



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

CARTA DEI SERVIZI

(aggiornamento novembre 2025)

Comunità Socio-Sanitaria per Persone con disabilità CSS



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

CSS ASPeF

Viale Gorizia, 4 - Mantova

RECAPITI C.S.S.

Tel. 0376/368107

e-mail css@aspefmantova.it

RECAPITI ASPeF

Ufficio Tutor Ospiti

Tel. 0376/357807

E-Mail accoglienza.rsa@aspemantova.it

Sito web: www.aspefmantova.it



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

SOMMARIO

LA MISSION	4
DIRITTI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ.....	4
COS'E' LA CARTA DEI SERVIZI	4
A CHI È DESTINATA LA CARTA DEI SERVIZI	5
LA STRUTTURA DELLA SEDE	5
LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	5
ORGANIZZAZIONE E RUOLI DELLE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE.....	6
DOCUMENTAZIONE COME STRUMENTO OPERATIVO	6
ARTICOLAZIONE ORARIA DELLE ATTIVITA' GIORNALIERE	7
ATTIVITA' PROPOSTE	8
VISITE AGLI UTENTI.....	9
INGRESSO IN STRUTTURA.....	9
RETTA A CARICO DELL'UTENTE.....	10
DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA GESTIONE DELLA.....	12
"LISTA D'ATTESA"	12
DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE DIMISSIONI DELL'UTENTE	12
COINVOLGIMENTO DELLA FIGURA DI RIFERIMENTO	13
PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL RECLAMO	13
ALLEGATI.....	14



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

LA MISSION

ASPeF “il cuore della città” insieme alla persona, alla famiglia, al territorio per promuovere progetti di cura e accoglienza in risposta ai loro bisogni e necessità.

Gli obiettivi specifici di ASPeF nella gestione di questo servizio sono quelli di accogliere le persone con necessità di sostegno elevato o molto elevato che non possono rimanere in famiglia o nella propria casa, offrire loro assistenza medica, sanitaria ed assistenziale e promuoverne il benessere psico-fisico. Ogni persona che presta servizio all'interno della Comunità Socio-Sanitaria di ASPeF deve operare con imparzialità, obiettività e trasparenza al fine di garantire il raggiungimento dei suddetti obiettivi mettendo ciascun Ospite della Comunità al centro di ogni progettazione e attività. Per garantire l'effettività di tale previsione, è prevista la compilazione quotidiana di un verbale e di un diario, su cui trascrivere ogni tipo di intervento socioassistenziale, educativo e sanitario destinato a ciascun utente della CSS.

DIRITTI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Il 24 febbraio 2009 è stata ratificata, dal nostro Paese, la Convenzione internazionale delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, documento di estrema importanza per la promozione, la protezione e la garanzia del pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà delle persone con disabilità.

Nell'art. 3 di questo importante documento, si riportano i principi generali cui si ispira la Convenzione, ossia:

- il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte e l'indipendenza delle persone;
- la non discriminazione;
- la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- la pari opportunità;
- l'accessibilità;
- la parità tra uomini e donne;
- il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità.

COS'E' LA CARTA DEI SERVIZI

La carta dei servizi è il documento con il quale ASPeF assume una serie di impegni nei confronti dei propri utenti, dei loro familiari, della Comunità e delle Istituzioni. È in questo atto, infatti, che sono definite le prestazioni offerte e con quali modalità vengono erogate e dove sono indicati gli standard di qualità che si intende garantire.



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

La Carta dei Servizi guarda alla tutela dei diritti degli utenti e si fonda sui principi di uguaglianza, di imparzialità, di libertà di scelta, di efficienza e valorizza particolarmente la partecipazione attiva dell'utente, che ha la fondamentale funzione di *feedback* sulla qualità erogata dal servizio.

Questo documento viene consegnato ai familiari e all'ATS, con modulo di presa visione, in via preferenziale tramite posta elettronica, in alternativa posta ordinaria, fax o *brevi manu*.

A CHI È DESTINATA LA CARTA DEI SERVIZI

Il Servizio C.S.S. si rivolge a persone adulte con necessità di sostegno intensivo prive di sostegno familiare; il grado di disabilità viene valutato con l'utilizzo delle "Schede Individuali Disabili" (SIDi).

LA STRUTTURA DELLA SEDE

La struttura è ubicata nel quartiere Valletta Paiolo di Mantova, in Viale Gorizia n.° 4, facilmente raggiungibile anche con mezzi pubblici.

La capienza totale è di 6 posti accreditati a contratto.

La sede della comunità è stata ristrutturata e rinnovata nel 2022, appositamente arredata per rendere il soggiorno degli ospiti funzionale al loro stile di vita secondo i più aggiornati standard e *concept*; ha requisiti previsti dalla legge, quali le condizioni di sicurezza, d'igiene, la locazione in ambito urbano, l'accessibilità secondo la normativa relativa alle barriere architettoniche.

La Comunità è collocata in un appartamento al primo piano di un condominio, provvisto di una entrata privata munita di un servo scala che garantisce l'accesso, oltre che agli utenti, anche ai familiari e/o amici con disabilità motorie. L'appartamento è composto da:

- 3 camere da letto dotate di 2 posti ciascuna;
- 1 sala soggiorno munita di: tv-computer-stereo, libreria, giochi vari per le attività ludiche-occupazionali-educative e di relax; la sala soggiorno è anche un'importante punto d'incontro tra utenti e familiari/amministratori di sostegno/Tutori;
- 1 saletta da pranzo per la consumazione dei pasti e relativa cucina per la loro preparazione;
- 3 bagni: uno protetto per una sicura e confortevole igiene assistita all'utente (doccia + igiene cavo orale + vestizione); uno per disabili; uno per gli operatori.
- 1 ampia terrazza esterna che circonda l'appartamento.

L'ambiente della Comunità, quindi, presenta caratteristiche tali da garantire agli Ospiti un adeguato e decoroso stile di vita.

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La delibera n.VII/18333 del 23 luglio 2004 definisce la Comunità Socio-Sanitaria (CSS) come "una comunità socioassistenziale autorizzata al funzionamento che, essendo disponibile anche all'accoglienza di persona adulte con gravi disabilità prive di sostegno



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

familiare, ed essendo stata scelta dall'utente come sua dimora abituale, sia accreditata al sistema socio sanitario regionale". La comunità alloggio quale comunità sociosanitaria è a pieno titolo inserita nel piano sociosanitario della Regione Lombardia e nel persegue le finalità in un'ottica di integrazione dei servizi per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità. La struttura risponde requisiti previsti dalla DGR 20763/2005 e DGR 2569/2014.

La struttura è stata autorizzata al funzionamento dal 27 maggio 2000 e accreditata con DG Regione Lombardia del 29 aprile 2005.

ORGANIZZAZIONE E RUOLI DELLE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

All'interno della struttura sono presenti figure che lavorano in equipe.

La dotazione di tutto il personale è calcolata in base ai parametri/standard di assistenza previsti da Regione Lombardia.

Il personale inoltre agisce in stretta collaborazione con le famiglie di provenienza dell'Ospite, ove possibile, e i servizi sociosanitari territoriali preposti alla disabilità.

Ogni operatore è dotato di un cartellino di riconoscimento con la fotografia e la chiara indicazione del nome, del cognome e del ruolo svolto all'interno della Struttura.

DOCUMENTAZIONE COME STRUMENTO OPERATIVO

La CSS è dotata dei seguenti strumenti operativi:

- Cartella sanitaria

la cartella sanitaria raccoglie i dati e le informazioni di tipo sanitario è aggiornata periodicamente dal medico curante e dalle documentazioni portate dai famigliari/ADS in seguito a ricoveri o visite;

- Il Piano Assistenziale Individuale (PAI)

il Piano Assistenziale Individuale è lo strumento utilizzato per valutare le autonomie degli ospiti e le loro capacità. Sono individuate le necessità di supervisione che il personale deve attuare durante la giornata, le attività e l'assistenza. Il PAI viene elaborato dall'equipe educativa.

- il Progetto Educativo Individualizzato (PEI)

il Progetto Educativo Individualizzato è la definizione di una proposta educativa personalizzata. Il PEI viene discusso dall'equipe educativa e redatto dal coordinatore. Gli ospiti sono valorizzati nelle loro capacità e, qualora possibile, coinvolti direttamente nell'elaborazione, al fine di promuovere la progettualità, l'impegno e la responsabilità della persona.



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

- Scheda Individuale del Disabile (SIDi)

è la scheda informatizzata individuale del disabile, parte integrante del fascicolo sanitario e assistenziale di ogni ospite beneficiario di voucher sociosanitario di lungo assistenza. È finalizzata a consentire:

- la definizione della classe di appartenenza del singolo disabile e, di conseguenza, il livello di voucher sociosanitario assegnabile;
- le eventuali modifiche della classe di appartenenza del singolo disabile a seguito di variazione della situazione clinica e delle abilità funzionali;
- l'esercizio delle funzioni di verifica e controllo, da parte sia dell'ATS che della Regione.

- il Piano delle attività

è la definizione di una proposta personalizzata di attività che la persona svolge nell'arco della settimana ed è elaborato dall'equipe educativa.

La suddetta documentazione è raccolta nel fascicolo unico dell'utente e conservato, nel rispetto della normativa sulla privacy. L'accesso ai dati è tutelato da quanto prescritto nel Documento Programmatico sulla Sicurezza dei dati.

