

# **CARTA DEI SERVIZI**

## **RESIDENZA PER ANZIANI "DUEMIGLIA"**



**2019**

*\* parti revisionate anno 2019*

## **INDICE**

### **Pag 3:**

*La Carta dei Servizi*

*L'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale, titolare del servizio*

*Cosa è la Residenza per Anziani "Duemiglia"*

*Quali sono le finalità e gli obiettivi della Residenza "Duemiglia"*

### **Pag 4:**

*A chi si rivolge la Residenza "Duemiglia"*

*Quali spazi ed ambienti sono disponibili all'interno della Residenza "Duemiglia"*

*Giorni e orari di funzionamento della Residenza "Duemiglia"*

*Quali sono i servizi e le attività proposte agli ospiti della Residenza "Duemiglia"*

### **Pag 5:**

*Assistenza sanitaria degli ospiti*

*Quali operatori garantiscono il funzionamento della Residenza "Duemiglia"*

*Sistema di valutazione della soddisfazione per ospiti e familiari*

### **Pag 6:**

*Come si fa ad accedere alla Residenza "Duemiglia"*

*Quanto costa essere accolti in Residenza "Duemiglia"*

*A chi rivolgersi per informazioni e necessità*

### **Pag 7:**

*Comitato di rappresentanza ospiti*

*Come raggiungere Cremona Solidale e la Comunità Duemiglia*

### **Pag 8:**

**ALLEGATI**

1. Protocollo Operativo per Attivazione Emergenza Sanitaria

2. Modulo per segnalazione reclamo, suggerimento o elogio - Questionario di gradimento per ospiti e loro familiari

3. Protocollo operativo per l'accoglienza e la dimissione

4. Attribuzione punteggio ai richiedente - lista attesa

5. Rette e Tariffe

## **La Carta dei Servizi**

*La Carta dei Servizi è un documento pubblico pensato per illustrare i servizi offerti all'utenza. La sua finalità è quella di fornire indicazioni sui modi, sulle forme e sui tempi di funzionamento del servizio, sugli obiettivi perseguiti e sulla filosofia di base.*

*Si rivolge ai fruitori diretti, alle loro famiglie e a tutti coloro che vogliono conoscere il servizio in modo approfondito.*

*Ogni anno la Carta è aggiornata, resa disponibile per coloro che richiedono informazioni sul servizio. Viene consegnata di persona ai nuovi utenti; è pubblicata sul sito dell'Azienda ([www.cremonasolidale.it](http://www.cremonasolidale.it)) ed è esposta presso il servizio. Inoltre, può essere richiesta al Punto Info dell'Azienda (piano terra del presidio Somenzi, tel. 0372 533651 – e-mail [info@cremonasolidale.it](mailto:info@cremonasolidale.it)) aperto da Lunedì a Venerdì, dalle 8.30 alle 13.30 e dalle 14.30 alle 16.00.*

## **L'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale, titolare del servizio**

L'Azienda Speciale Comunale "Cremona Solidale" - Ente gestore del Servizio - è un Ente pubblico che nasce il 1 gennaio 2004, dopo lo scioglimento di due ex I.P.A.B. Cremonesi (Il.P.P.A.B. Riunite e Centro Geriatrico Cremonese) su impulso del Comune di Cremona. Con delibera n 49 del 25/08/2010 - e successiva modifica ed integrazione del 21/12/2011 - l'Azienda ha adottato un proprio Codice Etico, documento mediante il quale esprime gli impegni ed i valori che ispirano la propria attività, strumento necessario per il perseguimento della "mission aziendale".

## **Cosa è la Residenza per Anziani "Duemiglia"**

La Residenza per Anziani "Duemiglia" è un servizio sperimentale di tipo residenziale, ad indirizzo prevalentemente assistenziale e sociale, ma che garantisce anche una protezione sanitaria di base. E' destinato a persone anziane - superiori a 65 anni - in condizione di fragilità, che si trovino nella necessità (sia temporanea, sia definitiva), di poter continuare a mantenere le proprie autonomie purché collocate all'interno di un contesto di gruppo e di maggiore tutela. Le motivazioni che possono condurre alla richiesta di inserimento in Residenza possono essere diverse:

- lontananza o mancanza di riferimenti parentali tali da garantire all'anziano il necessario supporto per rimanere nella propria abitazione;
- esiti da malattie e/o ricoveri che suggeriscano – anche solamente per un periodo limitato – l'opportunità di accoglienza in un contesto tutelante;
- condizioni personali emotivamente critiche a causa di eventi familiari e personali significativi;
- necessità temporanee legate a terapie o cicli di interventi terapeutici da realizzarsi all'interno dell'Azienda;
- insicurezza personale legata a perdita, sia pure iniziale e parziale, di alcune autonomie;
- solitudine e/o scelta di condividere con altri le proprie giornate.

## **Quali sono le finalità e gli obiettivi della Residenza "Duemiglia"**

La Residenza persegue le seguenti finalità:

- permettere all'anziano di vivere in un contesto sicuro e tutelante, dove le inabilità o criticità legate all'invecchiamento o ad esiti di patologie dell'invecchiamento siano ridotte grazie alla presenza di ausili, tra cui anche personale dedicato all'assistenza;
- supportare la famiglia nella cura del proprio congiunto;
- offrire servizi adeguati alle diverse problematiche delle persone anziane con la funzione di:
  - ✓ mantenere le proprie competenze e capacità, in particolare quelle legate all'autonomia, al benessere e alla sicurezza personale;
  - ✓ contenere e ridurre, dove e se possibile, i comportamenti inadeguati, con particolare riguardo per quelli di tipo rinunciatario;
  - ✓ contribuire a sollecitare atteggiamenti positivi verso la vita di gruppo, verso la socialità ed la conservazione delle relazioni amicali e familiari;
  - ✓ costruire progetti individualizzati per ogni ospite, in accordo con l'ospite stesso e - se possibile - con le loro famiglie.

### **A chi si rivolge la Residenza “Duemiglia”**

La Residenza accoglie persone anziane di età superiore a 65 anni all'ingresso che abbiano funzioni cognitive non compromesse e discreta autonomia negli spostamenti. Ospiti con età inferiore possono essere accolti solamente qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- richiesta di un servizio sociale;
- disponibilità di posti ed assenza di domande in lista d'attesa.

La Residenza può accogliere sino a 24 persone, di entrambi i sessi.

### **Quali spazi ed ambienti sono disponibili all'interno della Residenza “Duemiglia”**

La Residenza "Duemiglia" è collocata al primo piano del palazzo storico “Soldi”, in via Brescia 207. Complessivamente dispone dei seguenti locali:

- stanze ospiti singole o doppie (n.10)
- bagni attrezzati (n.6)
- bagno con box doccia per bagni assistiti (n.1)
- sala pranzo (n.1)
- sala polifunzionale: laboratorio per le attività manuali, sala lettura e TV (n.1)
- zona relax - veranda (n.2)
- ufficio Infermiera per la conservazione dei medicinali di pronto soccorso e dei blister con i farmaci della settimana (n.1)
- ufficio per gli incontri di equipe, incontri con le famiglie ed i servizi sociali, per la conservazione del materiale cartaceo, tra cui le cartelle degli ospiti (n.1)
- locali accessori: ripostiglio smaltimento biancheria sporca/pulita; magazzino detersivi e carrello delle pulizie; ripostiglio materiali vari; magazzino (n.4)
- tisaneria-cucina per lo sporzionamento e il lavaggio delle stoviglie (n.1)

Inoltre la struttura dispone di un ascensore dedicato.

### **Giorni e orari di funzionamento della Residenza “Duemiglia”**

La Residenza "Duemiglia" è aperta tutto l'anno (365 giorni l'anno) per 24 ore al giorno. I parenti possono accedere alla struttura in qualsiasi momento, nel rispetto della privacy degli altri ospiti e nel rispetto delle attività programmate. Pertanto, gli orari più consoni per effettuare le visite - se non vi sono altre necessità che possono essere concordate con il personale - sono quelli di metà mattina (dalle 9:30 alle 11:30) e quelli del pomeriggio (dalle 15,30 alle 18,30).

### **Quali sono i servizi e le attività proposte agli ospiti della Residenza “Duemiglia”**

L'offerta di servizi e prestazioni erogati afferiscono a tre aree di bisogno:

- cura del sé: aiuto nella gestione dell'igiene personale; addestramento al mantenimento delle autonomie possibili, attraverso strategie sicure o l'ausilio di semplici strumenti; aiuto nella gestione dell'abbigliamento (acquisto, scelta, lavaggio, riordino, etc.); corretta alimentazione; trasporti individuali e di gruppo;
- cura dell'ambiente di vita: supporto per la gestione e riordino del proprio ambiente di vita, nel rispetto delle libertà e dei desideri individuali (personalizzazione della propria camera); pulizia ordinaria e straordinaria della stanza;
- vita sociale: attività di gruppo (laboratori espressivi; ginnastica dolce; gruppi di lettura e laboratorio dei ricordi; etc.); uscite sul territorio; attività conviviali con i propri familiari.

