IL RASOIO ELETTRICO (ECCETTO PORTATORI DI PACE-MAKER)

TUTTA LA BIANCHERIA E GLI INDUMENTI DEVONO ESSERE NEL LIMITE DEL POSSIBILE IN TESSUTO O COMPOSIZIONE LAVABILE IN LAVATRICE.

TUTTI GLI INDUMENTI, LA BIANCHERIA E LE CALZATURE **VANNO ASSOLUTAMENTE CONTRASSEGNAI** DAI PARENTI CON IL NUMERO CHE VERRA' ASSEGNATO ALL'OSPITE DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE.

IN CASO DI INTEGRAZIONE E/O DI RESO DI BIANCHERIA, SI RICORDA DI APPORRE IL NUMERO E DI FAR AGGIORNARE AL PERSONALE DEL PIANO, LA SCHEDA BIANCHERIA.

LA BIANCHERIA NON NUMERATA VERRA' TRATTENUTA PRESSO LA LAVANDERIA (DOVE I PARENTI POTRANNO RITIRARLA) NON OLTRE I **6 MESI**, DOPODICHE' **VERRÀ RIDISTRIBUITA**.

REGOLAMENTO INTERNO di SEMI-RESIDENZIALITÀ

CENTRO DIURNO INTEGRATO “Varni Agnetti” O.N.L.U.S. – Godiasco Salice Terme (PV)

PREMESSA

- La Fondazione “Varni Agnetti” O.N.L.U.S., gestita da un Consiglio d’Amministrazione, ospita nel proprio C.D.I. persone anziane (di norma di età superiore 65 anni) di ambo i sessi, che presentino una compromissione del loro livello di autosufficienza perché:
 - affette da pluripatologie cronico-degenerative, fra le quali le demenze, ma senza gravi disturbi comportamentali;
 - sole, anche con discreto livello di autonomia ma a rischio di emarginazione;
 - inserite in un contesto familiare o solidale per il quale l’assistenza domiciliare risulti insufficiente o troppo onerosa.Non sono ammissibili persone autosufficienti con elevate esigenze clinico-assistenziali, con problematiche psichiatriche attive o con demenza associata a gravi disturbi comportamentali;
- I servizi erogati dalla Fondazione “Varni Agnetti” sono quelli specificati nella “Carta dei Servizi” di cui il contraente dichiara di conoscerne il contenuto;
- *Che, in ottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa regionale, il/la Sig./ra _____, è stata informata sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità di offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi;*

Tutto ciò premesso, si conviene e stipula quanto segue:

Art. 1 Oggetto e durata

La Fondazione “Varni Agnetti” O.N.L.U.S. si impegna ad offrire al/la Sig./ra _____ prestazioni socio-assistenziali, sanitarie, riabilitative e di animazione in regime diurno.

L’ospite dovrà osservare l’ordine delle cose di sua proprietà, non tenere nei locali del Centro Diurno cibi e bevande che possano influire sull’igiene dell’ambiente, non tenere animali;

È tassativamente vietato fumare nei locali del Centro Diurno e nei luoghi deputati all’assistenza alle persone, alla fisioterapia ed alla terapia occupazionale e in genere in tutti i locali della struttura.

L’ospite dovrà rispettare il riposo dei compagni (locale adibito al riposo diurno), ponendo attenzione a non far rumore e a non parlare a voce alta durante le ore considerate di riposo.

L’Ospite deve consentire al personale della Fondazione di provvedere alle pulizie e al riassetto del locale CDI e relativi servizi igienici. La durata del contratto è illimitata salvo i casi di recesso previsti dall’art. 11 del presente regolamento.

Prestazioni a carico della Fondazione

Art. 2 Servizi:

Il trattamento del C.D.I. “Varni Agnetti” comprende, nella quota di retta pagata, tutti i servizi e le prestazioni previste dalla normativa della Regione Lombardia vigente in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento, a cui si aggiungono quelli contemplati nella Carta dei Servizi della Fondazione; sono compresi gli obblighi di custodia dei beni nel limite della disponibilità logistica della struttura, di assicurazione, di rispetto della privacy, di rispetto dei protocolli assunti, di rendere nota la Carta dei Servizi, di costituire documentazione sanitaria e socio-sanitaria.

Servizio sanitario:

Valutazione geriatrica e periodica, con conseguenti ed eventuali trattamenti farmacologici, medicazioni.

Servizio Infermieristico

Gli ospiti usufruiscono dell’assistenza infermieristica, da parte di personale abilitato a norma di legge.