ARTICOLAZIONE ORARIA DELLE ATTIVITA' GIORNALIERE

La Comunità Socio-Sanitaria ha il fine primario d'integrare e sostituire la famiglia nella sua funzione educativa-assistenziale, supplendo temporaneamente o definitivamente alla stessa, nel momento in cui essa non fosse più in grado di farlo.

La struttura funziona 24 ore su 24, per l'intera settimana tutto l'anno. Il personale garantisce la continuità del servizio di assistenza in modo ininterrotto nelle 24 ore in funzione delle necessità dei disabili presenti e delle attività che si svolgono.

Di seguito viene descritto lo svolgimento di una giornata tipo:

Ore	7,00 - 8,30	Sveglia ed igiene personale
Ore	8,30 - 9,00	Colazione comunitaria
Ore	9,00 - 10,00	Riordino camere
Ore	9,30 - 11,30	Attività occupazionali, educative, riabilitative
Ore	11,30 - 12,00	Preparazione tavola
Ore	12,00 - 13,00	Pranzo comunitario
Ore	13,00 - 14,00	Riordino e riposo
Ore	14,00 - 15,30	Attività occupazionali, educative, riabilitative
Ore	15,30 - 16,00	Merenda
Ore	16,00 - 18,00	Docce e igiene
Ore	18,00 - 19,00	Preparazione cena
Ore	19,00 - 20,00	Cena e riordino
Ore	20,00 - 21,00	Tempo libero e preparazione per la notte
Ore	21,00	Riposo notturno



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

Gli orari sono oggetto di una contenuta flessibilità per essere adattati alle esigenze degli ospiti e alle specifiche esigenze giornaliere.

ATTIVITA' PROPOSTE

In coerenza con quanto stabilito dalla normativa di Regione Lombardia, la CSS garantisce agli ospiti:

Attività sociosanitarie:

- redazione di un fascicolo sanitario;
- monitoraggio dello stato di benessere psico-fisico (segnalazione al medico ed alla famiglia degli stati di malessere, coinvolgimento di figure specialistiche);
- sorveglianza all'autosomministrazione delle terapie farmacologiche.

Attività educativo-assistenziali sono:

- volte a migliorare l'autonomia personale (igiene, pulizia personale, cura degli ambienti di vita);
- inerenti l'alimentazione (preparazione dei pasti, controllo peso corporeo, preparazione e riordino della tavola);
- volte ad orientare, fare emergere e sviluppare in ogni persona le capacità residue, le attitudini e le potenzialità, permettendo il loro mantenimento e/o il loro potenziamento attraverso opportune tecniche e metodologie operative;
- volte a indirizzare a relazioni significative, alla collaborazione, alla condivisione, alla socializzazione, integrazione ed inclusione per dare ad ogni persona disabile la possibilità di vivere un'esistenza quanto più serena e gioiosa;
- finalizzate a ridurre e/o evitare ogni fenomeno di regressione culturale, di chiusura della comunicazione, di isolamento e marginalità sociale.

Le attività sopra riportate sono integrate da:

Gite - uscite sul territorio - feste: esse rappresentano l'occasione di apertura verso l'esterno e permettono di osservare le persone in ambienti diversi dalla struttura, le feste sono inoltre un momento di incontro con gli altri servizi per persone con disabilità presenti sul territorio e con i cittadini.

Assistenza in caso di ricovero ospedaliero e/o per visite specialistiche: nell'eventualità di ricovero ospedaliero improvviso il personale della CSS garantisce l'assistenza all'ospite sino al sopraggiungere di un familiare. Visite mediche e controlli esterni alla struttura sono prenotati dal medico di base in condivisione con i familiari ADS e gestiti dal personale della CSS.



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

VISITE AGLI UTENTI

La Comunità si propone di favorire e mantenere, ove è possibile, i rapporti con la famiglia dell'Ospite, con la rete parentale in generale e con gli amici e di attivare inoltre più rapporti con le varie componenti sociali presenti sul territorio locale; per questo l'orario delle visite alla struttura è libero durante le ore diurne, compatibilmente con le attività di svolgimento, si consiglia di anticipare telefonicamente il giorno e l'orario al fine di essere certi di trovare il proprio familiare in struttura.

INGRESSO IN STRUTTURA

L'accesso ai servizi dedicati alle persone con disabilità è preceduto dalla definizione, da parte dei servizi sociali comunali, con il pieno coinvolgimento dell'interessato e della sua famiglia, del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo le modalità previste dall'art. 5 di cui alla legge regionale n. 25/2022. Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato è definito a seguito di valutazione multidimensionale dei bisogni della persona con disabilità effettuata, così come previsto dall'articolo 6 "Valutazione multidimensionale — co-progettazione" della medesima legge regionale.

È parte integrante del progetto di vita il budget di progetto (art. 7 legge n. 25/2022).

Nel budget di progetto sono individuate le risorse necessarie per dare attuazione al progetto individuale, tenuto conto delle concrete necessità dell'interessato.

L'ammissione ai servizi di cui al presente accreditamento dovrà seguire il seguente iter:

- la persona con disabilità e la sua famiglia accedono ai servizi sociali del comune di residenza per la definizione del progetto di Vita e Budget di progetto; la definizione del Progetto di vita, così come previsto dalla Legge Regionale n. 25/2022 art. 5 viene redatto entro 90 giorni dalla data di presentazione della domanda. In caso di urgenza, relazionata dal servizio sociale del comune di residenza, i tempi per la definizione del percorso di ingresso in struttura potranno prevedere iter più rapidi che poi verranno ricondotti al progetto complessivo;
- il servizio sociale comunale attiva l'équipe di valutazione multidimensionale integrata;
- se il progetto di vita prevederà l'ammissione ai servizi oggetto della presente regolamentazione per l'accreditamento la persona/famiglia farà richiesta di accesso alla struttura prescelta presentando il proprio Progetto di Vita e Budget di progetto;
- l'ente gestore - prescelto dalla famiglia – comunicherà al Comune di residenza la propria eventuale disponibilità all'ammissione dichiarando contestualmente di accettare la programmazione dell'ingresso secondo le modalità previste dal Progetto di Vita e il sistema di finanziamento definito nel Budget di Progetto;
- acquisita la disponibilità da parte dell'ente gestore, il Comune comunica alla famiglia l'esito della sua istanza;
- per l'accesso ai servizi semiresidenziali si procederà alla sottoscrizione del contratto di ingresso tra la famiglia, l'Ente Gestore e il Comune di residenza e/o Ente



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

delegato.

- per l'accesso ai servizi residenziali si procederà alla sottoscrizione del contratto di ingresso tra la famiglia, l'Ente Gestore e il Comune di residenza e/o Ente delegato che sottoscriverà in applicazione e nel rispetto dei propri regolamenti.
- Il Comune, unitamente all'Ufficio di Piano dell'Ente capofila/Azienda, convoca la famiglia e l'Ente Gestore per la sottoscrizione del contratto, integrato dal "Patto economico" che stabilisce gli oneri connessi alla frequenza.
- Il Contratto d'ingresso integrato dal "Patto economico" sarà aggiornato alla sua scadenza e/o in caso di modifica delle condizioni economiche applicate per la frequenza al servizio, come previsto dal successivo art. 7.

Elenco dei documenti da acquisire all'atto dell'inserimento:

- Progetto di Vita
- Budget di Progetto
- Carta d'identità
- Carta regionale e Tessera di esenzione ticket in corso di validità
- Copia del verbale di Invalidità Civile
- Copia del verbale di Gravità ai sensi della legge 104/92
- Copia del Decreto di nomina del tutore/curatore/amministratore di sostegno
- Copia di cartelle cliniche, referti specialistiche relazioni cliniche riguardanti lo stato di salute generale dell'utente
- Copia di relazioni educative, ove esistenti, redatte da eventuali servizi di provenienza
- terapia farmacologica
- segnalazione medica di eventuali allergie farmacologiche e non.

L'inserimento in Struttura viene concordato nei tempi e modi con il Coordinatore della struttura. L'utente, al suo ingresso, viene accolto dal personale con la presenza dell'educatore e del personale addetto all'assistenza.

RETTA A CARICO DELL'UTENTE

In base al Patto di Accreditamento in essere tra ASPeF e il consorzio "Progetto Solidarietà" (Ente capofila del Piano di Zona), la retta giornaliera di degenza nella Comunità Socio-Sanitaria è fissata in euro 151,86 (Iva inclusa). Nel caso di frequenza di un CDD, nei soli giorni di effettiva presenza presso il CDD la retta giornaliera è fissata in euro 129,09 (Iva inclusa).

Le rette vengono periodicamente aggiornate dal Consorzio Progetto Solidarietà con propria deliberazione.

La retta è comprensiva delle spese sanitarie e dei servizi elencati nel Contratto di Ingresso, allegato alla presente Carta dei Servizi. Per la regolamentazione dei periodi di assenza si rimanda al punto 5) del suddetto Contratto.