Di seguito, si riporta – a titolo esemplificativo – una giornata tipo presso la nostra Residenza “Duemiglia”:

- 7:00 sveglia / assistenza nell'igiene mattutina / docce sulla base della programmazione settimanale
- 8:00 colazione e aiuto alla assunzione delle terapie
- 10:00 attività di socializzazione (lettura giornale; ginnastica dolce; laboratori e stimolazione cognitiva; passeggiate nel giardino; uscite in città)
- 12:00 pranzo e aiuto alla assunzione delle terapie

- 15:30 attività di socializzazione (lettura giornale; ginnastica dolce; laboratori e stimolazione cognitiva; passeggiate nel giardino; uscite in città)
- 18:00 cena e aiuto alla assunzione delle terapie
- 20:00 attività di preparazione alla notte

Il pasto è preparato dalla cucina di "Cremona Solidale". Il menù si caratterizza in base alla stagione ed è strutturato su 4 settimane. Sono previste diete speciali.

Le pulizie ordinarie e straordinarie dei locali ed arredi è garantito dal servizio pulizie interno l'Azienda con 6 accessi settimanali. Gli operatori sono riconoscibili dalla divisa azzurra.

I trasporti – singoli o collettivi – per le iniziative esterne sono realizzati dai volontari iscritti all'Associazione "Amici della terza età" che collabora con l'Azienda (riconoscibili dal tesserino) e organizzati dall'educatore della Residenza. Per esigenze individuali gli ospiti o i loro familiari possono fare richiesta all'infermiera la quale, sulla base della disponibilità dei mezzi e del personale, organizzerà l'uscita.

### **Assistenza sanitaria degli ospiti**

Con l'ammissione alla Residenza "Duemiglia", gli ospiti mantengono il proprio Medico di Medicina Generale. Tuttavia – al fine di garantire un'adeguata assistenza degli ospiti – la struttura offre:

- supporto nella assunzione dei farmaci (gli ospiti sono aiutati ad assumere in modo regolare e nel rispetto degli orari stabiliti i farmaci prescritti dal MMG)
- segnalazione all'esaurirsi della scorta farmaci;
- controllo del peso corporeo e verifica mensile del valore della pressione arteriosa;
- controllo dei valori della glicemia, in caso di necessità o per ospiti con patologia conclamata di diabete;
- visita podologica mensile.

Eventuali situazioni di malessere sono immediatamente segnalate ai familiari e al MMG di riferimento. Gli interventi d'emergenza sono gestiti attraverso un apposito protocollo (Allegato 1).

I familiari sono tenuti a mantenere sempre adeguata scorta di medicinali e a consegnare - nei casi di variazione del farmaco, della posologia, degli orari di assunzione – la prescrizione del MMG. I familiari sono inoltre tenuti a mantenere costanti contatti con il MMG affinché non vengano a mancare - con l'ammissione in Residenza - adeguate cure e sorveglianza sullo stato di salute del loro congiunto.

### **Quali operatori garantiscono il funzionamento della Residenza "Duemiglia"**

I servizi alberghieri e di cura degli ospiti sono realizzati da ASA qualificati, riconoscibili dalla divisa bianca. La turnazione degli ASA garantisce una copertura assistenziale dalle ore 7:00 alle ore 21:00 (mattina 7:00-14:12 / pomeriggio 13:48/21:00).

L'assistenza sanitaria ordinaria è supervisionata da un infermiere professionale per 36 ore settimanali (riconoscibile dalla divisa bianca con profilo azzurro del collo). Rientrano tra le sue attività: la rilevazione parametri vitali; la custodia dei farmaci e predisposizione dei blister della terapia; la gestione dei contatti con il MMG e la famiglia.

Le attività educative, ludico ricreative, i progetti di socializzazione e le relazioni con i parenti sono organizzate e coordinate dall'educatore, riconoscibile dal tesserino. La presenza dell'educatore nella Residenza è garantita per 3 volte la settimana - per totali 9 ore settimanali – sulla base della programmazione delle attività.

### **Sistema di valutazione della soddisfazione per ospiti e familiari**

Al fine di garantire un servizio di qualità e di dar voce ai propri ospiti/familiari, l'Azienda ha predisposto degli strumenti di valutazione del servizio (Allegati 2):

- il modulo per la segnalazione di reclami, suggerimenti o elogi: questo strumento serve per segnalare un eventuale disservizio o un suggerimento rispetto alle prestazioni ricevute o per esprimere un elogio. Il modulo - liberamente disponibile presso la Residenza "Duemiglia" - va firmato e consegnato in busta chiusa all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (piano terra del Presidio Somenzi; fax 0372-533555; e-mail: urp@cremonasolidale.it). Alle segnalazioni, entro 7 giorni dal ricevimento, sarà data risposta scritta da parte della Direzione Aziendale.
- il questionario di gradimento per gli ospiti e familiari: questo strumento serve per misurare il livello di soddisfazione complessivo e per singoli aspetti del servizio su un anno di attività. Viene

inviato o consegnato ad ogni ospite o familiare di riferimento; è rigorosamente anonimo e va riconsegnato in busta chiusa. I risultati dei questionari vengono resi pubblici attraverso apposita assemblea e nel Bilancio Sociale. Il questionario è un documento cui l'Azienda attribuisce grande importanza perché può guidare la Direzione Aziendale nel compiere scelte che rendano il servizio sempre più adeguato ai bisogni dei propri utenti.

### **Come si fa ad accedere alla Residenza “Duemiglia”**

La domanda di ammissione (Allegati 3) deve essere presentata al Punto Info di Cremona Solidale (piano terra Presidio Somenzi, tel. 0372 533651 – e-mail [info@cremonasolidale.it](mailto:info@cremonasolidale.it)) aperto da Lunedì a Venerdì, dalle 8.30 alle 13.30 e dalle 14.30 alle 16.00. Ad ogni domanda segue un incontro alla presenza del richiedente e dei suoi familiari/care givers per la presentazione del servizio. Durante l'incontro sono raccolte le informazioni utili per una valutazione di appropriatezza alla struttura e per la predisposizione - in caso di accettazione della domanda - di un progetto di inserimento. L'ammissione al servizio avviene attraverso una *giornata di conoscenza* ed un *mese di ammissione di prova*.

- **Giornata di conoscenza:** si chiede la disponibilità all'anziano di accedere al servizio per una giornata (in modo part-time e senza oneri di retta). Durante questo breve periodo il personale addetto all'assistenza effettua una prima valutazione del bisogno assistenziale della persona e presenta il servizio, il suo funzionamento, le persone già inserite. Per effettuare tale conoscenza è necessario che venga consegnata in modo anticipato alla struttura la “Scheda sanitaria individuale” debitamente compilata dal MMG (Allegati 3);
- **Mese di ammissione in prova:** nel caso di valutazione positiva della giornata di conoscenza (effettuata in sede di equipe del servizio) l'ospite è ammesso al mese di prova. Il mese di prova si conclude con un incontro allargato con la famiglia dell'ospite durante il quale si concorda l'ammissione definitiva con presentazione del Progetto Individuale o l'interruzione del percorso e/o progetto di trasferimento ad altro servizio maggiormente idoneo. Per effettuare il mese di prova l'ospite deve sottoscrivere il “Contratto di assistenza”, completo della documentazione inerente i dati significativi e la informativa sulla privacy.

Nel caso di mancanza di posto - ma di contestuale appropriatezza - la domanda viene inserita in lista di attesa.

La gestione dell'accoglienza, della presa in carico del nuovo ospite e della successiva dimissione avviene seguendo quanto definito negli appositi protocolli aziendali (Allegati 3).

La Lista di attesa dei richiedenti è conservata presso il Punto Info aziendale ed è costruita assegnando un punteggio ad ogni richiedente secondo l'allegato 4.

### **Quanto costa essere accolti in Residenza “Duemiglia”**

La retta giornaliera di frequenza è definita dal Consiglio di Amministrazione dell'Azienda, in accordo con il Comune di Cremona.

La retta comprende tutti i servizi alberghieri, mensa, trasporto organizzato dagli operatori, attività educative, riabilitative, assistenziali e sanitarie (incluso il servizio di podologia), ludico e ricreative. Sono escluse dalla retta le spese aggiuntive in caso di gita e di escursione, l'entrata in musei, centri ricreativi, teatri, piscine, etc. , i biglietti di bus o treni, i pasti se consumati al di fuori della Residenza. Sono altresì escluse dalla retta le spese per abbigliamento personale, le spese per generi destinati all'igiene personale. Sono infine escluse dalla retta i costi legati alla fruizione – su richiesta diretta dell'ospite e/o suo familiare - dei servizi accessori di:

- parrucchiera/barbiere;
- lavanderia (servizio interno gestito da Cremona Solidale per i capi di abbigliamento personali; le informazioni al riguardo vengono fornite all'atto dell'inserimento).