Gli infermieri sono figure centrali del servizio sanitario rivolto agli ospiti, in quanto si occupano, in forma diretta, della cura alla persona. Le loro funzioni, oltre che di carattere sanitario-assistenziale, sono anche di tipo organizzativo e di supporto a tutte le figure che ruotano nell’assistenza alla persona. Collaborano strettamente con il Medico Responsabile presente nella struttura. Gli infermieri professionali, oltre alla specifica preparazione sanitaria, offrono un valido sostegno umano con disponibilità all’ascolto, rispetto e attenzione a percepire i bisogni e le situazioni degli ospiti.

Servizio di fisioterapia

All’interno della struttura è presente un servizio di fisioterapia. Tale servizio è erogato a tutti gli ospiti che necessitano di assistenza fisioterapica sotto stretta collaborazione con i Medici della Struttura. La Fondazione “Varni Agnetti” ha, a tale scopo, un settore attrezzato con locali di trattamento per mantenere una buona privacy dell’ospite; una palestra per lo svolgimento di ginnastiche di gruppo selezionate in base alla necessità degli ospiti, un ambulatorio Medico di prima assistenza, nonché apparecchiature antalgiche e di potenziamento. Il servizio viene svolto tutti i giorni dal lunedì al venerdì nelle modalità esplicitate nella Carta dei Servizi.

Attività ricreative, culturali e occupazionali:

L’ospite è libero di organizzare la propria giornata nel modo che ritiene più opportuno, occupando il tempo libero in attività ricreative, culturali od occupazionali, spontaneamente scelte. A tal fine è stato istituito un servizio di animazione che, utilizzando l’attrezzatura all’uopo predisposta, proporrà iniziative socioculturali. Le varie attività saranno svolte nei locali a ciò destinati, secondo orari stabiliti dalla Direzione. Il servizio viene svolto dal lunedì al venerdì nelle modalità esplicitate nella Carta dei Servizi.

Servizio Assistenza alla persona:

L’assistenza alla persona è garantita da personale qualificato Ausiliari Socio Assistenziali (A.S.A.) o Operatori Socio Sanitari (O.S.S.).

Il servizio consiste nell’aiutare gli ospiti del C.D.I. in tutto quanto occorre per le loro esigenze quotidiane, avendo riguardo alle loro specifiche peculiarità fisiche e psicologiche.

Il personale adibito a questo tipo di servizio dovrà svolgere mansioni atte a favorire l’autosufficienza nelle attività delle persone: alzarsi-pulizia e igiene personale, alimentazione, imboccamento, corretta deambulazione, movimento arti invalidi ecc.

Dovrà anche esplicitare il servizio di pulizia degli effetti personali – accompagnamento ecc., curare i servizi di refettorio.

Il servizio viene svolto tutti i giorni.

Assistenza Religiosa

Il servizio di assistenza religiosa è garantito dal Parroco di Godiasco Salice Terme.

L'attività religiosa si articola prevalentemente al giovedì pomeriggio (ore 15.00) con la celebrazione della Santa Messa, dopo la Santa Messa ogni ospite che lo desidera può ricevere l'assistenza religiosa.

Servizio mensa:

Il trattamento alimentare deve rispondere per quantità e qualità alle esigenze dietetiche dell'età avanzata, tenere conto delle diverse abitudini alimentari degli ospiti e dei problemi sanitari. Il menù giornaliero è reso noto agli ospiti mediante affissione. I pasti saranno consumati nella sala pranzo; eccezioni saranno da concordare con la Direzione. Gli orari dei pasti sono affissi nella sala mensa. Eventuali pasti fuori orario dovranno essere autorizzati dalla Direzione. **Non è ammesso l'ingresso agli esterni in sala pranzo se non autorizzati dalla Direzione o dal Medico della Struttura per casi particolari.**

Servizio lavanderia e stireria:

La Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. mette a disposizione dell'ospite un servizio di guardaroba, lavanderia – stireria e rammendo e curerà i cambi della biancheria personale. Il cambio della biancheria personale avverrà due volte alla settimana. Quando l'ospite viene dimesso o è deceduto il reparto lavanderia trasporta il vestiario in magazzino, mantenendolo opportunamente identificato, i parenti degli ospiti o chi per essi possono entro un mese dalla dimissione / decesso richiedere la restituzione del vestiario, allo scadere di tale termine il vestiario non reclamato sarà eliminato. Il servizio viene svolto dal lunedì al venerdì nelle modalità esplicitate nella Carta dei Servizi.

Servizio parrucchiere – estetista

I servizi parrucchiere, barbieri, manicure e pedicure vengono offerti su richiesta dell'Ospite o dai parenti dello stesso. I tariffari degli operatori convenzionati sono esposti in bacheca. Per maggiori informazioni su questi servizi è possibile contattare il Servizio Animazione del C.D.I. Il servizio di manicure e pedicure conservativa viene in genere prestato nel momento in cui viene effettuato il bagno all'ospite. Nel caso in cui l'ospite necessiti di una prestazione specialistica o curativa, verrà effettuato dall'operatore in possesso di qualifica, in seguito ad accertamento da parte del medico che verifica la reale necessità del bisogno.