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

PRESTAZIONI INCLUSE NELLA RETTA:

SERVIZIO ASSISTENZIALE: Assistenza ai bisogni fisiologici primari degli ospiti (piramide di Maslow) viene garantita 24 h su 24 da personale qualificato;

SERVIZIO EDUCATIVO: Nelle ore diurne sono presenti figure educative che conducono attività previste dalla programmazione, perseguendo gli obiettivi indicati nei progetti individuali;

SERVIZIO INFERMIERISTICO: Tutte le attività infermieristiche previste dal profilo professionale in essere. Interventi del medico di medicina generale e medici specialisti su speciali necessità. Monitoraggio fisioterapico su periodicità prevista e/o su necessità;

SERVIZIO MENSA: Il servizio mensa viene effettuato nella sala pranzo con il seguente orario:

- colazione	08,00 / 09,00
- pranzo	12,00 / 13,00
- merenda	15,00 / 16,00
- cena	19,00 / 20,00

SERVIZIO PULIZIA E SANIFICAZIONE AMBIENTALE: Il servizio è curato dal personale addetto secondo procedure approvate;

GUARDAROBA E LAVANDERIA: Il servizio lavanderia e guardaroba è garantito dal personale interno alla Struttura, che provvede alla cura degli indumenti degli ospiti, debitamente numerati, smistandoli e riordinandoli nei relativi armadi;

ASSISTENZA PER PRATICHE AMMINISTRATIVE: Nel caso in cui ci sia necessità di espletare pratiche amministrative presso i vari enti locali, in accordo con la Direzione, su richiesta, è possibile disporre di assistenza da parte del personale della struttura.

PRESTAZIONI A PAGAMENTO NON INCLUSE NELLA RETTA

Nella retta non sono comprese spese personali, per le quali sarà richiesta, sulla scorta di formale documentazione, dall'amministrazione della CSS, una somma da quantificare mensilmente e rendere disponibile presso la struttura per le necessità dell'ospite.



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA GESTIONE DELLA “LISTA D’ATTESA”

L’iscrizione in lista di attesa è subordinata alla presentazione del Piano di Vita e del Budget di progetto rilasciati dall’équipe di valutazione multidimensionale integrata entro 90 giorni dalla data di richiesta da parte della persona con disabilità e la sua famiglia ai servizi sociali del comune di residenza.

La lista d’attesa per l’accesso è depositata presso l’ufficio Tutor situato presso gli uffici amministrativi di ASPeF (1° piano della RSA Isabella d’Este); a fronte della disponibilità di un posto, si provvederà nel più breve tempo possibile ad inserire in Struttura (CSS) la prima persona disabile presente nella graduatoria con adeguato requisito di genere in quanto le camere di degenza sono doppie e non è consentita la presenza di camere miste.

I criteri per l’inserimento in lista d’attesa comprendono:

- la data di presentazione della domanda (registrata con numero di protocollo);
- la situazione di gravità del soggetto o del nucleo familiare;
- la complessità sociale nel contesto di provenienza.

DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE DIMISSIONI DELL’UTENTE

Le dimissioni possono avvenire quando:

- il PEI ha esaurito la sua validità pedagogica e si ravvede quindi per l’ospite l’utilità di promuovere e predisporre una successiva fase evolutiva in altro servizio più idoneo, in tal caso la struttura condivide con l’Udp il nuovo progetto di accompagnamento.
- i familiare/o l’ospite lo decidano, comunicandolo alla struttura con motivazione scritta tempestiva e comunque non oltre un mese antecedente l’inizio dell’assenza;
- viene constatato il mancato pagamento delle rette per un periodo superiore a tre mesi.

In caso di dimissioni o trasferimento ad altra struttura:

- il coordinatore e l’educatore di riferimento redigono la relazione di dimissione riportando lo stato di salute della persona, i trattamenti effettuati, l’eventuale necessità di trattamenti successivi e le informazioni utili al proseguimento del percorso assistenziale;
- ai familiari verrà consegnata copia di tutta la documentazione relativa all’ospite per tutto il periodo di degenza.

L’ospite ha diritto al mantenimento del posto in caso di ricovero ospedaliero o per assenze temporanee giustificate fino ad un massimo di 30 giorni nell’anno, fermo restando il pagamento della retta anche per i giorni di assenza.



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

COINVOLGIMENTO DELLA FIGURA DI RIFERIMENTO

Nella prospettiva di mantenere il più possibile la stretta collaborazione tra Servizio e famiglia d'origine e/o figura giuridica di riferimento, vengono incontrati periodicamente i familiari o le figure giuridiche di riferimento per la condivisione dei PEI o per confrontarsi sull'andamento e il percorso dell'ospite.

Il coordinatore è altresì disponibile, previo appuntamento, a colloqui individuali per esigenze specifiche.

PROCEDURE PER LA GESTIONE DEL RECLAMO

ASPeF garantisce la funzione di tutela ai cittadini-clienti dei propri servizi attraverso la possibilità di sporgere reclamo a seguito di un disservizio, comportamento o modalità d'intervento che abbiano negato o limitato il servizio offerto e dichiarato nella Carta dei Servizi, mediante la compilazione dell'apposito modulo "segnalazione disservizi" per garantire agli utenti/famigliari la massima trasparenza e imparzialità nella valutazione oggettiva di eventuali reclami. La modulistica inerente alla gestione dei disservizi è allegata alla presente Carta dei Servizi.



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
www.aspefmantova.it

ALLEGATI

ASPeF revisione 11/2025	PROTOCOLLO MODALITA' DI INGRESSO E DIMISSIONI CSS	MOD – PID REV.06
----------------------------	--	---------------------



NOME PROTOCOLLO

___PROTOCOLLO INGRESSO E DIMISSIONI

SETTORE DI RIFERIMENTO

___CSS___

CODICE

___CSS 1001/09___

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2009	1° EMISSIONE		23/09/2019	4° REV	
01/02/2010	1° REVISIONE		09/12/2024	5° REV	
20/09/2011	1° MODIFICA		10/11/2025	6° REV.	
01/01/2012	2° REVISIONE				
01/01/2013	3° REVISIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		



PROTOCOLLO MODALITA' DI INGRESSO E DIMISSIONI IN CSS

L'accesso ai servizi dedicati alle persone con disabilità è preceduto dalla definizione, da parte dei servizi sociali comunali, con il pieno coinvolgimento dell'interessato e della sua famiglia, del Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo le modalità previste dall'art. 5 di cui alla legge regionale n. 25/2022. Il progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato è definito a seguito di valutazione multidimensionale dei bisogni della persona con disabilità effettuata, così come previsto dall'articolo 6 "Valutazione multidimensionale — co-progettazione" della medesima legge regionale.

È parte integrante del progetto di vita il budget di progetto (art. 7 legge n. 25/2022). Nel budget di progetto sono individuate le risorse necessarie per dare attuazione al progetto individuale, tenuto conto delle concrete necessità dell'interessato.

L'ammissione ai servizi di cui al presente accreditamento dovrà seguire il seguente iter:

- la persona con disabilità e la sua famiglia accedono ai servizi sociali del comune di residenza per la definizione del progetto di Vita e Budget di progetto; la definizione del Progetto di vita, così come previsto dalla Legge Regionale n. 25/2022 art. 5 viene redatto entro 90 giorni dalla data di presentazione della domanda. In caso di urgenza, relazionata dal servizio sociale del comune di residenza, i tempi per la definizione del percorso di ingresso in struttura potranno prevedere iter più rapidi che poi verranno ricondotti al progetto complessivo;
- il servizio sociale comunale attiva l'équipe di valutazione multidimensionale integrata;
- se il progetto di vita prevederà l'ammissione ai servizi oggetto della presente regolamentazione per l'accREDITamento la persona/famiglia farà richiesta di accesso alla struttura prescelta presentando il proprio Progetto di Vita e Budget di progetto;
- l'ente gestore - prescelto dalla famiglia – comunicherà al Comune di residenza la propria eventuale disponibilità all'ammissione dichiarando contestualmente di accettare la programmazione dell'ingresso secondo le modalità previste dal Progetto di Vita e il sistema di finanziamento definito nel Budget di Progetto;
- acquisita la disponibilità da parte dell'ente gestore, il Comune comunica alla famiglia l'esito della sua istanza;
- per l'accesso ai servizi semiresidenziali si procederà alla sottoscrizione del contratto di ingresso tra la famiglia, l'Ente Gestore e il Comune di residenza e/o Ente delegato.
- per l'accesso ai servizi residenziali si procederà alla sottoscrizione del contratto di ingresso tra la famiglia, l'Ente Gestore e il Comune di residenza e/o Ente delegato che sottoscriverà in applicazione e nel rispetto dei propri regolamenti.
- Il Comune, unitamente all'Ufficio di Piano dell'Ente capofila/Azienda, convoca la famiglia e l'Ente Gestore per la sottoscrizione del contratto, integrato dal "Patto economico" che stabilisce gli oneri connessi alla frequenza.

- Il Contratto d'ingresso integrato dal "Patto economico" sarà aggiornato alla sua scadenza e/o in caso di modifica delle condizioni economiche applicate per la frequenza al servizio, come previsto dal successivo art. 7.

La motivazione di tale protocollo nasce dalla consapevolezza che l'inserimento di una persona in struttura protetta residenziale può essere difficoltoso, se non preparato in modo adeguato, e non tiene conto del vissuto della persona stessa e della rispettiva famiglia. Ecco perché ASPeF, avvalendosi di una propria equipe multidisciplinare, ha elaborato un programma di accoglienza (previa graduatoria in caso di lista d'attesa) strutturato in varie fasi.

FASE PRE-INGRESSO E FASI OPERATIVE DI ACCOGLIENZA: rilevata la disponibilità di un posto letto in Comunità Socio-Sanitaria, l'ufficio Tutor Ospiti di ASPeF comunica la disponibilità ad ammettere il primo utente in graduatoria della lista d'attesa.

La fase pre-ingresso presuppone un incontro tra l'Ospite e/o il Familiare, il Responsabile della Comunità e/o l'Educatore e il Direttore Sanitario della Struttura, supportato dal Personale dell'ufficio Tutor di ASPeF, con l'obiettivo di conoscere l'utente e le relative abitudini, necessità e aspettative. Tali conoscenze verranno poi trasferite sulla scheda personale d'ingresso. Durante il colloquio verrà consegnata la Carta dei Servizi della CSS e ne verranno illustrati i punti principali. Al tempo stesso viene compilato e firmato il Contratto di Ingresso - e relativi allegati - e vengono ritirati i documenti personali dell'Ospite (carta d'identità, tessera sanitaria, esenzioni, etc.).