### **A chi rivolgersi per informazioni e necessità**

La Residenza opera affinché vi sia un costante e stretto rapporto tra personale e familiari di riferimento nella ricerca di occasioni di scambio e di confronto, per mantenere sempre monitorato il percorso di accoglienza dell'ospite e per adeguare le azioni alle diverse esigenze espresse.

Il referente aziendale della Residenza “Duemiglia” è il Coordinatore Sociale, contattabile:

- al numero di telefono 0372/533511 o 533589

- via e-mail all'indirizzo [coordinatore.sociale@cremonasolidale](mailto:coordinatore.sociale@cremonasolidale)

E' possibile avere informazioni ed indicazioni utili sul funzionamento della Residenza e sulle modalità per la presentazione della domanda contattando l'Assistente Sociale aziendale:

- al numero di telefono 0372 533708
- al fax 0372 5335555
- via e-mail all'indirizzo [assistente.sociale@cremonasolidale.it](mailto:assistente.sociale@cremonasolidale.it)

Per le questioni riguardanti la fatturazione e il pagamento della retta, il referente è l'Ufficio Ragioneria, contattabile:

- al numero di telefono 0372 533592
- via e-mail all'indirizzo [ragioneria@cremonasolidale.it](mailto:ragioneria@cremonasolidale.it)

Sovrintende e governa il lavoro interno alla Comunità il Coordinatore di Struttura (Elsa Chiodelli) e - in sua assenza ed in sua collaborazione - l'educatore.

E' possibile richiedere una visita guidata alla Residenza per conoscerla - prima di avanzare richiesta di accoglienza - contattando il servizio al numero 0372/533505 nei giorni da lunedì a venerdì (dalle ore 10:00 alle ore 17:00).

### **Comitato di rappresentanza ospiti**

L'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale favorisce e prevede nei propri regolamenti la costituzione di organismi di partecipazione dei rappresentanti degli Ospiti. Un apposito Regolamento (scaricabile dal sito [www.cremonasolidale.it](http://www.cremonasolidale.it)) disciplina il ruolo e le modalità di funzionamento dei Comitati di Rappresentanza. Alla rappresentanza degli ospiti è assegnata la finalità di concorrere con l'Azienda ed i suoi operatori a tutelare i diritti delle persone che fruiscono dei servizi erogati. Il Comitato è organismo cui ogni cittadino può rivolgersi inviando una mail a: [comitato.parenti@cremonasolidale.it](mailto:comitato.parenti@cremonasolidale.it). Presso la Portineria di Cremona Solidale, inoltre, vi è una cassetta di ricevimento posta dedicata al Comitato: chiunque può lasciare indicazioni, suggerimenti, richieste, indicando i propri recapiti per poter essere richiamato.

## **Come raggiungere Cremona Solidale e la Comunità Duemiglia**

### **CON MEZZI PRIVATI**

Tangenziale di Cremona Uscita direzione Brescia -via Brescia 207 ( Ampi parcheggi gratuiti )

### **CON I MEZZI PUBBLICI**

Gli autobus della **KM ( SERVIZIO PUBBLICO AUTOTRASPORTI DI CEMONA )** fermano all'ingresso di Cremona Solidale



**ALLEGATI:**

6. Protocollo Operativo per Attivazione Emergenza Sanitaria
7. Modulo per segnalazione reclamo, suggerimento o elogio - Questionario di gradimento per ospiti e loro familiari
8. Protocollo operativo per l'accoglienza e la dimissione
9. Attribuzione punteggio ai richiedente - lista attesa
10. Rette e Tariffe



ALLEGATO 1  
Protocollo Operativo per Attivazione Emergenza Sanitaria

**Protocollo Operativo per**  
**ATTIVAZIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA**

*Prima stesura 29/12/2016 - Redatto da:Aldo Pani -*

**In caso di urgenza sanitaria**

A) da Lunedì a Venerdì ore 8:00 – 20:00

- telefonare al MMG o sostituto nella fascia oraria di competenza (8:00 - 20:00)
- in caso di mancata reperibilità, telefonare al servizio di Emergenza Territoriale (ex 118) con numero breve 3112

B) nei giorni feriali dalle 20:00 alle 8:00 e nei giorni di sabato, domenica e festivi durante tutto il giorno:

- telefonare al servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) con numero breve 3800 in caso di necessità cliniche le quali NON presentino i caratteri dell'urgenza immediata (p.e. febbre non elevata, dolori di lieve - media intensità di recente insorgenza o non controllati dalla terapia in corso, traumi di lieve entità, etc.)
- in caso di urgenze cliniche (perdita di coscienza, caduta a terra, traumi, febbre alta, forti dolori in particolare se al torace, difficoltà respiratorie, confusione mentale, emorragie, ecc) attivare il servizio di Emergenza Territoriale col numero breve 3112

Nelle ore di assenza del personale della Residenza (dalle 21:00 alle 7:00) la gestione delle chiamate è in capo all'IP in turno in RSA secondo il calendario di volta in volta comunicato.

## ALLEGATI 2

- Modulo per segnalazione reclamo, suggerimento o elogio
- Questionario di gradimento per ospiti e loro familiari

## Modulo per segnalazione reclamo, suggerimento o elogio

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico – URP  
Azienda Speciale Comunale "Cremona Solidale"  
Via Brescia n.207 – 26100 Cremona  
Fax: 0372-533555 / e-mail: [urp@cremonasolidale.it](mailto:urp@cremonasolidale.it)

Egr. Signore / Gentile Signora

La preghiamo di descrivere in sintesi il fatto che ha dato origine alla Sua osservazione specificando:

- Data:
- Ora:
- Servizio:

---

---

---

---

---

---

---

---

Se desidera ricevere una risposta scritta compili la parte seguente:

- Cognome:
- Nome:
- Indirizzo:
- E-mail:
- Parente di:

Cremona,     /     /

Firma \_\_\_\_\_

*Ai sensi di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali verranno utilizzati da Cremona Solidale per soli fini istituzionali e saranno esclusivamente volti a raccogliere reclami, suggerimenti o elogi circa l'attività svolta, garantendo la massima riservatezza.*

## QUESTIONARIO DI GRADIMENTO PER OSPITI E LORO FAMILIARI RESIDENZA "DUEMIGLIA"

### 1) INFORMAZIONI PRELIMINARI

1.1 Chi compila il questionario:  ospite  familiare/altro care giver  compilato insieme

1.2 Da quanto tempo è ospitato presso la Comunità?

- Più di cinque anni  
 Da 3 a 5 anni  
 Da 1 a 3 anni  
 Da 3 mesi a 1 anno  
 Meno di tre mesi

### 2) ACCOGLIENZA

#### N.B. PARTE RISERVATA AGLI OSPITI ENTRATI IN COMUNITA' NEL 2017

2.1 Come giudica l'accoglienza al momento del Suo ingresso?

- Ottima  Buona  Sufficiente  Scarsa  Pessima  Non so

2.2. Ha avuto informazioni circa l'organizzazione dell'Azienda e del servizio?

- Sì  No

### 3) QUALITA' COMPLESSIVA DELLE PRESTAZIONI RICEVUTE

3.1 Con riferimento all'anno, come valuta complessivamente il servizio ricevuto?

Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
--------	-------	-------------	--------	---------	--------

3.2 Con riferimento all'anno, quali aspetti considera maggiormente positivi? (max 3 risposte)

Stare insieme ad altre persone	Le cure ricevute	La cortesia del personale	Le attività proposte	Il pasto	Lo spazio a disposizione	La mia stanza
--------------------------------	------------------	---------------------------	----------------------	----------	--------------------------	---------------

3.3 Con riferimento all'anno, quali aspetti ha gradito di meno se ve ne sono? (max 3 risposte)

Stare insieme ad altre persone	Le cure ricevute	La cortesia del personale	Le attività proposte	Il pasto	Lo spazio a disposizione	La mia stanza
--------------------------------	------------------	---------------------------	----------------------	----------	--------------------------	---------------

### 4) QUALITA' DELL'ASSISTENZA

4.1 Come valuta la cortesia e disponibilità delle seguenti figure professionali?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Infermiera						
Ausiliarie						
Educatore						
Responsabile						

4.2 Come valuta l'assistenza ricevuta dalle seguenti figure professionali?

	Ottima	Buona	Sufficiente	Scarsa	Pessima	Non so
Infermiera						
Ausiliarie						
Educatore						

4.2 Come valuta il livello di igiene e cura della persona?

Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
--------	-------	-------------	--------	---------	--------

4.3 Come valuta le attività proposte?

Ottime	Buone	Sufficienti	Scarse	Pessime	Non so
--------	-------	-------------	--------	---------	--------

## 5) SERVIZI ALBERGHIERI

5.1 Come valuta il vitto fornito dall'azienda?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Quantità						
Qualità						
Varietà e possibilità di scelta						

5.2 Come valuta la Sua camera?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Idoneità ai Suoi bisogni						
Pulizia						
Qualità degli arredi						

5.3 Come valuta gli spazi comuni?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Idoneità ai Suoi bisogni						
Pulizia						
Qualità degli arredi						

5.4 Come valuta il cambio della biancheria del letto?

	Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
Frequenza						
Pulizia della biancheria						

5.5 Ha scelto di utilizzare il servizio interno per il lavaggio dei capi personali:  Sì  No

Se ha risposto sì alla domanda precedente, come valuta il servizio offerto?