Servizi di sostegno al contesto familiare o solidale:

Al bisogno sono previsti interventi di informazione ed educazione per favorire l'utilizzo al domicilio di tutti i presidi, gli ausili e le procedure che adattino l'ambiente domestico al grado di non autosufficienza raggiunto e supportino l'autonomia residua della persona anziana e le risorse assistenziali del nucleo familiare o solidale a cui essa appartiene.

Specifiche:

Nel caso in cui il familiare, direttamente o avvalendosi di una terza persona, desideri in qualsiasi forma intervenire nell'assistenza dell'ospite (assistenza al pasto, assistenza alla deambulazione ecc.) dovrà fornire specifica richiesta scritta al Medico Responsabile della struttura che, potrà autorizzarla, salvo diverse indicazioni di carattere organizzativo o sanitario.

Non è ammessa in alcun caso la somministrazione dei farmaci agli ospiti da parte dei familiari durante la permanenza nel Centro Diurno Integrato.

Certificazioni fiscali:

Sarà cura della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. rilasciare la certificazione delle rette ai fini fiscali, per i servizi che prevedono una compartecipazione al costo da parte dell'ospite, entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

Art. 3 Rapporti con i vari soggetti

Rapporti con l'ambiente esterno

La Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. favorisce al massimo i rapporti dell'ospite con l'esterno, aiutandolo a mantenere i contatti con l'ambiente di provenienza e nel frattempo ad integrarsi nel nuovo ambiente di semi-residenzialità. L'ospite è libero di ricevere nel C.D.I. "Varni Agnetti" visite di familiari, parenti, amici rispettando l'orario di visita. Per ogni informazione riguardante l'ospite, sarà necessario, rivolgersi esclusivamente al Medico, all'Infermiere Professionale o alla Direzione della Fondazione "Varni Agnetti". Le informazioni saranno rilasciate solo alla persona che ha presentato domanda di ingresso in C.D.I. dell'ospite ed ai sensi della vigente normativa in materia di trattamento dei dati personali.

Rapporti fra il personale e gli ospiti

I rapporti fra il personale della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. e gli ospiti dovranno essere improntati al massimo reciproco rispetto, esprimersi nelle forme di una corretta educazione, svolgersi in un clima di serena e cordiale collaborazione. E' vietata qualunque diversità di trattamento fra gli ospiti, e così pure non sono ammesse mance, compensi o regali di alcun genere al personale da parte degli ospiti stessi o loro congiunti. **Eventuali reclami inerenti ai servizi ed al personale addetto devono essere presentati direttamente alla Direzione della Fondazione.**

Rapporti fra gli ospiti

Ogni ospite ha il diritto di vivere liberamente, nel pieno rispetto del suo credo religioso e delle sue idee politiche. La sua libertà d'azione trova il solo limite nella libertà degli altri e nella osservanza delle norme collettive, indispensabili per il buon funzionamento della vita comunitaria. Gli ospiti impronteranno i loro rapporti al massimo rispetto, alla reciproca comprensione e solidarietà. Gli ospiti dovranno osservare gli orari stabiliti dalla Direzione. Dovranno altresì osservare, le regole di igiene comune e personale, comportarsi in ogni circostanza secondo le regole di buona educazione. Dovranno, inoltre, far buon uso di tutti ciò che la Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. mette a disposizione, evitando sperperi, deterioramenti e danni; eventuali danni arrecati potranno essere addebitati. La Direzione della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. potrà richiamare l'ospite al rispetto delle suddette norme, prima oralmente, poi per iscritto. Dopo un secondo richiamo scritto, il Direttore può proporre al Consiglio di Amministrazione dell'Ente la dimissione dell'ospite (secondo le modalità specificate nell'art. 11 del presente contratto).

Prestazioni a carico dell'ospite

Art. 4 Retta

L'ospite stesso, o chi per esso, si impegna a versare la retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione, che alla data di ingresso è pari a

GLI IMPORTI STABILITI (esplicitati sulla Carta dei Servizi e sulla domanda di ingresso in CDI) DEVONO ESSERE VERSATI ENTRO IL 10 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO tramite:

↳ **BONIFICO BANCARIO** da effettuare sul c/c n. **000000040921** intrattenuto presso **INTESA SANPAOLO S.P.A. Fil. Godiasco (PV) ABI 03069 CAB 55900** a favore di **FONDAZIONE VARNI AGNETTI**, specificando il nome e il cognome dell'ospite ricoverato ed il mese di riferimento (**COD. IBAN IT23 G 03069 55900 000000040921**).