Ulteriore scopo dell'incontro pre-ingresso è quello di raccogliere il consenso informato e compilare la scheda di accoglienza ottenendo il maggior numero di notizie sull'Ospite.

Unitamente si concorda la data e l'ora dell'accesso, consentendo all'Ospite e al Familiare/Amministratore di sostegno/Tutore di visitare preventivamente la Struttura, se desiderato.

Il coordinatore della Comunità controllerà le fasi di inserimento e di adattamento con momenti di verifica tra i componenti dell'equipe, mantenendo il rapporto con la famiglia, e progettando le modalità di interventi individualizzati e di gruppo mirati ai bisogni peculiari dell'utente.

FASE DI INSERIMENTO: nel giorno dell'ingresso all'Ospite viene mostrata la sua stanza e i familiari provvedono a portare gli indumenti affinché gli operatori della Comunità possano sistemarli nell'armadio personale e nei giorni seguenti etichettarli. Il nuovo Ospite viene poi presentato agli altri membri della Comunità e al personale ASA/OSS in servizio, il quale provvederà nella prima settimana d'ingresso, in collaborazione con il Coordinatore e l'Educatore, a compilare un P.A.I. provvisorio in seguito sottoscritto dal Familiare firmatario del contratto.

Nei giorni successivi verranno presentate all'ospite anche le altre figure professionali (terapista della riabilitazione, logopedista, infermiere professionali delle C-DOM, ecc.). Tale equipe multiprofessionale definisce gli interventi mirati ai bisogni del singolo Ospite.

Durante i primi due giorni d'accoglienza, all'Ospite verranno illustrati tutti gli ambienti della Comunità affinché possa orientarsi negli spostamenti.

FASE DI VERIFICA: dopo un periodo di osservazione, si provvede ad una verifica dell'avvenuto inserimento e della realizzazione degli obiettivi preposti (socio-sanitari/educativi/riabilitativi, ecc.) individuati e programmati nella fase d'inserimento. Tali modalità d'accoglienza facilitano l'inserimento e l'integrazione dell'Ospite all'interno della Comunità e sul territorio circostante la Struttura.

MODALITA' DI DIMISSIONE: eventuale dimissione è preventivamente concordata tra il Coordinatore e/o Educatore della Comunità e i Familiari/Amministratori di sostegno/Tutori dell'Ospite e stabilita nel giorno, nell'orario e nella modalità.

Il Direttore Sanitario di ASPeF compila la lettera di dimissione il giorno antecedente la stessa.

Il Coordinatore o l'Educatore provvedono a fornire elementi di informazione e formazione sull'Ospite in dimissione ai relativi Familiari/Amministratori di sostegno/Tutori circa i problemi inerenti alla gestione al domicilio o in caso d'ingresso in altra Struttura.

La lettera di dimissione viene redatta in duplice copia: una copia viene consegnata dal medico all'atto della dimissione e l'altra copia resta agli atti in cartella personale.

Il Direttore Sanitario all'atto della dimissione si sincera con Ospite e Familiari che siano stati chiariti tutti gli aspetti inerenti alla dimissione.

In consegna viene registrata la dimissione dell'Ospite; il Coordinatore o l'Educatore provvederanno a depositare il fascicolo personale, debitamente compilato, presso l'ufficio Tutor Ospiti di ASPEF, dove verrà archiviato in appositi faldoni ordinati per data di dimissione.

Protocollo per il decesso del paziente:

All'atto di eventuale decesso l'operatore di turno informa il Coordinatore della Struttura e il Direttore Sanitario di ASPeF, il quale compila il fascicolo sanitario con data e causa di morte.

L'operatore allega al fascicolo sanitario il diario giornaliero e lo consegna al personale dell'ufficio Tutor, che li archivierà in appositi faldoni ordinati per data di decesso

Documenti e materiale da consegnare al familiare/amministratore di sostegno/tutore in fase di dimissione:

- documenti personali (carta identità, codice fiscale, tessera sanitario, esenzioni, ecc.);
- lettera di dimissioni scritta dal Direttore Sanitario di ASPeF;
- indumenti ed effetti personali;
- eventuali farmaci rimasti in giacenza;
- eventuali ausili o presidi forniti dall' Ufficio Protesi dell'ATS Valpadana. Il Coordinatore o l'Educatore della Comunità ha il compito poi di avvisare l'ATS al fine di interrompere eventuali prestazioni e/o materiali forniti all'utente in CSS. È altresì importante segnalare ai suddetti uffici la nuova destinazione residenziale dell'Ospite dimesso affinché' gli eventuali apparecchi elettromedicali, ausili, presidi, non vadano smarriti o utilizzati da terze persone.

Bibliografia

1. Ambrosetti F, Piccinelli M, Piccinelli R, La responsabilità nel lavoro medico d'équipe. Profili penali e civili, UTET, 2003
2. Bilancetti, La responsabilità penale e civile del medico, Cedam, 2003
3. Buzzi, Sclavi, La cartella clinica: atto pubblico, scrittura privata o tertium genus, Riv It Med Leg 1997, 1182
4. Carlini L, Benucci G, Bacci M: Il controllo di qualità della cartella clinica nel contesto del Risk management: un ruolo specifico delle U.O. di medicina legale, Giusti G, Trattato di medicina legale, Cedam, 2010
5. Dell'Erba A, Fineschi V. La tutela della salute, Giuffrè, 1993
6. Fineschi V, La cartella Clinica, Zaglio A, Le leggi dell'Ospedale, Verduci, 2001
7. Fineschi V (a cura di), Il codice di deontologia medica, Giuffrè, 1996
8. Martelloni M, Del Vecchio S, La cartella clinica: documento medico, diritto del cittadino. Professione, 2005
9. Merusi F, Bargagna M, La cartella clinica, Giuffrè, 1978
10. Nonis M, Braga M, Guzzanti E, Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il pensiero scientifico editore, 1998



ASPeF

il cuore della città

Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia

P.le Michelangelo n. 1 – 46100 Mantova

C.F. e P.IVA 01837820206 – Tel 0376357811

sito www.aspefmantova.it – mail aspef@aspefmantova.it - PEC aspef@arubapec.it

CONTRATTO DI INGRESSO IN COMUNITA' SOCIO SANITARIA

N.° protocollo _____ data ____ / ____ / ____

C.S.S. di Viale Gorizia

Tra

A.S.P.eF. – Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia, azienda del Comune di Mantova, con sede in Mantova, Piazzale Michelangelo n. 1, P.I. e C.F. 01837820206, in persona del Presidente e Legale Rappresentante Avv. Filippo Genovesi

di seguito per brevità indicata come “A.S.P.eF.” o “Struttura”

e l'utente

nome _____ cognome _____ sesso ☐ M ☐ F

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

residente in via/piazza _____ n.° _____

comune di _____ prov. _____

documento identità n. _____ rilasciato dal comune

di _____ il giorno ____ / ____ / ____ e scadenza il giorno ____ / ____ / ____

codice fiscale n. _____

e/o il familiare - coobbligato

nome _____ cognome _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____
residente in via/piazza _____ n.° _____
comune di _____ prov. _____
documento identità n. _____ rilasciato dal comune di _____
il giorno ____ / ____ / ____ e scadenza il giorno ____ / ____ / ____
codice fiscale n.° _____
recapito telefono cellulare _____ recapito telefono fisso _____
indirizzo e-mail _____

che, sottoscrivendo, accetta di divenire obbligato in solido per tutte le obbligazioni economiche nascenti dal presente contratto

e/o

Tutore

- ☐ Curatore
- ☐ Amministratore di sostegno
- ☐ Procuratore Generale
- ☐ Procuratore Speciale
- ☐ Dirigente comunale

come da:

☐ Provvedimento del Tribunale di _____ emesso in data ____ / ____ / ____
_____ R.G. n.° _____

☐ Procura generale/speciale sottoscritta dall'utente in data ____ / ____ / ____
☐ Determina del Comune di _____ n.° _____ di data ____ / ____ / ____

si conviene e si stipula quanto segue:

ART. 1) INGRESSO E ASSEGNAZIONE DEL POSTO LETTO

A seguito dell'accettazione della domanda presentata unitamente alla documentazione clinica in data con il presente atto l'Amministratore di sostegno/Tutore/Familiare chiede in

nome e per conto dell'Ospite l'ingresso presso la Comunità Socio Sanitaria (se Amministratore di Sostegno/Tutore: in conformità al provvedimento n.º..... del Tribunale di che si allega al presente contratto quale parte integrante dello stesso).

[] e/o *(da compilare solo se c'è un terzo coobbligato in via solidale:)* dichiara che l'obbligazione economica viene assunta in via solidale dal Terzo Obbligato che sottoscrive il presente contratto di ingresso per accettazione e assunzione solidale delle correlative obbligazioni.

ASPeF acconsente all'ingresso del richiedente nella CSS da essa gestita e gli mette a disposizione un posto letto libero in una stanza della Comunità a partire dal giorno/...../.....

Si precisa che sarà comunque facoltà della Direzione Sanitaria stabilire, in qualsiasi momento, variazioni al posto letto (stanza di degenza), in base alle necessità dell'Ospite stesso o per motivi di ordine organizzativo relativi alla gestione della Struttura.