Ottimo	Buono	Sufficiente	Scarso	Pessimo	Non so
--------	-------	-------------	--------	---------	--------

Spazio riservato a Suoi eventuali suggerimenti per migliorare il servizio ricevuto:

---



---



---



---

### ALLEGATO 3

- Protocollo operativo per l'accoglienza e la dimissione

# RESIDENZA PER ANZIANI “DUEMIGLIA”

## Protocollo Operativo per L'ACCOGLIENZA E LA DIMISSIONE DEGLI OSPITI NELLA RESIDENZA *Duemiglia*

Prima stesura 1/6/2008 –

Rev 1/3/2010 – 1/9/2010 – 2/1/2012 – 1/2/2014 - 2/1/2017 -

Redatto da: Roberta Barilli - Daniela Cabrini - Elsa Chiodelli - Francesco Squeri - Donatella Piovani

### ACCOGLIENZA

#### **OBIETTIVO (tipologia del bisogno ed obiettivo finale)**

L'obiettivo finale dell'applicazione del protocollo è assicurare una forma di accoglienza partecipata da parte dell'anziano/a richiedente e dei suoi familiari/conoscenti di riferimento, stabilire fin dal momento della richiesta una relazione collaborativa con il/la richiedente e la sua famiglia, ottenere sufficienti informazioni sul/sulla richiedente per poter definire un progetto individualizzato di ammissione, commisurato sui bisogni e sulle competenze del/della richiedente stesso nonché sulla salvaguardia e valorizzazione della rete parentale.

#### **MATERIALI OCCORRENTI**

- ◆ Scheda di accesso: *viene compilata dall'operatore al primo colloquio con la famiglia*
- ◆ Scheda di valutazione sanitaria per ingresso in comunità (corredata da CIRS e Barthel): *viene consegnata al familiare/richiedente durante il primo colloquio, spiegata nella sua funzione; deve essere restituita alla comunità al momento della prima visita dell'anziano/a in comunità; va compilata a cura del MMG curante*
- ◆ Scheda terapia e pronto soccorso: *va consegnata alla Comunità - compilata dal MMG - all'atto dell'ingresso*
- ◆ Scheda sociale: *viene somministrata dall'operatore della Comunità nel giorno dell'accoglienza o entro la prima settimana dall'ammissione*
- ◆ Scheda autorizzativa per la predisposizione del Blister settimanale dei farmaci: *va compilata all'atto dell'ingresso*
- ◆ Liberatoria: *va sottoscritta dall'ospite e dal familiare all'atto dell'ingresso*
- ◆ Carta del Servizio: *viene consegnata al familiare/richiedente al primo colloquio*
- ◆ Contratto: *viene sottoscritto all'ingresso*
- ◆ Informativa privacy: *viene consegnata al primo colloquio*



## SCHEDA DI ACCESSO RESIDENZA Duemiglia

<b>Beneficiario</b>	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	
Residenza	
Nato/a a	
Il	
Tessera San	

<b>Persona di riferimento</b>	
Cognome	Nome
In qualità di	
Tel	
Tel 2	
Mail	

<b>Descrizione della situazione della persona</b>

<b>Obiettivo del progetto</b>

Intervento economico del Comune a integrazione di retta?  SI' (€.....)  NO

Luogo e data

Firma Operatore

*Da compilarsi a cura del medico curante*

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
 sesso F M

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Medico curante Dr. \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Data della valutazione \_\_\_\_\_

<b>INDICI FUNZIONALI</b>				
	autonomo	con supervisione	con aiuto	totale dipendenza
Trasferimenti letto/sedia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deambulazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomozione su sedia a rotelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>INDICI COGNITIVI</b>				
	assente	lieve	moderata	grave
Confusione/disorientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrequietezza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vagabondaggio afinalistico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allucinazioni (visive e/o uditive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressività (verbale e/o fisica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversione sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cadute negli ultimi 6 mesi CON RICOVERO		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ausili per il movimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Bastone/deambulatore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Gestione incontinenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Pannolone	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Stomia	<input type="checkbox"/> uretostomia	<input type="checkbox"/> colostomia	<input type="checkbox"/> tracheostomia
Gestione diabete	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Solo dieta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Antidiabetici orali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Insulina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
O2 al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
O2 costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dialisi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Allergie farmaci <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quali		
Allergie alimenti <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quali		

timbro e firma del medico

Cognome e nome: .....

	DATA
1) PATOLOGIE CARDIACHE (solo cuore)	
2) IPERTENSIONE (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	
3) PATOLOGIE VASCOLARI (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)	
4) PATOLOGIE RESPIRATORIE (polmoni, bronchi, trachea, sotto laringe)	
5) OCCHI/O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	
6) APPARATO G.E. SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, epato-pancreatiche, escluso diabete)	
7) APPARATO G.E. INFERIORE (intestino, ernie)	
8) PATOLOGIE EPATICHE	
9) PATOLOGIE RENALI (solo rene)	
10) ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	
11) SISTEMA MUSCOLO - SCHELETRICO - CUTE (muscolo, scheletro, tegumenti)	
12) PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (centrale e periferico esclusa la demenza)	
13) PATOLOGIE ENDOCRINO-METABOLICHE (sepsi, diabete, infezioni, stati tossici)	
14) PATOLOGIE PSICHIATRICHE-COMPORTAMENTALI (demenze, depressione, ansia, agitazione)	

INDICE DI SEVERITA' <b>(media dei punteggi delle prime 13 categorie)</b>	
INDICE DI COMORBILITA' <b>(n° categorie, delle prime 13, con punteggio ≥ 3)</b>	
Firma del medico	

LEGENDA	
1 ASSENTE	Nessuna compromissione organo/sistema
2 LIEVE	La compromissione di organo/sistema non interferisce con la normale attività; il trattamento può essere richiesto oppure no; la prognosi è eccellente.
3 MODERATO	La compromissione di organo/sistema interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona.
4 GRAVE	La compromissione di organo/sistema produce disabilità; il trattamento è indilazionabile; la prognosi può non essere buona.
5 MOLTO GRAVE	La compromissione di organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza; il trattamento è urgente; la prognosi è grave.

Cognome e nome: .....

Data	
<b>IGIENE PERSONALE</b>	
1. Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere capace di usare senza aiuto qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).	5
2. In grado di attendere all'igiene personale; ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	4
3. Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
4. Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
5. Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	0
<b>BAGNO/DOCCIA (lavarsi)</b>	
1. Capace di fare il bagno in vasca, la doccia o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni senza la presenza di un'altra persona, quale sia il metodo usato.	5
2. Necessita di supervisione per la sicurezza (trasferimento, temperatura dell'acqua, ecc.).	4
3. Necessita di aiuto per il trasferimento nella doccia/bagno, oppure nel lavarsi o asciugarsi.	3
4. Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
5. Totale dipendenza nel lavarsi.	0
<b>USO DEL GABINETTO</b>	
1. E' capace di trasferirsi su e dal gabinetto, gestire i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto e farsi il bidet dopo le funzioni fisiologiche. Se necessario, può usare la comoda o la padella o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	10
2. Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	8
3. Necessita di aiuto per svestirsi/vestirsi, per i trasferimenti e per lavare le mani.	5
4. Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	2
5. Completamente dipendente.	0
<b>CONTINENZA URINARIA</b>	
1. Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con i dispositivi interni o esterni.	10
2. Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita o necessita di minimo aiuto per l'uso di dispositivi interni ed esterni.	8
3. In genere asciutto durante il giorno ma non di notte; necessario aiuto parziale nell'uso dei dispositivi.	5
4. Incontinente, ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo interno o esterno.	2
5. Incontinente o catetere vescicale a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi interni o esterni.	0
<b>CONTINENZA INTESTINALE</b>	
1. Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte e praticarsi enteroclistmi se necessario.	10
2. Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclistmi; occasionali perdite.	8
3. Capace di assumere una posizione appropriata, ma non può eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni ecc.	5
4. Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessita di manovre facilitatorie.	2
5. Incontinente.	0
<b>ABBIGLIAMENTO</b>	
1. Capace di indossare, togliere e chiudere correttamente tutti gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle; applicare oppure togliere un corsetto od una protesi (anche se con indumenti adattati).	10
2. Necessita solo di un minimo di aiuto per alcuni aspetti (come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe).	8
3. Necessita di aiuto per mettere e togliere qualsiasi indumento.	5
4. Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	2
5. Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collaborante.	0