↳ **ASSEGNI BANCARI;**

ASSEGNI CIRCOLARI;

L'impegno di spesa viene assunto dall'ospite stesso, o dal/la Sig./ra _____, che si impegna ad accettare anche le eventuali variazioni della retta che la Fondazione ritenesse di dover applicare durante il corso del soggiorno dell'ospite presso il C.D.I., dovute anche alla variazione del fabbisogno assistenziale dell'Ospite stesso.

In caso di modificazione del quadro clinico dell'ospite, verrà data comunicazione scritta della variazione della retta inviata alla persona di riferimento o all'ospite stesso. La decorrenza dell'aumento della retta non può essere retroattiva.

Qualora la retta non venisse corrisposta nei termini di cui ai precedenti commi, la Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S., trascorso un termine di tolleranza di 20 giorni, invia una lettera di sollecito/messa in mora dalla cui data di ricevimento decorreranno gli interessi di mora, successivamente, dopo un secondo sollecito scritto, promuove il licenziamento dell'ospite con le modalità previste dall'art 11 del presente contratto di semi-residenzialità, salvo restando ogni azione legale per il recupero delle somme dovute.

L'ospite, o chi per esso, si impegna a fornire tutti i documenti richiesti per il perfezionamento della pratica di inserimento elencati nella domanda di ingresso.

L'ospite, o chi per esso, si impegna a fornire ed aggiornare, in caso di variazione, sia l'anagrafica, sia i propri dati (residenza, recapiti telefonici, stato di famiglia ecc.).

La persona di riferimento è tenuta ad informare la Fondazione in caso di assenze o ferie in modo da essere reperiti in caso di necessità.

Art. 5 Oggetti personali – Custodia dei beni

L'ospite stesso, o chi per esso, si impegna a non tenere e/o lasciare all'ospite eccessivo denaro, oro o altri beni di valore.

All'ingresso in C.D.I. della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. è obbligatorio fornire un elenco *dettagliato* degli oggetti di valore che l'ospite ha portato con sé.

La Fondazione garantisce la stipula delle assicurazioni previste dalla vigente normativa oltre che la custodia dei beni dell'ospite; gli utenti sono comunque invitati a non trattenere presso di sé oggetti di valore o denaro.

La Fondazione non si assume alcuna responsabilità in caso di furto o loro smarrimento, se non in custodia presso l'Ufficio Amministrativo della stessa.

Art. 6 Farmaci e presidi monouso per l'incontinenza

Il/La Sig./ra _____ in qualità di (parente/familiare) _____ dell'Ospite del Centro Diurno Integrato "Varni Agnetti" si impegna in merito alla permanenza della Sig./ra _____ c/o il C.D.I. della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.

- ✓ **a comunicare tempestivamente al Medico Responsabile CDI Varni Agnetti eventuali modifiche terapeutiche apportate dal medico di base o da medici specialisti;**
- ✓ **a comunicare tempestivamente al Medico responsabile del CDI Varni Agnetti nuovi inquadramenti diagnostici terapeutici;**

L'ospite, o chi per esso, si impegna altresì:

- ✓ a portare e ad integrare, ove necessario, i medicinali che devono essere assunti (dall'Ospite) durante la permanenza nel Centro Diurno Integrato "Varni Agnetti";
- ✓ a provvedere alla fornitura dei presidi monouso di assorbenza per l'incontinenza e presidi sanitari in genere necessari durante la degenza dell'utente nel C.D.I.;
- ✓ ad informare tempestivamente il C.D.I. Varni Agnetti di ogni eventuale ricovero in ospedale o in casa di cura/istituto di riabilitazione o in R.S.A. o di eventuali variazioni di terapia da parte del MMG di base.

ART. 7 AUSILI E PRESIDII

L'ospite stesso, o chi per esso, si impegna all'acquisto e manutenzione di eventuali ausili (es. girelli o carrozzine) e presidi (esclusi gli ausili per incontinenti) che si rendessero necessari all'ospite durante la degenza.

Art. 8 Biancheria in dotazione

L'ospite deve essere dotato di biancheria personale come indicato nell'apposito modulo predisposto dall'Amministrazione su cui deve essere apposto il numero assegnato dall'Amministrazione medesima. Tale dotazione sarà mantenuta nel tempo costante e conseguentemente dovrà essere opportunamente integrata al fine di mantenere il medesimo in condizioni igieniche confortevoli e decorose secondo le indicazioni del personale addetto al servizio lavanderia.

Tutta la biancheria verrà opportunamente registrata sulla Scheda Biancheria Ospite.

Art. 9 Ricovero ospedaliero o visite specialistiche

In caso di ricovero ospedaliero o di trasporto ed assistenza per visite specialistiche l'assistenza e il trasporto è a totale carico dei familiari dell'ospite.