L'Ente ha verificato al momento dell'ingresso che l'Ospite ha le caratteristiche e manifesta le condizioni di bisogno previste per le Comunità Socio Sanitarie, assicurando per l'inserimento in Struttura che la presa in carico avviene secondo criteri di appropriatezza, favorendo la continuità assistenziale e precisando che eventuali situazioni complesse saranno comunicate all'Amministratore di Sostegno/Tutore, all'ATS Valpadana sede di Mantova e al Comune di provenienza.

ART 2) FAMILIARE/PERSONA DI RIFERIMENTO

Al momento dell'ingresso in Struttura, si individua il Familiare/persona di riferimento con cui ASPeF è autorizzata – anche ai sensi e per gli effetti della vigente normativa legale a tutela della privacy – a interloquire riguardo tutto ciò che possa risultare di interesse per l'Ospite stesso, con particolare riguardo agli aspetti concernenti la sua salute.

Il Familiare/persona di riferimento può non avere rapporti di parentela con l'Ospite e può anche coincidere con l'Amministratore di sostegno/Tutore/Garante.

Il Familiare/persona di riferimento è autorizzato ad accedere alla Struttura, assistere ordinariamente l'Ospite e a rapportarsi, sempre per rispondere a esigenze dell'Ospite e nel suo esclusivo interesse, con il personale medico, paramedico e amministrativo di ASPeF e funge da tramite fra la Comunità e la famiglia dell'Ospite stesso.

Il Familiare/persona di riferimento si impegna, inoltre, a provvedere al trasferimento dell'Ospite, qualora quest'ultimo, per qualsiasi motivo, non possa o non voglia più rimanere nella Struttura. In caso di variazioni della figura del Familiare/persona di riferimento, essa è tenuta ad indicare un nuovo soggetto che subentri all'adempimento di tali compiti, dandone debita comunicazione ad ASPeF.

ART. 3) OBBLIGHI DELL'OSPITE E DEL TERZO OBBLIGATO/GARANTE

L'Ospite e/o il Terzo obbligato in solido/Garante si impegna al pagamento della retta di ricovero nei termini di cui agli articoli 4) - 5) del presente contratto.

I soggetti di cui al precedente comma dichiarano di farsi carico anche delle eventuali spese sanitarie non comprese nella retta giornaliera, come elencate nell'art. 6) del presente contratto.

ART. 4) DETERMINAZIONE DELLA RETTA A CARICO DELL'OSPITE

In base alla convenzione in essere tra ASPEF e il consorzio "Progetto Solidarietà" (Ente capofila del Piano di Zona), la retta giornaliera di degenza nella Comunità Socio Sanitaria è fissata in euro 151,860 (Iva inclusa). Nel caso di frequenza di un CDD, nei soli giorni di effettiva presenza presso il CDD la retta giornaliera è fissata in euro 129,09 (Iva inclusa).

Tale retta è comprensiva delle spese sanitarie e dei servizi elencati all'articolo 6) del presente contratto; inoltre, sono inclusi nella retta il servizio di parrucchiera/barbiere e il servizio di podologia.

Le quote giornaliere sopra fissate si intendono al netto del contributo sanitario regionale e con l'applicazione del bollo previsto dalla normativa vigente in materia.

La persona di riferimento/Amministratore di sostegno/Tutore/Garante prende atto del fatto che nel corso del ricovero la retta possa subire delle variazioni. Il Consiglio di Amministrazione di ASPeF si riserva la facoltà di aumentare la retta sulla base dell'aumento dell'indice ISTAT, dei maggiori oneri derivanti dagli aumenti contrattuali del personale, dei maggiori oneri derivanti dagli adeguamenti a normative nazionali e regionali. Dette variazioni saranno comunicate per iscritto, ai sensi del successivo art. 8), alla persona di riferimento/amministratore di sostegno/Tutore/Garante almeno 15 giorni prima dell'applicazione delle nuove tariffe, dando quindi allo stesso la facoltà di recedere dal presente contratto nei termini previsti.

Ove il Comune di residenza dell'Ospite si assuma l'onere di concorrere al pagamento della retta, il relativo atto deliberativo viene allegato in copia al presente contratto e l'Ospite risponde, di conseguenza, per gli importi residui al netto del concorso comunale.

ASPeF si impegna, in conformità della normativa nazionale e regionale vigente, a rilasciare la certificazione della retta ai fini fiscali, per i servizi che prevedono la compartecipazione al costo da parte dell'utente, entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

ART. 5) DECORRENZA DELLA RETTA E TRATTAMENTO DEI PERIODI DI ASSENZA DELL'OSPITE

La retta decorre dalla data di disponibilità del posto letto; la stessa sarà conteggiata mensilmente e dovrà essere versata entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo rispetto a quello cui la retta si riferisce, tramite:

- Bonifico bancario presso Banca Monte Dei Paschi di Siena - Ag. di Corso Emanuele, n. 30 - 46100 Mantova – IBAN: IT05 V 01030 11509 000010948495;
- addebito automatico R.I.D.

Ogni altra modalità di pagamento diversa da quelle ordinarie predette deve essere concordata con l'Ente Gestore.

In relazione alla regolamentazione delle assenze definita nella convenzione tra la Comunità Socio-Sanitaria e il Consorzio "progetto Solidarietà" del Distretto di Mantova, la persona di riferimento, l'Amministratore di sostegno/Tutore o Garante e i familiari prendono atto che:

- a) le dimissioni su richiesta scritta dalla persona di riferimento/Amministratore di sostegno/Tutore o Garante in cui viene specificata la data di decorrenza, vanno presentate con 15 giorni di preavviso all'Ente Gestore e al Comune di residenza;
- b) in caso di assenza giustificata da ricoveri ospedalieri sino a 30 giorni consecutivi, il posto verrà conservato;
- c) eventuali decisioni di dimissioni dell'Ospite dovranno essere concordate e valutate tra il Comune, l'Ente Gestore e la persona di riferimento, Amministratore di sostegno/Tutore, Garante e familiari.
- d) altre cause di dimissione sono elencate dal contratto d'ingresso previsto dalla normativa regionale.

ART. 6) PRESTAZIONI A CARICO DI ASPeF

ASPeF fornisce all'Ospite tutti i servizi e le prestazioni previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie:

- assistenza durante i ricoveri ospedalieri (in caso non fosse possibile ai familiari): si garantisce la presenza durante i pasti e l'igiene personale;
- assistenza nell'assunzione delle terapie;
- possibilità di diete individuali differenziate per motivi clinici o religiosi;
- merenda a metà mattina e a metà pomeriggio;
- menù estivo/invernale variato settimanalmente;
- menù speciali nelle feste comandate;
- vino durante i pasti (solo se autorizzato dal medico di Medicina Generale dell'Ospite);
- raffrescamento estivo;
- lavaggio e stiratura indumenti e biancheria dell'Ospite;
- rammendatura indumenti dell'Ospite;
- servizio di podologia curativa;
- servizio di parrucchiere (shampoo, taglio, messa in piega, tinta) e/o barbiere;
- presenza di operatori ASA/OSS 24/24 h, di 1 Coordinatore 6/7 giorni, di 1 educatore dal lunedì al venerdì;
- visita fisiatrica annuale;
- supervisione e consulenze con il Direttore Sanitario di ASPeF;
- sostegno psicologico ai familiari;
- supporto ad utenti e familiari per il disbrigo di pratiche burocratiche (carta identità, ecc.);
- trasporti sanitari (per esami, ricoveri, visite in O.C., Distretto Sanitario) con ambulanza, in caso di grave disabilità motoria;
- trasporti sanitari con il mezzo di trasporto della Comunità, in base alle capacità motorie dell'Ospite;
- gite, uscite giornaliere nel quartiere, uscite culturali ecc. con il Personale della Comunità;
- partecipazione alle feste organizzate dagli animatori di ASPeF.

Sono esclusi i seguenti servizi:

- onorari e compensi per prestazioni non fornite direttamente dalla Struttura, ma richieste dalla persona di riferimento (es. visite specialistiche, visite mediche e infermieristiche)

effettuate da professionisti non convenzionati); il trasporto per tali interventi è a carico dell'Ospite;

- ogni altra prestazione non prevista espressamente dall'allegata Carta di Servizi.

ASPeF si impegna alla custodia e all'igiene dei presidi individuali quali: occhiali, protesi dentarie ed acustiche e, in caso di smarrimento o distruzione, non imputabile a dolo o a colpa grave dell'Ospite o dei suoi familiari, al loro ripristino a proprie spese.

ART. 7) ASSICURAZIONI E RESPONSABILITA' PER LE COSE IN CUSTODIA

La Comunità si impegna alla stipula e al mantenimento dell'assicurazione per la responsabilità civile conforme alla normativa vigente nazionale e regionale.

Ai sensi degli articoli 1783 – 1786 del Codice Civile, ASPeF risponde:

- 1) quando le cose dell'Ospite gli sono state consegnate in custodia;
- 2) quando ha rifiutato di ricevere in custodia cose che aveva, ai sensi degli artt. 1783 – 1786 del Codice Civile, l'obbligo di accettare.

ASPeF ha l'obbligo di accettare carte-valori, il danaro contante e gli oggetti di valore che può rifiutarsi di ricevere soltanto se si tratti di oggetti pericolosi o che, tenuto conto dell'importanza e delle condizioni di gestione della Comunità, abbiano valore eccessivo o natura ingombrante. ASPeF esige che la cosa gli venga consegnata contenuta in un involucro chiuso o sigillato; la custodia avverrà tramite deposito delle cose consegnate all'interno di casaforti appositamente destinate.