<b>Data</b>		
<b>ALIMENTAZIONE</b>		
1. Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne, usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc.		10
2. Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, spalmare il burro, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.		8
3. Capace di alimentarsi da solo con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte nel the o nel caffè, usare sale e pepe, girare il piatto di portata o altro.		5
4. Capace di usare una posata, in genere il cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.		2
5. Dipendente sotto tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.		0
<b>TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA</b>		
1. Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni della carrozzina, sollevarne le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza, indipendente durante tutte le fasi.		15
2. Necessita la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo sicurezza.		12
3. Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.		8
4. Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti di trasferimento.		3
5. Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.		0
<b>SCALE</b>		
1. In grado di salire e scendere una rampa di scale con sicurezza, senza aiuto o supervisione, di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario ed in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.		10
2. In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza (esempio a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc.).		8
3. Capace di salire/scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.		5
4. Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).		2
5. Incapace di salire e scendere le scale.		0
<b>DEAMBULAZIONE</b>		
1. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle, bastoni, deambulatori e camminare per almeno 50 mt. senza aiuto o supervisione.		15
2. Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia inferiore a 50 mt. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.		12
3. Necessita dell'assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e /o per la loro manipolazione.		8
4. Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.		3
5. Non in grado di deambulare autonomamente.		0
<b>USO DELLA CARROZZINA (alternativo a deambulazione)</b>		
1. Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc.). L'autonomia deve essere di almeno 50mt.		5
2. Capace di spostarsi autonomamente, per periodo ragionevolmente lunghi, su terreni a superficie regolare, può essere necessaria assistenza per fare curve strette.		4
3. Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto.		3
4. Capace di spostarsi solo per brevi tratti su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.		1
5. Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.		0
<b>Firma dell'operatore</b>		
<b>PUNTEGGIO TOTALE</b>	<b>Legenda:</b>	100-91 quasi autosufficienza    90-75 dipendenza lieve 74-50 dipendenza moderata    49-25 dipendenza grave <24 dipendenza completa

**SCHEDA TERAPIA E PRONTO SOCCORSO**  
**RESIDENZA PER ANZIANI "Duemiglia"**  
**via Brescia 207 - CREMONA**  
Tel 0372 533 505  
Centralino 0372 533511

Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice Fiscale	
Tessera Sanitaria	
Residente	
Familiare di riferimento	
Principali patologie:	
Terapia:	
Altro:	
Medico di Medicina Generale curante	

Data compilazione \_\_\_\_\_

(timbro e firma del MMG)

**SCHEDA SOCIALE  
RESIDENZA PER ANZIANI "Duemiglia"**

*da compilarsi a cura di educatore/coordinatore al primo colloquio con il familiare e/o l'anziano richiedente il posto*

**Data**  **Compilatore**

**Presenti**

**Ospite:**  
Nome  Cognome

Nato/a il  a  Residente a

Via

vive con

**Figli:**

Nome	Età	Professione	Residente	Rapporto con l'ospite

Lavoro pregresso

Motivi che hanno indotto a chiedere l'ammissione in Residenza:  
*(chiedere prima all'ospite e poi ai familiari)*

Storia dell'ospite:

Note del compilatore:

Firma compilatore



## SCHEDA AUTORIZZATIVA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL BLISTER SETTIMANALE DEI FARMACI

Il sottoscritto/la sottoscritta .....  
ospite della comunità "Duemiglia"

oppure

Il sottoscritto/la sottoscritta ..... parente del sig./della  
sig.ra ..... ospite della  
comunità "Duemiglia"

chiede:

- la **gestione in autonomia** della terapia giornaliera, lasciando le scatole dei farmaci in stanza
- la **gestione in autonomia** della terapia giornaliera, ma con predisposizione e consegna del blister della terapia settimanale a cura dell'infermiera della Comunità
- la **gestione supportata** della terapia giornaliera con intervento dell'infermiera della Comunità per la predisposizione del blister della terapia settimanale e la supervisione dell'assunzione dei farmaci

Nel caso di risposta b) e c) il sottoscritto/la sottoscritta:

incarica il personale infermieristico di predisporre il blister settimanale sulla base della scheda della terapia settimanale del medico di medicina generale.

dichiara che predisporrà personalmente il blister settimanale assumendosi ogni responsabilità in caso di errata composizione dei farmaci nelle singole sezioni (*non verranno effettuati controlli da parte del personale aziendale sulla corretta predisposizione del blister*).

Il sottoscritto/la sottoscritta dichiara che:

- conosce la terapia settimanale che il MMG prescrive al congiunto e le variazioni che intervengono nel tempo;
- in caso di dubbio verificherà le eventuali variazioni apportate dal MMG chiedendo copia della scheda al personale della Comunità.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza che il personale ASA, OSS ed educativo della Comunità effettua solamente la supervisione relativamente all'assunzione dei farmaci inseriti nel blister settimanale: verifica che i farmaci siano effettivamente assunti, rammenta all'anziano la necessità di assumere i farmaci, si accerta che il tutto avvenga nei tempi stabiliti dal MMG.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Oggetto: liberatoria**

Il sottoscritto/la sottoscritta, .....

e

il sottoscritto/la sottoscritta, in qualità di familiare/tutore/amministratore di sostegno del sig./della sig.ra .....  
(nata il ..... a .....) residente a ..... in via .....

dichiara

di aver preso visione della Carta dei Servizi ed in particolare delle regole che governano l'ammissione alla Comunità:

- l'ammissione definitiva alla struttura è successiva al positivo esito del MESE DI AMMISSIONE IN PROVA
- il mese di prova si conclude con un incontro allargato con la famiglia dell'ospite durante il quale si concorda o l'ammissione definitiva con presentazione del Progetto Assistenziale Terapeutico Individuale o l'interruzione del percorso o un progetto di trasferimento ad altro servizio maggiormente idoneo. Per effettuare il mese di prova l'ospite deve sottoscrivere il Contratto di assistenza, completo della documentazione inerente i dati significativi e la informativa sulla privacy.

L'ospite.....

Il familiare .....

L'operatore .....

Data.....

**CONTRATTO da sottoscrivere presso l'ufficio Info prima della fruizione del servizio (una copia agli atti, una copia all'utente o suo incaricato)**

RSA

Azzolini       Mainardi A / E       Mainardi B / C / F / G       Somenzi

PRIVATO

CDI

Alzheimer       Barbieri       Ozanam       Soldi

COMUNITA' RESIDENZIALE 2 MIGLIA

CDD

Mincio       Platani       Tofane

CSS

**TRA:**

**l'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale** (di seguito per brevità denominata Azienda) con sede legale a Cremona in Via Brescia n 207 - codice fiscale 93042130190 e partita IVA 01310740194 - rappresentata dal Direttore Generale, Dott. Emilio Tanzi

**e**

il Sig./Sig.ra .....

nato/a .....

il .....

residente a .....

in Via ..... n. ....

se già Ospite o fruitore di un servizio compilare anche il campo seguente:

ospite/fruitore di ..... dal .....

**PREMESSO CHE:**

- il Servizio ..... è un'unità di offerta classificata secondo l'allegato Carta del Servizio
- la fruizione del servizio non può aver corso senza la sottoscrizione del presente atto dai soggetti obbligati al pagamento in quanto fideiussori ex art 1936 c.c. del fruitore dei servizi
- che l'Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale ha verificato che l'ospite ha le caratteristiche e manifesta le condizioni di bisogno previste dalla normativa specifica del servizio richiesto
- che la presa in carico della persona avviene pertanto secondo criteri di appropriatezza favorendo la continuità assistenziale
- che eventuali situazioni complesse saranno segnalate all'ASL o al Comune di residenza della persona
- che l'Azienda assume l'impegno a garantire la massima tutela della privacy della persona e della sua famiglia
- che l'Azienda provvede a stipulare annualmente polizza assicurativa Responsabilità Civile verso Terzi per danni a persone o cose.