Art. 10 Ipotesi di recesso, di risoluzione del contratto o di dimissioni

Un ospite del C.D.I. Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. può essere dimesso:

- a) **per sua esplicita richiesta, da presentarsi per iscritto all'Ufficio Amministrativo della Fondazione;**
- b) **per decisione motivata del Consiglio di Amministrazione su proposta del Direttore, con 10 giorni di preavviso ossia:**
 - 1) **qualora l'ospite, dopo rinnovati richiami, tenga un comportamento contrario alle norme del presente regolamento, di pregiudizio per la comunità o di grave disturbo per gli altri ospiti ovvero quando sono ripetutamente violate le regole di convivenza previste dalla Carta dei Servizi e dal Regolamento Interno della Fondazione facendo insorgere seri e comprovati motivi di incompatibilità con la vita dell'istituzione o qualora le stesse sorgano con uno o più parenti dell'ospite. In tali casi di recesso la Fondazione si attiverà affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'ATS di riferimento;**
 - 2) **qualora non rientri, senza giustificato motivo e preavviso, dopo periodi di assenza dal CDI Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.;**
 - 3) **qualora venissero a mancare i presupposti per frequentare il C.D.I. (es. aggravamento delle condizioni di salute);**
 - 4) **qualora si renda necessario un ricovero in Ospedale, o altro Istituto di cura, per sopraggiunta malattia che richieda particolari interventi terapeutici o riabilitativi e non permetta l'ulteriore permanenza nel C.D.I. Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.;**
 - 5) **su richiesta motivata del Nucleo di Valutazione Multidimensionale della Fondazione.**
- c) **senza preavviso, nel caso in cui l'ospite: divenga pericoloso per se stesso (autolesionismo ecc.) o per gli altri ospiti, tenga un comportamento incompatibile con la vita in comunità, oppure abbia commesso reati, violenze, minacce, furti ecc... ovvero quando sono ripetutamente violate le regole di convivenza previste dalla Carta dei Servizi e dal Regolamento Interno della Fondazione facendo**

insorgere seri e comprovati motivi di incompatibilità con la vita dell'istituzione o qualora le stesse sorgano con uno o più parenti dell'ospite. In tali casi di recesso la Fondazione si attiverà affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'ATS di riferimento.

La Fondazione potrà recedere, con comunicazione scritta alla persona di riferimento, **nel caso di reiterati e gravi ritardi ed in caso di non avvenuti pagamenti delle quote di rette a carico dell'ospite**. In questi casi, il recesso potrà ricorrere a condizione che la Fondazione abbia adempiuto ai propri obblighi normativamente sanciti.

In caso di dimissioni o di recesso dal contratto, la Fondazione ha l'obbligo di darne tempestiva comunicazione agli uffici competenti dell'ATS e del Comune di residenza dell'Ospite.

La Fondazione si attiverà affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'ATS di riferimento.

Art. 11 Tutela dei dati personali e sensibili – Informativa - Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679.

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679 si rimanda all'informativa sulla Privacy contenuta nella Carta dei Servizi di cui ha dichiarato di averla ricevuta in copia e disponibile e scaricabile dal sito istituzionale della Fondazione.

Art. 12 Codice Etico - Informativa

L'ospite stesso, o chi per esso, dichiara di conoscere i contenuti del Codice Etico e di Condotta adottato dalla Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. e contenuto nella Carta dei Servizi, (che ha ricevuto in copia).

Il Codice Etico adottato dalla Fondazione si propone di confermare e di fissare i principi di correttezza, lealtà, integrità e trasparenza dei comportamenti, del modo di operare e della conduzione dei rapporti, sia al proprio interno che nei confronti dei soggetti terzi.

ART. 13 – ESONERO RESPONSABILITÀ – (barrare la casella di interesse)

Il/La Sig./ra _____ in qualità di _____ dell'Ospite del Centro Diurno Integrato "Varni Agnetti in merito alla permanenza del/la Sig./ra _____ c/o il C.D.I. della Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S. richiede che:

venga attivato un servizio di trasporto dell'ospite da e verso il CDI ed autorizza:

la Fondazione "Varni Agnetti" ad organizzare il servizio trasporto in proprio e per tramite l'associazione di volontariato ed al contempo scarica da ogni eventuali responsabilità inerente il medesimo trasporto della Sig./ra _____ dal proprio domicilio vs. il Centro Diurno "Varni Agnetti" e dal Centro Diurno al domicilio sia la Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S., compreso il proprio personale, sia l'Associazione di Volontariato che può provvedere ad effettuare il trasporto degli Ospiti da e vs. il Centro Diurno.

Si specifica che il trasporto dell'ospite da e vs. il C.D.I. verrà attivato solo con espressa volontà ad attivare il servizio di trasporto e contemporaneo scarico di responsabilità della Fondazione per l'organizzazione del servizio medesimo.

Si precisa che il costo di trasporto verrà addebitato nel caso in cui l'utente non informi preventivamente dell'assenza dell'ospite, evitando che l'autista si rechi a vuoto a casa degli utenti.