ART. 8) RECESSO DAL CONTRATTO

Qualora l'Ospite intenda recedere dal presente contratto, dovrà dare preavviso alla Struttura con comunicazione scritta almeno 15 giorni prima della data determinata ed entro il medesimo termine l'Ospite deve lasciare la Comunità.

La Comunità ha facoltà di recedere dal presente contratto e di dimettere l'Ospite, non garantendo più, di conseguenza, il mantenimento del posto letto, qualora si verificano le seguenti condizioni:

- in caso di insolvenza del pagamento della retta trascorsi trenta giorni dal ricevimento del sollecito di pagamento;

- nel caso in cui un Amministratore di sostegno/Tutore/Garante/Familiare somministri o autorizzi la somministrazione di qualsiasi tipo di medicinale o trattamenti alla persona, di bevande o cibo, senza la preventiva autorizzazione della Direzione Sanitaria della Comunità, formalmente inserita nel fascicolo socio-sanitario dell'Ospite;
- in caso di frattura del rapporto fiduciario tra l'Ospite e/o il suo Amministratore di Sostegno/Tutore/Garante/Familiare e gli operatori della Struttura, ad insindacabile giudizio del Direttore Sanitario;
- nel caso in cui l'evoluzione psico-fisica dell'Ospite richieda un trattamento sanitario che la Comunità non sia in grado di garantire.

ART. 9) RISOLUZIONE DEL CONTRATTO

In caso di ritardo nel pagamento della retta di oltre trenta giorni dalla sua scadenza, il presente contratto si riterrà risolto di diritto senza necessità della relativa comminatoria o della costituzione in mora dell'Ospite e/o del Garante.

A seguito della risoluzione del contratto, e con pari decorrenza, l'Ospite viene dimesso dalla Comunità. In caso di permanenza oltre la data fissata per la dimissione è prevista a suo carico una penale di importo giornaliero pari ad euro 60,00 da aggiungere alla retta ordinaria applicata per ogni giorno di permanenza in più rispetto alla data di risoluzione stessa.

Qualora l'Ospite venga dimesso per ritardato o mancato pagamento, in ottemperanza alla normativa vigente, l'Ente si attiva affinché le dimissioni avvengano in forma assistita dal Comune e dall'ATS.

ART. 10) CARTA DEI SERVIZI

Il presente contratto si intende anche regolato dalla Carta dei Servizi deliberata da ASPeF; il contenuto della stessa e le sue eventuali variazioni integrano e sostituiscono, laddove incompatibili, le disposizioni del presente contratto.

Gli aggiornamenti della Carta dei Servizi saranno comunicati dalla Comunità Socio Sanitaria di ASPEF all'atto della variazione.

Resta inteso che eventuali modifiche alla normativa vigente devono intendersi automaticamente recepite dal presente contratto.

ART. 11) TERZO OBBLIGATO IN SOLIDO/GARANTE

Il Terzo Obbligato in solido/Garante, con la sottoscrizione del presente contratto, si costituisce fidejussore solidale ed illimitato dell'Ospite e si assume pertanto in proprio tutti gli obblighi e gli impegni economici spettanti a quest'ultimo, a qualsiasi titolo, nel caso in cui gli stessi non siano adempiuti puntualmente.

Il Garante rinuncia espressamente al beneficio della preventiva escussione e si obbliga a tenersi costantemente al corrente circa il regolare adempimento delle obbligazioni economiche derivante dal contratto, esonerando la Comunità da ogni obbligo di preventiva informazione al riguardo. E' peraltro consentito che il Garante assuma direttamente a suo carico il pagamento materiale della retta mensile, fornendo le opportune istruzioni ad ASPEF.

Il Garante deve comunicare tempestivamente ad ASPEF ogni variazione che intervenga in ordine alla sua residenza anagrafica.

Se vi sono più Garanti, ciascuno di questi assume, in solidarietà con l'Ospite e tutti gli altri Garanti, i medesimi impegni descritti nel presente articolo.

ART. 12) FORO COMPETENTE

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

ART. 13) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Regolamento UE 2016/679 - Dlgs 196/03)

In relazione all'ingresso nella Comunità Socio Sanitaria, nel presente documento sono riportate le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuate da ASPEF, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

BASE GIURIDICA E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il Titolare svolge legittimamente l'attività socioassistenziale per la quale è autorizzato ai sensi della D.G.R. Lombardia 2569/2014 nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio. Il trattamento dei dati è finalizzato alla assistenza sociosanitaria, socioeducativa e riabilitativa dell'interessato e all'assolvimento del debito informativo dovuto alla Regione Lombardia ed alla ATS competente.

I Suoi dati personali comuni (es. dati anagrafici, codice fiscale, tessera sanitaria, recapito telefonico ecc.) e particolari, ossia relativi allo stato di salute, sono trattati, cioè utilizzati, secondo i principi di correttezza, liceità, legittimità, indispensabilità, trasparenza e non eccedenza, rispetto agli scopi per i quali sono raccolti, ai sensi dell'art.9 co.2 lett. h) del Reg. UE 16/679 ed il suo consenso sarà implicito nella richiesta di servizio.

Per questo motivo, il rifiuto di comunicarli potrebbe comportare gravi difficoltà nel fornire all'interessato adeguata assistenza sanitaria, fatta eccezione per le prestazioni urgenti e/o disposte per legge.

Le informazioni che riguardano l'Ospite vengono raccolte direttamente in occasione di una prestazione sanitaria fornita ASPEF in regime residenziale ma potrebbero derivare anche da fonti terze come il Fascicolo Sanitario Elettronico del SSN; esse sono utilizzate per tutela della salute, ossia attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; attività amministrative, gestionali e contabili, correlate alle prestazioni sanitarie fruite; attività certificatorie relative allo stato di salute; attività epidemiologica e statistica; altri adempimenti previsti da norme di legge o di regolamento. Il trattamento dei dati avverrà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici. La protezione dei dati è garantita dall'adozione di misure di sicurezza finalizzate a consentire l'accesso e l'utilizzo dei dati ai soli operatori autorizzati.

Ulteriori trattamenti dei dati personali, che potrebbero presentare rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, saranno effettuati, in conformità alle leggi e ai regolamenti, previa ulteriore nota informativa e, dove richiesto, previo rilascio di specifico consenso. Si tratta ad esempio di trattamenti: ai fini di implementazione del Dossier Sanitario Elettronico o del Fascicolo Sanitario Elettronico; ai fini di implementazione dei sistemi di sorveglianza/registri di patologia; per scopi di ricerca scientifica anche nell'ambito delle sperimentazioni cliniche; nell'ambito della teleassistenza/telemedicina, al fine di consentire la trasmissione a distanza di tracciati e immagini, anche tramite un collegamento telematico bidirezionale con altre strutture.

A CHI SI COMUNICANO I DATI

I dati personali e sensibili non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere trasmessi/comunicati agli enti competenti, di seguito indicati, per finalità amministrative e istituzionali e per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa: soggetti pubblici (altre Aziende Sanitarie, Regione, Comuni, INAIL, INPS, MMG/PLS, ecc.) e/o privati (Strutture sanitarie private, come laboratori di analisi) coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale; compagnia assicurativa di ASPEF al fine di tutelare gli operatori e l'Ente stesso nelle ipotesi di responsabilità; Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita; Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza.

Nei casi espressamente previsti dalla legge; soggetti terzi che effettuino operazioni di trattamento dati personali per conto dell'Ente, sono appositamente qualificati "Responsabili del Trattamento" e tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di protezione dati, in virtù di apposito atto stipulato con l'Ente. Il nominativo dei responsabili del trattamento nominati è a disposizione dell'Ospite su richiesta. Detti soggetti assumono in proprio l'onere di informare l'interessato sui trattamenti svolti, eventualmente, in qualità di autonomi titolari.

I dati non verranno trasferiti ad un paese terzo o ad una organizzazione internazionale diversi dai paesi o dalle organizzazioni soggetti alle norme di diritto UE.

TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. A riguardo, si richiama il documento di riferimento interno denominato *Protocollo di gestione della Cartella Clinica e Massimario di scarto adottato* in conformità della DGR Lombardia: Decreto n. 15229 del 1° dicembre 2017 - Approvazione della "versione 04" del "Titolario e massimario del sistema sociosanitario lombardo, già sistema sanitario e sociosanitario di Regione Lombardia" (in vigore dal 1° gennaio 2018).

DIRITTI DELL' INTERESSATO E RECLAMO

La normativa vigente conferisce all'Ospite il diritto di esercizio di specifici diritti. In qualità di interessato, previa richiesta scritta, rivolta al Titolare o al Responsabile del Trattamento l'Ospite potrà richiedere l'accesso ai dati personali per conoscerne l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano, nonché la logica applicata al trattamento effettuato con strumenti elettronici; ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero

l'integrazione dei dati che riguardano l'interessato, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati, o l'oscuramento se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; richiedere la trasmissione dei dati personali ad un'altra struttura sanitaria in formato leggibile con le più comuni applicazioni informatiche (c.d. portabilità dei dati); opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che riguardano l'interessato, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta e nei limiti delle leggi vigenti.

Si ricorda che, in caso di violazione dei dati personali si potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art. 77.

REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 7 del Regolamento, nei casi in cui viene prestato un consenso al trattamento dei dati personali, è riconosciuta all'interessato la facoltà di revocarlo. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Sono fatti salvi i limiti imposti dalla legge. La revoca dovrà essere espressa per iscritto.