**TUTTO CIO' PREMESSO**

si stipula quanto segue:

## ART. 1

Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

## ART. 2

L'Azienda Speciale Cremona Solidale si obbliga ad erogare le prestazioni relative al servizio richiesto secondo quanto previsto dalle norme della Regione Lombardia e dalle disposizioni della Carta dei Servizi qui allegata, che le parti accettano quale sunto delle prestazioni offerte e dei diritti/doveri reciproci.

L'Azienda Speciale si obbliga a mantenere la disponibilità del posto dal momento della chiamata o della definizione della data di accoglienza nel servizio prescelto.

## ART. 3

A fronte delle prestazioni erogate, i sottoscrittori del contratto si impegnano:

a) al pagamento del corrispettivo del servizio così come fissato dal Consiglio di Amministrazione. In caso di variazione dell'importo del corrispettivo l'Azienda provvederà, nel termine di 15 giorni successivi l'adozione del provvedimento da parte del Consiglio di Amministrazione, ad affiggere all'Albo ed all'ingresso di ogni presidio e pubblicare nel sito web aziendale le tabelle illustranti dette variazioni e la loro decorrenza, dandosi atto le parti del presente contratto che l'affissione e la pubblicazione valgono come forme di comunicazione sia al fruitore del servizio che al suo o ai suoi obbligati solidali, senza possibilità di eccezione alcuna a tale riguardo.

b) al pagamento di una cauzione infruttifera e precisamente:

di € 1.500,00.= per la RSA e i ricoveri di tipo PRIVATO

di € 1.000,00.= per la Casa Albergo Comunità "2 Miglia"

di € 1.000,00.= per la CSS

di € 150,00.= per il CDD

di € 500,00.= per i CDI

da versarsi, entro il giorno dell'ingresso, a mezzo bonifico bancario; la cauzione verrà rimborsata tramite bonifico bancario al momento della dimissione o decesso dell'ospite.

Per gli utenti la cui retta è a totale carico del Comune di provenienza, non è dovuta alcuna somma.

Per gli utenti dei CDI che hanno una compartecipazione entro € 10,00.= giornalieri, la somma è ridotta a € 150,00.=

## ART. 4

Il recesso dall'obbligo del pagamento del servizio può avvenire solo con l'avvenuta cessazione della fruizione del servizio ovvero mediante sottoscrizione di nuovo contratto.

## ART. 5

Gli obbligati sono tenuti con puntualità ad aggiornare, in caso di variazione, sia l'Anagrafica dell'Ospite sia i propri dati (residenza, recapiti telefonici, stato di famiglia, riferimenti bancari); in caso di ritardi od omissioni graveranno sugli ospiti ed i loro obbligati le spese e gli eventuali danni.

## ART. 6

Il contratto decorre dal giorno ..... e cesserà per:

- volontà delle parti di recedere dal presente atto; per tale motivazione necessita un preavviso scritto di almeno 7 giorni effettivi o corrisposti in denaro;
- trasferimento ad altro servizio; per tale motivazione necessita un preavviso scritto di almeno 3 giorni effettivi o corrisposti in denaro;
- impossibilità da parte dell'Azienda di erogare le prestazioni oggetto del contratto, comunicata all'utente ed al servizio sociale per iscritto con preavviso di almeno 15 giorni;
- inadempimento all'obbligo di pagamento della retta (o sua quota a carico dell'utenza), secondo quanto disposto dall'art. 9.

## ART. 7

Per l'anno ..... la retta giornaliera sarà pari ad € .....; nel computo delle giornate di presenza viene sempre calcolato il giorno di ingresso e non quello di uscita; per le assenze la retta verrà ridotta secondo quanto indicato nell'allegata Carta del servizio.

## ART. 8

Le **prestazioni incluse e quelle escluse dalla retta** sono in dettaglio indicate nella Carta del Servizio, parte integrante del presente Contratto.

#### ART. 9

In caso di mancato tempestivo pagamento della retta (o della quota di essa a carico dell'ospite) entro il termine previsto l'Azienda provvede:

- ad attivare una prima procedura di sollecito al pagamento, informando il Servizio Sociale del comune di appartenenza, se necessario;
- ad attivare tutte le procedure utili a recuperare le somme non versate, compresa la proposta di dimissione dell'ospite;
- ad incamerare la cauzione infruttifera di cui all'art 3 formalizzando diffida nei confronti dell'ospite e/o del/i soggetto/i obbligato/i, alla ricostituzione del medesimo deposito entro 15 giorni.

#### ART. 10

Nel caso in cui la qualità del servizio dovesse essere ritenuta non congrua dall'Utente o venga invocata quale causa di risoluzione per inadempimento, non potrà mai costituire motivo di mancato pagamento della retta dovuta.

#### ART. 11

L'amministrazione, sulla base delle valutazioni degli organismi preposti, avrà il diritto di effettuare spostamenti dell'ospite nel caso in cui le condizioni di salute oppure motivi organizzativi e funzionali ne dovessero imporre la necessità.

Ai sensi del DPR 223/1989 – art 8 – dopo i due anni di permanenza dell'ospite presso la struttura RSA di Cremona Solidale, il Responsabile aziendale della Convivenza provvede, previa informazione inviata alle famiglie ed all'ospite stesso, ad effettuare il cambio di residenza.

#### ART. 12

L'Azienda potrà proporre la dimissione dell'Ospite per motivi sanitari e redigerà a tal fine dettagliata relazione a firma del responsabile del servizio fruito; copia della medesima sarà indirizzata, oltre che all'utente o suo riferimento, anche al servizio sociale comunale.

L'Azienda potrà inoltre inviare l'utente presso centri ospedalieri nel caso in cui le condizioni di quest'ultimo fossero tali da non permettere l'erogazione della dovuta assistenza o presentassero pericoli o rischi per gli altri ospiti. In quest'ultimo caso sarà data immediata comunicazione ai familiari o ai tenuti.

#### ART. 13

L'Azienda potrà proporre la dimissione dell'Ospite per inappropriata e redigerà a tal fine dettagliata relazione a firma del responsabile del servizio fruito; copia della medesima sarà indirizzata, oltre che all'utente o suo riferimento, anche al servizio sociale comunale.

#### ART. 14

Nel rispetto della normativa vigente e di quella emanata nel periodo di accoglienza in uno dei servizi erogati da Cremona Solidale, l'Amministrazione potrà richiedere al fruitore del servizio o suo obbligato, la compilazione di moduli o questionari per la rilevazione di dati necessari al corretto funzionamento dei servizi stessi, che dovranno essere restituiti debitamente compilati nei termini che saranno indicati.

#### ART. 15

La retta è mensile ed il pagamento deve essere eseguito in forma posticipata tramite autorizzazione permanente di addebito in conto corrente alla scadenza indicata in fattura.

**Le fatture** saranno emesse ed intestate:

- a)  direttamente al fruitore (ospite)
- b)  al fruitore (ospite) che assolve al pagamento tramite fideiussore / obbligato al pagamento
- c)  all'obbligato che assume in proprio la piena responsabilità all'assolvimento del pagamento

In ogni caso, la fattura riporterà il nome del soggetto fruitore della prestazione.

#### ART.16

**La certificazione** delle rette ai fini fiscali sarà rilasciata dall'Azienda ad ogni ospite entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi; tale certificazione sarà sempre intestata all'ospite e potrà contenere anche il nominativo della persona intestataria della fattura.

#### ART.17

In caso di insoluto gli obbligati saranno soggetti al pagamento di interessi moratori pari al 4% su base annua oltre le maggiori spese.

#### ART.18

In caso di controversie sul contenuto, sulla esecuzione e sull'eventuale risoluzione del presente contratto, ivi compresi i rapporti di natura economica, è competente il Foro di Cremona.

Per tutto quanto non previsto nel presente contratto si fa riferimento alle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.

In caso di emanazione di norme legislative o regolamentari regionali, nonché di adozione di provvedimenti amministrativi regionali incidenti sul contenuto del contratto stipulato, lo stesso deve ritenersi automaticamente modificato ed integrato.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda potrà, in ottemperanza alle finalità statutariamente previste e al fine di tutelare l'interesse dell'intera comunità, disporre con atti e regolamenti condizioni per lo svolgimento dei servizi a cui obbligatoriamente i fruitori dovranno scrupolosamente attenersi.

Qualora le stesse non dovessero essere condivise, le parti potranno recedere dal contratto nei termini previsti dall'art. 8.

Attivazione servizio Lavanderia per RSA  SI'  NO

**Letto, confermato e sottoscritto a Cremona in data .....**  
**L'Ospite, fruitore del servizio .....**  
**I fideiussori.....**  
**L'amministratore di sostegno – curatore - tutore .....**  
**L'Azienda:**  
**Il Direttore Generale.....**

**ANAGRAFICHE**

Il/i fideiussore/i - il curatore/amministratore di sostegno/tutore  
il Sig./Sig.ra .....  
grado di parentela/conoscenza .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n. ....  
Tel ..... cell .....  
E-Mail .....  
C.F. ....  
il Sig./Sig.ra .....  
grado di parentela/conoscenza .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n. ....  
Tel ..... cell .....  
E-Mail .....  
C.F. ....  
il Sig./Sig.ra .....  
grado di parentela/conoscenza .....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in Via ..... n. ....  
Tel ..... cell .....  
E-Mail .....  
C.F. ....