Si precisa altresì che:

- ✓ gli utenti che desiderassero uscire dal C.D.I. Varni Agnetti in autonomia, se giudicati fisicamente e psichicamente idonei, potranno farlo previa autorizzazione formale da parte del Medico Responsabile e della Direzione.
- ✓ I parenti che desiderassero portare fuori dal C.D.I. Varni Agnetti il loro familiare potranno farlo assumendosene la responsabilità previo rilascio del benessere da parte della Direzione e del Medico Responsabile.

non richiede il servizio di trasporto

Art. 14 Giurisdizione e controversie

In materia di contestazioni e controversie saranno applicate le vigenti disposizioni di legge, fermo restando, per la competenza dell'Autorità Giudiziaria ordinaria, il Foro di Voghera.

Art. 15 Norma finale

Tutto quanto non è disciplinato dal presente contratto sarà regolamentato dalla vigente normativa nazionale e regionale in materia di assistenza socio sanitaria per anziani.

Letto, approvato e sottoscritto

Il/La Sig./ra _____

Fondazione "Varni Agnetti" ONLUS

IL DIRETTORE

(Dott. Carlo Ferrari)

A norma degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., la sottoscritta, previa lettura del presente contratto di semi-residenzialità, approva uno per uno e nell'insieme, fin d'ora reietta ogni eccezione, i 16 articoli sopra riportati.

Data, _____

QUESTIONARIO SANITARIO

(da compilarsi a cura del Medico Curante)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Esente SI NO COD. ESENZ. _____ PARZ TOT

Situazione clinica attuale:

- OSPITE CON PROTEZIONE VACCINALE COMPLETA (compreso BOOSTER)
 OSPITE CON PROTEZIONE VACCINALE PARZIALE
 OSPITE NON VACCINATO MA GUARITO DA PREGRESSA INFEZIONE DA NON PIÙ DI 6 MESI
 OSPITE NON VACCINATO

ATTIVITÀ di VITA QUOTIDIANA	Indipendente	Parzialmente dipendente	Totalmente dipendente
Capacità di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacità di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continenza sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOBILITÀ	<input type="checkbox"/> Indipendente	<input type="checkbox"/> autonomo con protesi/ausili	<input type="checkbox"/> carrozzella
	<input type="checkbox"/> Con aiuto	<input type="checkbox"/> con aiuto con protesi/ausili	<input type="checkbox"/> altro _____
	<input type="checkbox"/> necessità di utilizzo sollevatore	<input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali	

PATOLOGIE

LEGENDA

A: assente; **L:** lieve - trattamento facoltativo; prognosi eccellente; **M:** moderata - trattamento necessario; prognosi buona; **G:** grave; è invalidante - trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata; **MG:** molto grave - trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave

AREA (barrare la casella che interessa come da legenda)	GRAVITÀ				
PATOLOGIE CARDIACHE	A	L	M	G	MG

Diagnosi _____

PORTATORE DI PACE-MAKER SI NO

IPERTENSIONE	A	L	M	G	MG
--------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO VASCOLARE (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

APPARATO RESPIRATORIO	A	L	M	G	MG
-----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi _____

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

APPARATO DIGERENTE INFERIORE (intestino, ernie)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

STIPSI SI NO

INCONTINENZA FECALE SI NO

FEGATO	A	L	M	G	MG
---------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

RENE	A	L	M	G	MG
-------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO-URINARIE	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

INCONTINENZA URINARIA SI NO

APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

ULCERE DA DECUBITO SI NO SEDE _____ STADIO _____

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (no demenza)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni ..)	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, psicosi...)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi _____

HA SUBITO RICOVERI IN REPARTI OSPEDALIERI PSICHIATRICI SI NO

Specificare _____

È IN CURA c/o SPECIALISTI NEUROPSICHIATRICI o CENTRI PSICO SOCIALI SI NO

Specificare _____

PRINCIPALI RICOVERI OSPEDALIERI O PRESSO ALTRI ENTI NEGLI ULTIMI 12 MESI:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

DESCRIZIONE			Se SI indicare:
DIALISI	SI	NO	<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE <input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA FREQUENZA SETTIMANALE DIALISI _____
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	SI	NO	<input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA <input type="checkbox"/> CON TRACHEOSTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILATORE DURATA ORARIO OSSIGENOTERAPIA _____
ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE	SI	NO	<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PARENTERALE TOTALE
DISFAGIA	SI	NO	<input type="checkbox"/> CIBI FRULLATI/OMOGENEIZZATI <input type="checkbox"/> ADDENSANTI
STATO NUTRIZIONALE	SI	NO	<input type="checkbox"/> OBESITÀ <input type="checkbox"/> SOTTOPESO <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO
DIETA SPECIFICA	SI	NO	di che tipo _____
GESTIONE INCONTINENZA	SI	NO	<input type="checkbox"/> PRESIDI ASSORBENTI <input type="checkbox"/> ANO ARTIFICIALE <input type="checkbox"/> CATETERE VESCICALE
PROTESI	SI	NO	<input type="checkbox"/> DENTALE <input type="checkbox"/> ACUSTICA <input type="checkbox"/> OCCHIALI <input type="checkbox"/> ALTRO _____
EMOTRASFUSIONE	SI	NO	TIPO _____
ALTRO (CHEMIOTERAPIA/RADIOTERAPIA ecc.)	SI	NO	PIANO TERAPEUTICO OSPEDALIERO IN ATTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