La revoca potrebbe comportare gravi difficoltà nel fornirle adeguata assistenza sanitaria, fatta eccezione per le prestazioni urgenti e/o disposte per legge.

CONTATTI E RICHIESTE

L'interessato può rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti a lui riservati dalla legge attraverso il contatto email privacy@aspefmantova.it

A questo proposito si informa che il Responsabile della Protezione Dati del Titolare è nominato e contattabile presso ASPeF al recapito indicato sopra.

NOME E IMMAGINI FOTOGRAFICHE ALL'INTERNO

Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'Ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del nome e del cognome per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc.) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di immagini fotografiche che potranno essere utilizzate per la redazione di volantini e libelli e per finalità ricreative all'interno della struttura;

Il sottoscritto, come sopra identificato, esprime specifico consenso per i trattamenti suddetti.

FASCICOLO INFORMATIZZATO INTERNO - DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO

Si integrano qui le sole note aggiuntive ai sensi del D. Lgs 196/2003 – Codice Privacy - art. 78, comma 5 (Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015).

Il trattamento dei dati personali effettuato mediante il Dossier Sanitario Elettronico, perseguendo le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, deve uniformarsi al principio di autodeterminazione (artt.75 e ss. del D. Lgs 196/03).

Il Dossier Sanitario è una raccolta contenente diverse informazioni inerenti allo stato di salute di un individuo relative ad eventi clinici presenti e passati (es.: referti, documentazione relativa a ricoveri, accessi al pronto soccorso), volto a documentarne la storia clinica dell'assistito. La raccolta avviene con strumenti informatici tali da consentire che i dati personali siano collegati tra loro: ciò rende possibile un'agevole consultazione unitaria da parte dei diversi professionisti che prendono nel tempo in cura l'interessato.

Si evidenzia che la costituzione di un dossier sanitario il più possibile completo che documenti la storia sanitaria dell'interessato ha lo scopo di migliorare il suo processo di cura.

In particolare informiamo che:

- in relazione alle finalità perseguite con la costituzione del dossier sanitario, l'accesso a tale strumento è consentito solamente per fini di prevenzione, diagnosi e cura dell'interessato e unicamente da parte di soggetti operanti in ambito sanitario, con conseguente esclusione di periti, compagnie di assicurazione, datori di lavoro, associazioni o organizzazioni scientifiche, organismi amministrativi anche operanti in ambito sanitario, nonché del personale medico che agisca nell'esercizio di attività medico-legali;
- il dossier sanitario può essere consultato soltanto da quegli esercenti la professione sanitaria che a vario titolo prenderanno in cura l'interessato, secondo modalità tecniche di autenticazione che consentano di autorizzare l'accesso al dossier sanitario da parte del medico che ha in cura l'interessato; il personale amministrativo è autorizzato per finalità strettamente inerenti.

Quando costituito, il dossier sanitario potrebbe essere consultato, anche senza il suo consenso, ma nel rispetto delle Linee guida in materia di Dossier sanitario - 4 giugno 2015 (Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015).

Le banche dati sono conservate anche tramite servizi Cloud: le banche dati sono geograficamente posizionate sul territorio Europeo. Esse sono soggette alle norme sulla sicurezza dei dati come vigenti in Italia.

I Responsabili del Trattamento anche in relazione al profilo della sicurezza delle banche dati del Dossier Sanitario Elettronico sono la ditta CBA Informatica Srl e Lombardia Informatica.

La creazione del Dossier e la consultazione delle informazioni in esso indicizzate o contenute sono operazioni che possono avvenire solo attraverso un triplice consenso: dettagliato, specifico ed esplicito dell'interessato.

L'eventuale mancato consenso totale o parziale alla costituzione del dossier sanitario non incide sulla possibilità di accedere alle cure mediche richieste.

All'interessato sono riservati diritti specifici ed in particolare:

- richiedere di conoscere gli accessi eseguiti sul proprio dossier con l'indicazione della struttura/reparto che ha effettuato l'accesso, nonché della data e dell'ora dello stesso;
- oscurare alcuni eventi clinici presenti in tale strumento; il titolare del trattamento garantisce la possibilità per l'interessato di non far confluire in esso alcune informazioni sanitarie relative a singoli eventi clinici (ad es., con riferimento all'esito di una specifica visita specialistica o alla prescrizione di un farmaco) se richiesto;
- revocare il consenso: in caso di revoca (liberamente manifestabile in qualsiasi momento) del consenso, il dossier sanitario non sarà ulteriormente implementato. I documenti sanitari presenti rimarranno disponibili solo al professionista o alla struttura interna al titolare che li ha redatti e per eventuali conservazioni per obbligo di legge, ma non saranno più condivisi da parte di altri professionisti degli altri reparti o altre strutture che prenderanno in cura l'interessato.

Ad ogni richiesta, il titolare del trattamento o un suo delegato devono fornire riscontro entro 15 giorni dal suo ricevimento. Se le operazioni necessarie per un integrale riscontro alla richiesta sono di particolare complessità, ovvero ricorre altro giustificato motivo, il titolare o un suo delegato ne danno comunicazione all'interessato.

In tal caso, il termine per l'integrale riscontro è di 30 giorni dal ricevimento della richiesta medesima.

VIDEOSORVEGLIANZA

Reg. Ue 16/679. Si integrano qui le sole note relative al trattamento dei dati raccolti tramite immagini e suoni audio-videoregistrati al fine dell'espressione di consenso libero e pienamente informato dell'interessato.

Si informa l'interessato che la struttura si serve di un impianto di audio-videosorveglianza (telecamere) per una maggior tutela degli Ospiti e una maggior tutela dei lavoratori. Le immagini

sono registrate e conservate per 24 ore. L'accesso alle registrazioni, quando necessario, è consentito solo al personale autorizzato.

Il sistema è dettagliatamente descritto nella Relazione di Videosorveglianza che può richiedere presso gli uffici amministrativi di ASPEF e ricordiamo che le telecamere sono presenti solamente negli ambienti comuni specificati nell'apposita planimetria e l'utilizzo di questo strumento è finalizzato all'osservanza dei principi della Gestione del Rischio.

PUBBLICAZIONE INTERNET IMMAGINI (FOTO)

Reg. UE 16/679 – Si integrano qui le note relative al trattamento delle immagini scattate dal personale del servizio di animazione della struttura durante le attività ricreative a cui liberamente l'Ospite partecipa.

Al mero scopo di allestire materiale divulgativo/informativo delle attività ricreative medesime, senza erogazione di alcun compenso ai soggetti interessati, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 Codice Civile e degli artt. 96 e 97 Legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore e dando positivo risalto alle qualità della persona ed all'ambiente in cui essa si trova e nei limiti consentiti a norma dell'art.2-septies comma 8 del Dlgs 196/03, si informa l'interessato dell'eventuale pubblicazioni di immagini sul sito internet della struttura o riviste stampate, anche a scopo di promozione dell'attività istituzionale. Per progetti specifici verrà fornita ulteriore informativa.

CULTO RELIGIOSO

Reg. UE 16/679 – D. Lgs 196/03 (Garante Italiano Prov. 515 del 12.11.2014) – Si integrano le note relative al trattamento del dato per l'esercizio del culto.

Il conferimento del dato è del tutto libero, la mancata indicazione non precluderà alcun diritto di esercitare il culto, in modo personale, durante la permanenza presso la struttura né precluderà di richiedere assistenza religiosa in ogni momento su specifica richiesta.

Si avvisa che l'informazione in oggetto non entrerà a far parte del fascicolo sanitario: i dati saranno tutelati dal più stretto riserbo, non comunicati a terzi e conservati separatamente dagli altri e limitatamente al tempo durante il quale l'interessato alloggerà presso questa struttura.

Letto, confermato e sottoscritto in Mantova li ____/____/____

L'OSPITE

ADS/TUTORE/GARANTE

Per ASPEF

Il Presidente

Le parti approvano e accettano altresì espressamente le previsioni contrattuali contenute nei seguenti articoli: Art. 1) Ingresso e assegnazione del posto letto; Art. 2) Persona di Riferimento; Art. 3) Obblighi dell'Ospite e del Terzo Obbligato; Art. 4) Determinazioni della retta a carico dell'Ospite; Art. 5) Decorrenza della retta e trattamento dei periodi di assenza dell'Ospite; Art. 6) Prestazioni a carico di ASPEF; Art. 7) Assicurazione e responsabilità per le cose in custodia; Art. 8) Recesso del contratto; Art. 9) Risoluzione del contratto; Art. 10) Carta dei servizi; Art. 11) Garante; Art. 12) Foro competente; Art. 13) Trattamento dei dati personali.

L'OSPITE

ADS/TUTORE/GARANTE

Per ASPEF

Il Presidente

FORMULA DEI CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI (Reg. UE 16/679 – D. Lgs 196/03)

- 1) Il sottoscritto dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui al punto 2 dell'informativa e così di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili della persona interessata al ricovero e/o dei propri;

Data _____ In fede (l'Ospite o ADS/Tutore/Garante) _____

- 2) **PRESENZA E VIDEOSORVEGLIANZA** - Il sottoscritto, come sopra identificato acconsente, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla mera presenza di me medesimo o dell'interessato presso questa struttura. Il sottoscritto acconsente inoltre alla registrazione delle immagini e dell'audio della persona interessata al ricovero presso gli ambienti comuni della struttura;

Data_____ In fede (l'Ospite o ADS/Tutore/Garante) _____

3) **NOME E IMMAGINI FOTOGRAFICHE ALL'INTERNO**- Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del nome e del cognome per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di immagini fotografiche che potranno essere utilizzate per la redazione di volantini o libelli e per finalità ricreative all'interno della struttura. Il sottoscritto autorizza, inoltre, il trattamento come pubblicazione sul sito internet della struttura o riviste stampate, anche a scopo di promozione dell'attività istituzionale

Il sottoscritto, come sopra identificato, esprime specifico consenso per i trattamenti suddetti:

Data_____ In fede (l'Ospite o ADS/Tutore/Garante) _____

4) **CONSENSO AL DOSSIER SANITARIO ELETTRONICO**

Il trattamento dei dati sanitari effettuato tramite il dossier costituisce un trattamento ulteriore e, come tale, facoltativo rispetto a quello effettuato dal professionista sanitario con le informazioni acquisite in occasione della cura del singolo evento clinico per il quale l'interessato si rivolge ad esso. Il sottoscritto acconsente a far costituire un dossier sanitario con le informazioni cliniche che lo riguardano.