**NOTE**

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

*Firma dell'operatore che ha redatto le note*

.....

*Firma del sottoscrittore del contratto*

.....

Data .....

## **PRIVACY**

Gentile Signore/a \_\_\_\_\_,  
in qualità di:

- interessato quale OSPITE / UTENTE della seguente U.D.O. \_\_\_\_\_
- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore
- Rappresentante Delegato (in qualità di familiare, prossimo congiunto, convivente, responsabile della struttura, ai sensi della L.219/2017) \_\_\_\_\_)

del Sig. Sig \_\_\_\_\_

OSPITE/UTENTE nella seguente U.D.O. \_\_\_\_\_

da qui in poi chiamato interessato al trattamento dei dati,

desideriamo informarla che il D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. (Codice privacy) e il nuovo Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali UE 2016/679 prevedono la tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza nei suoi confronti. Desideriamo fornirle alcune utili informazioni riguardo le modalità e le finalità del trattamento dei dati personali raccolti da Cremona Solidale Azienda Speciale Comunale oltre che le misure messe in campo per garantire la sicurezza di tali dati.

I dati saranno trattati ai sensi dell'art 6 "liceità del trattamento" - previo suo consenso - per la esecuzione di un contratto, per obbligo di legge, per la salvaguardia degli interessi vitali, per il perseguimento del legittimo interesse del titolare.

### Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento dei dati è Cremona Solidale - Azienda Speciale Comunale per i servizi alla persona - Via Brescia n.207, 26100 Cremona, telefono 0372/533511.

I Responsabili incaricati del trattamento per i servizi di competenza sono pubblicati sul sito [www.cremonasolidale.it](http://www.cremonasolidale.it) nella sezione Privacy.

Il Titolare del trattamento dei dati - Azienda Speciale Comunale Cremona Solidale - effettua il trattamento dei dati personali dell'interessato, a seguito di suo esplicito consenso, in relazione alla sua richiesta di servizio e alla sottoscrizione del relativo contratto.

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD) e' stato nominato ed è contattabile presso la sede del Titolare e alla casella mail [dpo@cremonasolidale.it](mailto:dpo@cremonasolidale.it) a cui potrà rivolgersi per ricevere informazioni o segnalare eventuali disguidi e problemi.

### Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti o comunicati da terze parti verranno trattati per la gestione del servizio di Ospite/Utente dell'Azienda Titolare del trattamento, con le seguenti finalità:

- adempimento obblighi di legge e di quelli previsti da regolamenti e dalla normativa comunitaria
- cura della sua salute ed erogazione di prestazioni di assistenziali
- fornitura di prestazioni specialistiche sanitarie e sociosanitarie
- somministrazione di farmaci o presidi - se del caso
- assolvimento agli obblighi informativi presso l'ASL e la Regione Lombardia ed altri organismi pubblici e per obblighi di legge
- assolvimento agli obblighi nel confronti del Comune di Cremona (servizi sociali, anagrafe, ecc.) - se del caso
- gestione dei rapporti economici, precontrattuali, contrattuali e fiscali derivanti dai rapporti in essere
- esercizio del diritto di difesa in giudizio da parte del titolare
- invio, dietro suo consenso, di proposte commerciali relative a servizi analoghi a quello fruito.

### Eventuali destinatari e categorie di destinatari dei dati personali

I dati personali, per la corretta gestione del servizio e per gli adempimenti di legge, potranno essere comunicati a soggetti esterni quali: organismi sanitari, casse e fondi di previdenza ed assistenza sanitaria integrativa, medici professionisti, enti pubblici e autorità, familiari dell'interessato.

I dati potranno inoltre essere comunicati a società terze o altri soggetti, per le prestazioni di servizio svolte in outsourcing per conto del Titolare, nelle loro qualità di responsabili esterni del trattamento.

I dati non saranno oggetto di trasferimento ad un paese terzo, né saranno diffusi i dati particolari.

#### Dati personali particolari

Il trattamento riguarderà anche dati personali "particolari" ai sensi dell'art.9 del Regolamento UE 2016/679, idonei a rivelare stato di salute (malattie, invalidità, problematiche mentali, appartenenza a categorie protette, terapie e servizi sanitari), dati genetici, dati biometrici, convinzioni religiose, opinioni politiche, problematiche sociali (povertà, indigenza, problematiche socio-familiari), vita sessuale.

#### **FSE fascicolo sanitario elettronico (se del caso)**

Con specifico consenso prestato a Cremona Solidale, la stessa metterà a disposizione i dati sanitari dell'interessato relativi alle prestazioni sanitarie erogate, per il loro eventuale utilizzo all'interno del suo FSE (Fascicolo sanitario elettronico).

Specifichiamo che sia la comunicazione al medico di base dell'evento sanitario che sta riguardando l'interessato, sia l'utilizzo dei dati sanitari tramite il FSE, potranno avere luogo solamente qualora lei abbia espresso relativo specifico consenso, così come richiesto e precisato nel documento "Trattamento di dati personali in ambito CRS-SISS (trattamento FSE)" che la regione Lombardia ha fornito e ampiamente divulgato.

#### **Periodi di conservazione dei dati**

I dati personali vengono conservati dal Titolare del trattamento per almeno n.10 anni dal termine prescrizione dei diritti sorti dal rapporto contrattuale di utilizzo, salvo revoca del consenso ed eventuali diversi obblighi di legge. Trascorsi questi termini, la Direzione e il Consiglio di Amministrazione verificheranno quali dati sia possibile avviare alla completa distruzione e, previa delibera formale del Consiglio di Amministrazione, verrà assunta la decisione della loro distruzione in modo controllato. I dati sanitari sono soggetti ad apposita normativa in base anche al massimario di scarto del sistema sanitario della Lombardia in vigore (attualmente rev. 04 del 2017).

#### **I suoi diritti (interessato)**

In qualità di interessato (ex art.7 "Codice privacy" ora artt.15-21 del nuovo Regolamento UE 2016/679), rivolgendosi al Titolare o al Responsabile protezione dei dati (RPD) ai recapiti indicati, potrà esercitare i seguenti diritti:

- accesso i dati personali trattati ed avere informazioni relative a finalità e modalità di trattamento
- rettifica ed integrazione i dati
- cancellazione degli stessi per giustificato motivo
- limitazione al trattamento dei dati che la riguardano
- revoca del consenso al trattamento
- proposta di reclamo all'autorità di controllo in caso di irregolarità
- opposizione al trattamento oltre al diritto alla portabilità.
- diritto di proporre reclamo alle autorità di controllo

Il testo completo degli articoli riportanti i diritti degli interessati è reperibile sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

#### **Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento e conseguenze di un eventuale rifiuto**

Il conferimento dei dati è obbligatorio per la gestione del servizio di Ospite/Utente di Struttura dell'Azienda Titolare del trattamento e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta la mancata esecuzione del servizio. Non è obbligatorio il consenso al trattamento dei dati personali per scopi commerciali (invio proposte di servizi analoghi a quello fruito) e un eventuale rifiuto non avrà alcuna ripercussione sul servizio erogato.

Al trattamento dei dati personali dell'interessato non sono applicati processi decisionali automatizzati.



## CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI - COME DA ALLEGATA INFORMATIVA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di interessato

*oppure*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore  
 Rappresentante Delegato (in qualità di familiare, prossimo congiunto, convivente, responsabile della struttura ai sensi della Legge 219/2017.....)

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ da qui in poi chiamato *interessato*  
al trattamento dei dati

fermo restando il fatto che i dati personali dell'interessato non potranno mai essere utilizzati in modo da ledere la sua dignità e/o libertà, dichiaro, sotto la mia responsabilità, così tenendo indenne il titolare del trattamento da qualsivoglia responsabilità al riguardo,

a) di essere legittimato a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma e modo, all'esercizio dei diritti di cui sopra

b) che i dati identificativi sopra riportati corrispondono effettivamente alla mia identità  
informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003 e s.m.i. e dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 e ben compreso in ogni suo punto l'informativa descritta precedentemente, **acconsento** al trattamento dei dati personali dell'interessato.