VALUTAZIONE COGNITIVA

DISORIENTAMENTO TEMPO/SPAZIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PARZIALE
DIAGNOSI <u>ACCERTATA</u> DI MORBO DI ALZHEIMER	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Allegare idonea documentazione sanitaria</i>
PERDITA DI MEMORIA	<input type="checkbox"/> LIEVE	<input type="checkbox"/> MODERATA	<input type="checkbox"/> GRAVE
SINTOMI PSICOTICI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI	<input type="checkbox"/> VAGABONDAGGIO/WANDERING <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> TENTATIVI DI ALLONTANAMENTO INCONSAPEVOLE/EPISODI DI FUGA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> AGITAZIONE PSICO-MOTORIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> VOCALIZZI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> INVERSIONE RITMO SONNO/SVEGLIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ FISICA/VERBALE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> DELIRI/ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> CRISI D'ANSIA/ATTACCHI DI PANICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> DEFLESSIONE DEL TONO DELL'UMORE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI MEZZI DI PROTEZIONE E TUTELA (CONTENZIONI) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <i>Se SI, specificare :</i>		
ALTRO _____			

ALLERGIE A FARMACI ED ALIMENTI:

INTOLLERANZE:

PARASSITOSI CUTANEE / MALATTIE CONTAGIOSE / SITUAZIONI PERICOLOSE E CONTRARIE ALLA VITA IN COMUNITÀ:

TERAPIA IN CORSO:

TIPO DI FARMACO	DOSAGGIO	ORARIO	DURATA DEL TRATTAMENTO

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> IDONEA		<input type="checkbox"/> PRESENZA BARRIERE ARCHITETTONICHE
COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> VIVE SOLO	<input type="checkbox"/> CON FAMILIARE CONVIVENTE	<input type="checkbox"/> CON ASSISTENTE FAMILIARE/BADANTE
	<input type="checkbox"/> ALTRO	SPECIFICARE _____	
SUPPORTO FAMILIARE/CAREGIVER	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PARZIALE	<input type="checkbox"/> ASSENTE
PRINCIPALE CAREGIVER <i>(specificare in caso di PRESENTE o PARZIALE)</i>	<input type="checkbox"/> CONIUGE	<input type="checkbox"/> FIGLIO	<input type="checkbox"/> NIPOTE
	<input type="checkbox"/> ALTRO <i>(specificare)</i> _____		

Il Medico curante (MMG):

Cognome _____ Nome _____

Recapito telefonico studio _____ Cellulare _____

E- MAIL _____ Cod. reg. medico _____

*Il MMG, **SI IMPEGNA**, ad ogni variazione della terapia farmacologica, ad inviare comunicazione scritta al Medico Responsabile del CDI Fondazione Varni Agnetti ONLUS.*

Data _____

 timbro e firma MMG

Informazioni utili

Gentile Signora/e

il personale del Centro Diurno desidera fornirLe alcune utili indicazioni per facilitare la Sua frequenza.

L'attività del Centro è espressione di un lavoro multidisciplinare di presa in carico del paziente.

Il contributo delle diverse professionalità si concretizza nel Piano di Assistenza Individuale che tiene conto delle necessità individuali del paziente e della sua famiglia e definisce gli obiettivi di mantenimento o di recupero delle autonomie funzionali del paziente nelle attività quotidiane.

Nel nostro Centro diverse figure professionali si curano della salute e del comfort dei pazienti. Ognuno di loro indossa obbligatoriamente un cartellino di riconoscimento che aiuta ad identificarli.

IL MEDICO, segue come "supervisore" lo stato di salute dei pazienti che afferiscono alla struttura. E' il riferimento per quanto concerne gli aspetti clinico-riabilitativi, l'assistenza sanitaria ed il benessere psico-fisico dell'ospite del C.D.I. In quanto responsabile della definizione del PAI, è il riferimento per le decisioni maturate in sede di Équipe Multidisciplinare.

IL RESPONSABILE ASS.LE, responsabile della direzione organizzativa ed alberghiera, garantisce l'omogeneità di gestione e di trattamento dei pazienti. E' il riferimento per quanto concerne gli aspetti assistenziali e organizzativi di tutti i pazienti assistiti nel servizio del C.D.I.