**Specifico che ho compreso che saranno trattati i dati personali dell'interessato appartenenti a particolari categorie (dati sensibili, genetici, biometrici) e quindi esplicitamente:**

Autorizzazione al trattamento dei dati personali dell'interessato, anche particolari, necessari allo svolgimento di quanto appreso dall'informativa:

- esprimo il consenso**     **nego il consenso**

Autorizzazione alla comunicazione dei dati personali dell'interessato ai soggetti ben definiti e nelle modalità apprese dall'informativa:

- esprimo il consenso**     **nego il consenso**

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### Consenso per le seguenti attività di comunicazione-marketing aziendale

Autorizzazione al trattamento dei dati personali per l'invio, tramite e-mail, posta e/o contatti telefonici, di newsletter, comunicazioni e/o materiale illustrativo sui servizi del titolare e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi:

- esprimo il consenso**     **nego il consenso**

Autorizzazione a effettuare, relativamente all'interessato, riprese audiovisive o altre opere multimediali sul sito Web istituzionale e/o su opere editoriali dell'Ente relativi ad Eventi, Feste, Spettacoli o Documentazione delle attività e Progetti, svolte anche in collaborazione con altri Enti:

- autorizzo**                                     **non autorizzo**

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Consenso per le comunicazioni specifiche per il miglioramento del servizio**

A – Autorizzazione a questa Azienda all’inserimento dei dati sanitari relativi alle prestazioni che riceve l’interessato, per il loro utilizzo nel FSE (Fascicolo sanitario elettronico) – se del caso  
 **esprimo il consenso**     **nego il consenso**

B – Autorizzazione alla comunicazione al medico di base dell’evento sanitario che sta riguardando l’interessato – se del caso  
 **esprimo il consenso**     **nego il consenso**

C – Autorizzazione a dare comunicazione del ricovero presso la struttura aziendale e del reparto di degenza a terzi legittimati quali familiari, parenti, conoscenti e personale del volontariato – se del caso  
 **esprimo il consenso**     **nego il consenso**

**Consenso per le comunicazioni che riguardano l’interessato**

-Autorizzazione affinché Cremona Solidale, oltre al sottoscritto, possa dare informazioni che riguardano l’interessato (stato di salute, di natura amministrativa e contabile) anche ai seguenti Sigg.ri:

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

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**DA COMPILARE in caso di ricovero in RSA**

**Sono stato informato che:**

- la R.S.A. è (D.P.C.M. 22 dicembre 1989) una struttura extra-ospedaliera finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti
- (D.P.R. 14 gennaio 1997) “presidio che offre a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome”
- in qualsiasi momento è possibile fare richiesta di dimissioni come previsto dal contratto individuale d’ingresso
- con l’ingresso in RSA non sarà più il medico di medicina generale ad occuparsi della salute dell’interessato perché sarà assegnato un medico della struttura
- il medico della struttura stabilirà la terapia e le infermiere del reparto si occuperanno di somministrare all’interessato i farmaci

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## **DIMISSIONE OBIETTIVO**

L'obiettivo finale dell'applicazione del protocollo è assicurare una forma di DIMISSIONE partecipata da parte dell'anziano/a e dei suoi familiari/conoscenti di riferimento. La dimissione può essere determinata da richiesta dell'ospite o della struttura.

Nel caso in cui sia l'ospite a richiedere la dimissione, va fatta firmare una richiesta di dimissione e vanno consegnate alla persona:

- documentazioni sanitarie rilevanti presenti in cartella
- effetti personali
- nota di dimissione (se dimissione programmata con rientro al domicilio oppure dimissione per insoddisfazione rispetto al servizio erogato oppure dimissione per trasferimento ad altro servizio e relazione sull'andamento della ammissione).

Nel caso in cui sia la struttura a richiedere la dimissione la procedura è la seguente:

- presenza di valutazioni multiple di inadeguatezza dell'offerta di servizi da parte della struttura rispetto ai bisogni espressi dalla persona
- trasmissione delle medesime valutazioni all'AS di riferimento, se presente, e comunicazioni avvenute con i care givers
- definizione di un percorso di dimissione accompagnato.

L'inadeguatezza dell'offerta può essere supportata da:

- motivi sanitari
- motivi comportamentali dell'ospite.

Le valutazioni multiple devono essere le seguenti:

- Barthel inf a 70
- MMSE inf a 16
- cadute ripetute durante l'ultimo mese (una ogni settimana)
- disorientamento costante nell'ambito della struttura
- aggressività incontrollata
- instabilità sanitaria (due ricoveri nello stesso mese, valori anomali dei parametri vitali, diabete scompensato, crisi ipertensive ricorrenti e non contenibili attraverso la normale terapia farmacologia)
- assunzione irresponsabile di alcool o di altre sostanze che producono dipendenza o deviazioni della condotta comportamentale

La proposta di dimissione deve essere definita in modo scritto, presentata alla famiglia.

#### ALLEGATO 4

- Attribuzione punteggio ai richiedente - lista attesa

## TABELLA

*per la valutazione di appropriatezza e per l'attribuzione di punteggio ai richiedenti l'ammissione alla Comunità Duemiglia*

**VALUTAZIONE DI APPROPRIATEZZA ALLA COMUNITA'**: il richiedente deve avere un punteggio non inferiore a **6**

0 - 10 PUNTI situazione funzionale – scala di Barthel

Scala Barthel	100	99-90	89-80	79-70	69-60	59-50	49-40	39-30	29-20	19-10	9-0
<b>Punti</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

0 - 10 PUNTI situazione medico sanitaria

Scala CIRS	13	13.1-16	17-21	22-26	27-31	32-38	39-42	43-49	50-54	55-61	62-65
	1	1.1-1.2	1.3-1.7	1.8-2.0	2.1-2.3	2.4-2.9	3.0-3.2	3.3-3.7	3.8-4.1	4.2-4.6	4.7-5
<b>Punti</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

TOT \_\_\_\_\_

## ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO

### SITUAZIONE SOCIALE (MAX 24 PUNTI TOT)

0 - 4 PUNTI età

ETA'	< 60 a	61-65	66-70	71-75	76-80	81-90	>91
<b>Punti</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2,5</b>	<b>3</b>	<b>3,5</b>	<b>4</b>

0 - 4 PUNTI rete familiare

RETE FAMILIARE	Ottima e presente	Buona e discretamente presente	Sufficiente ma poco presente	Non presente	Assente o negativa
<b>Punti</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

0 - 4 PUNTI rete familiare

SITUAZIONE SOCIALE (alloggio, contesto, ecc)	Ottima	Buona	Discreta	Critica	Molto critica
<b>Punti</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

0 - 4 PUNTI servizi usufruiti

SERVIZI USUFRUITI	Volontari	SAD	ADI	CDI	CI	Altro
<b>Punti (sommare ogni voce)</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

0 - 4 PUNTI situazione economica

SERVIZI USUFRUITI	Reddito inferiore ai 1000 euro al mese	Reddito inferiore ai 1000 euro ma proprietà di alloggio	Reddito superiore a 1000 euro e inferiore a 1500	Reddito superiore a 1000 euro e inferiore a 1500e proprietà di alloggio	Reddito superiore a 1500 euro
<b>Punti</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

### OPPORTUNITA' (discrezionali): 0 - 4 punti

- 0 - nessuna urgenza perchè disponibili altri servizi e supporti
- 1 - scarsa urgenza perchè disponibili alcuni supporti sia pure non totalmente sufficienti
- 2 - urgenza perchè disponibili solo supporti amicali ed occasionali
- 3 - forte urgenza perchè assente qualsiasi supporto e alternativa percorribile
- 4 - punteggio legato alla valutazione dell'assistente sociale

**RICHIEDENTE SIG/SIG.RA** \_\_\_\_\_

**PUNTEGGIO** \_\_\_\_\_

ALLEGATO 5 \*  
Rette e Tariffe

La retta di frequenza è a carico del fruitore del servizio. Non sono previste "compartecipazioni" da parte dei Comuni di Residenza.

L'entità della retta giornaliera è stabilita dall'Azienda in accordo con il Comune di Cremona.

In caso di variazione dell'importo della retta l'Azienda provvede entro 15 giorni successivi l'adozione del provvedimento da parte del Consiglio di Amministrazione, a dare adeguata comunicazione delle variazioni e della loro decorrenza (vedasi Contratto di accoglienza).

Per l'anno 2019 (con decorrenza febbraio 2018) la retta giornaliera è la seguente:

COMUNITA' ALLOGGIO ANZIANI – RESIDENZA DUEMIGLIA	€ 39,45
COMUNITA' ALLOGGIO ANZIANI – RESIDENZA DUEMIGLIA – utenti frequentanti altri servizi	€ 22,60

In caso di assenza la retta viene così modificata:

- per ricoveri ospedalieri o riabilitativi: la retta è ridotta al 50% sino ad un massimo di 15 giorni anche non continuativi nell'anno;
- per ogni altro tipo di assenza la retta è applicata al 100%.