L'EDUCATORE PROFESSIONALE, ha il compito di coordinare e promuovere tutte le attività animative. Esso costituisce punto forte di riferimento per la vita psicologica, relazionale ed affettiva delle persone ospitate e riassume lo sforzo e l'impegno di tutti gli operatori per dare significato e dignità alla vita dell'anziano,

GLI INFERMIERI PROFESSIONALI sono responsabili dell'assistenza infermieristica, valutano e rispondono alle diverse necessità del paziente. Sono il riferimento per quanto concerne l'individuazione e la soddisfazione dei bisogni assistenziali finalizzati al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del livello di benessere.

GLI OPERATORI SOCIO-SANITARI, collaborano con il personale sanitario nell'assistenza al malato, il loro compito è quello di svolgere attività che aiutino le persone a soddisfare i propri bisogni fondamentali.

I RIABILITATORI, pianificano gli interventi specifici finalizzati al raggiungimento della massima autonomia possibile. Sono il riferimento per quanto concerne le attività finalizzate al recupero, al mantenimento e al miglioramento delle funzioni motorie, cognitive e neuropsicologiche.

Per assicurare un servizio di qualità abbiamo bisogno della collaborazione dei familiari.

Si raccomanda gentilmente di attenersi a queste disposizioni:

- ✓ Per tutto il periodo di frequenza del paziente presso il C.D.I. gli effetti personali e di non immediata necessità (denaro, oggetti di valore, etc.) devono essere presi in consegna dal familiare oppure depositati in custodia c/o l'Ufficio Amm.vo.
- ✓ Non introdurre in reparto oggetti contundenti o lesivi che possano nuocere in alcun modo alla salute dei pazienti.
 - ✓ Le prescrizioni di farmaci da parte del medico di medicina generale vanno sempre comunicate al medico del C.D.I. Fondazione "Varni Agnetti" O.N.L.U.S.. In caso di accadimenti (*traumi, cadute, altre situazioni cliniche emergenti e/o ulteriori accertamenti diagnostici effettuati e/o variazioni della terapia farmacologica*) verificatisi presso il domicilio è necessario informare in forma scritta il medico del C.D.I. Qualora si fosse reso necessario l'intervento del medico di medicina generale o del Pronto Soccorso è indispensabile inviare una copia del referto al medico del C.D.I.
- ✓ I farmaci necessari al paziente saranno consegnati dai familiari al personale infermieristico, in confezioni integre. Sarà cura degli stessi familiari provvedere al rifornimento su richiesta degli infermieri.

Al fine di migliorare e adeguare in modo efficace i servizi alle Vostre esigenze, Vi chiediamo di segnalare eventuali motivi di insoddisfazione alla Responsabile Assistenziale o alla Referente del servizio Qualità dell'Ufficio Amministrativo.

CONSENSO DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO DI PROPRI DATI PERSONALI, RELATIVI ALLA SALUTE

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy EU 2016/679

Il sottoscritto Interessato Sig./ra _____,

nato a _____ il _____

e residente in _____ via _____,

con la firma apposta in calce alla presente attesta:

- di aver preso visione e di accettare l'informativa contenuta nella Carta dei Servizi;
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti di propri dati resi.
- il proprio libero consenso affinché il Titolare proceda ai trattamenti dei dati resi per i suoi familiari.

Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili, identificativi, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi alla salute e quelli necessari mediante l'utilizzo di appositi strumenti della sanità elettronica (quali dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico - FSE, Telemedico Servizi di Telemedicina, CBA INFORMATICA Softwarehouse, ATS PAVIA, REGIONE LOMBARDIA) per le finalità e per la durata precisati nell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE n. 679/2016, che dichiara di averne compreso il contenuto.

Acconsente, inoltre, che possa essere data informazione della presenza in Fondazione e del proprio stato di salute a:

- Coloro che lo richiedono
- Indicare il nome delle persone che lo richiedono _____

- Nessuno

Godiasco Salice Terme, lì _____

L'OSPITE/PARENTE

Nell'ambito delle finalità istituzionali della Fondazione, **ACCONSENTE** **NON ACCONSENTE** ad utilizzare i dati personali con le seguenti modalità:

- ✓ Nome, cognome e fotografia per identificare ospite e i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (per es. porta camera, letto, armadio, suppellettili, ecc.), che potranno risultare, pertanto, visibili a terzi ospiti e visitatori;
- ✓ Utilizzo di immagini che potranno essere diffuse per finalità ricreative all'interno della struttura.

Godiasco Salice Terme, lì _____

L'OSPITE/PARENTE

Il Titolare del Trattamento è:

Fondazione "Varni - Agnetti" O.N.L.U.S.
Via Ardivestra, 3/5
27052 Godiasco Salice Terme (PV)
nella persona del Legale Rappresentante