Data_____ In fede (l'Ospite o ADS/Tutore/Garante) _____

Le parti approvano e accettano altresì espressamente le previsioni contrattuali contenute nei seguenti articoli: Art. 4) Obblighi dell'Ospite nei confronti della Struttura; Art. 5) Determinazione della retta a carico dell'Ospite; Art. 6) Deposito cauzionale; Art. 7) Decorrenza della retta e

trattamento dei periodi di assenza dell'Ospite; Art. 10) Recesso del contratto; Art. 11) Risoluzione del contratto; Art. 12) Carta dei servizi; Art. 13) Garante; Art. 14) Foro competente.

L'OSPITE

ADS/TUTORE/GARANTE

Per ASPeF
Il Presidente



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
P.I. e C.F. 01837820206
Tel: 0376/357811 Fax: 0376/360608
www.aspefmantova.it

ATTO DI COSTITUZIONE GARANTE/TERZO OBBLIGATO IN SOLIDO A FRONTE DI INGRESSO IN COMUNITA' SOCIO SANITARIA

Il/la Sig./Sig.ra.....nato/a a..... il
Codice Fiscale..... residente a
in Via.....n..... telefono.....
identificato/a a mezzo carta d'identità n.....rilasciata dal Comune di
.....il.....con scadenza alallegata
in copia al presente atto

(di seguito anche Garante/Terzo Obbligato)

PRESO ATTO

- che il/la Signor/ra.....(*di seguito "Ospite"*) ha stipulato in datacon ASPEF - Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia - azienda del Comune di Mantova (*di seguito anche "Comunità"*) un contratto d'ingresso in Comunità Socio Sanitaria da quest'ultima gestita (*di seguito "Contratto"*);
- delle condizioni e clausole tutte contemplate nel Contratto, che qui si intende integralmente richiamato e riportato e che il Garante/Terzo Obbligato in solido dichiara di aver pienamente compreso e di approvare;



CON IL PRESENTE ATTO SI COSTITUISCE

fidejussore solidale ed illimitato dell'Ospite in favore di ASPEF e si assume pertanto in proprio tutti gli obblighi e gli impegni economici spettanti all'Ospite stesso nei confronti della Struttura, a qualsiasi titolo, nel caso in cui questi non siano adempiuti puntualmente.

Il Garante/Terzo Obbligato in solido rinuncia espressamente al beneficio della preventiva escussione e si obbliga:

- a tenersi costantemente al corrente circa il corretto adempimento delle obbligazioni economiche derivanti dal Contratto, esonerando la Comunità da ogni obbligo di preventiva informazione al riguardo. E' peraltro consentito che il Garante/Terzo Obbligato in solido assuma direttamente a suo carico il pagamento materiale della retta mensile, fornendo le opportune istruzioni ad ASPEF;
- a comunicare tempestivamente ad ASPEF ogni variazione che intervenga in ordine alla sua residenza anagrafica.

Ove manchi la figura della Persona/Familiare di riferimento, ovvero costui ometta di svolgere i compiti a lui spettanti, il Garante/Terzo Obbligato in solido si impegna a surrogarlo svolgendo lui le funzioni indicate all'art. 2) del Contratto.

Il sottoscrittore del presente atto dichiara di essere consapevole e di accettare espressamente che, se vi sono più Garanti/Terzi Obbligati, ciascuno di questi assume, in solidarietà con l'Ospite, i medesimi impegni come sopra indicati.

Il Garante/Terzo Obbligato in solido infine, prende atto e in particolare accetta le disposizioni recate dal Contratto ai suoi articoli 9) (Risoluzione del Contratto) e 10) (Carta dei Servizi) e, per qualsiasi controversia riguardante il Contratto o la presente fidejussione, elegge quale foro competente quello di Mantova.

Da ultimo, ai sensi del art.13 del Reg. UE 16/679 si informa che i dati saranno trattati da ASPEF in qualità di Titolare del trattamento nell'ambito e limitatamente alle finalità della gestione del presente contratto, saranno elaborati con strumenti informatici e telematici e potranno essere comunicati a



terzi. La legge consente il trattamento ai sensi dell'art.6 co.1, lett. a) e le riserva i diritti di cui agli artt.15-22. L'informativa completa è consultabile presso www.aspefmantova.it. Il responsabile del trattamento dei dati è il Coordinatore della Struttura. Il Responsabile Protezione Dati è contattabile all'indirizzo privacy@aspefmantova.it.

Si allegano:

- copia della carta d'identità del Garante/Terzo Obbligato.

Letto, confermato e sottoscritto in Mantova li

IL GARANTE/TERZO OBBLIGATO
IN SOLIDO



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
P.I. e C.F. 01837820206
Tel: 0376/357811 Fax: 0376/360608
www.aspefmantova.it

**INDICAZIONE DEL FAMILIARE/ PERSONA DI RIFERIMENTO
A FRONTE DELL'INGRESSO IN COMUNITA' SOCIO SANITARIA**

Il/la Sig./Sig.ra.....nato/a a.....
il codice fiscale..... a fronte del suo ingresso in
Comunità Socio Sanitariagestita da ASPEF (*di seguito anche*
“Ospite”)

INDICA

Il/la Sig./Sig.ra.....nato/a a.....
il codice fiscale..... residente
a.....in via/piazza n.....telefono.....
identificato/a a mezzo carta d'identità (allegata in copia al presente atto) n.....
rilasciata dal Comune diil.....con scadenza al

quale FAMILIARE/PERSONA DI RIFERIMENTO

con cui ASPEF è autorizzata, anche ai sensi e per gli effetti della vigente normativa legale (legge 2019/2017) e tutela della privacy (Reg. UE16/679), ad interloquire riguardo tutto ciò che possa risultare di interesse per l'Ospite stesso, con particolare riguardo agli aspetti concernenti la sua salute, il suo benessere e la sua permanenza in Comunità.

L'Ospite autorizza espressamente il Familiare/Persona di riferimento ad accedere presso di sé nella Comunità, ad assisterlo e ad intrattenersi per le sue esigenze e nel suo interesse col personale medico, paramedico e amministrativo di ASPEF, fungendo da “tramite” fra di sé e la Comunità, così ricevendo tutte le informazioni utili alla sua tutela.



Letto, confermato e sottoscritto in Mantova lì

L'OSPITE

ACCETTAZIONE

Il sottoscritto Familiare/Persona di riferimento, preso atto della sua designazione come sopra, la accetta ed assume conseguentemente tutti gli oneri ad essa connessi. Inoltre, Egli dichiara di aver preso visione ed avere pienamente compreso il contenuto del Contratto di ingresso.

Il Familiare/Persona di riferimento, con la propria firma di accettazione, si impegna anche a provvedere al trasferimento dell'Ospite che, per qualsiasi motivo, non possa o non voglia più rimanere nella Struttura e prende atto del fatto che l'Ospite stesso, in qualsiasi momento, può designare un nuovo Familiare/Persona di riferimento in luogo di sé.

Relativamente al Reg. UE 16/679 ASPEF in qualità di Titolare del trattamento informa che i dati saranno trattati, nel rispetto dei diritti (artt.15-22) degli interessati, con strumenti informatici e telematici, esclusivamente ai fini del presente provvedimento, che essi potranno essere comunicati a terzi aventi diritto e che saranno conservati limitatamente alle finalità espresse. Informativa completa presso www.aspefmantova.it. Il responsabile del trattamento dei dati è il Coordinatore della Struttura. Il Responsabile protezione dati è contattabile all'indirizzo privacy@aspefmantova.it.

CONSENSO

Il sottoscritto familiare dichiara di essere stato informato sulle finalità e sulle modalità del trattamento cui sono stati destinati i suoi dati personali e rilascia il consenso.

Letto, confermato e sottoscritto in Mantova li

□ □ **M** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ **M** □ □ □ □



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 (MN)
TEL. 0376/357811 – FAX 0376/360608

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI INGRESSO

- SCHEDA SANITARIA (compilata dal Medico di base o Medico ospedaliero – allegata)
- RICHIESTA DI AMMISSIONE (allegata)
- PROGETTO DI VITA
- BUDGET DI PROGETTO
- IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO (allegata)
- INFORMATIVA PRIVACY ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, del Regolamento UE 2016/679 (allegata)

DA ALLEGARE INOLTRE:

- Stato di famiglia e residenza (valida anche in autocertificazione)
- Fotocopia di:
 - carta d'identità valida
 - tessera sanitaria
 - tesserino e codici di esenzioni sanitarie
- Modello OBIS/M (in fotocopia, attestante la tipologia di pensione/i percepita/e mensilmente, reperibile presso INPS)

SI PREGA DI PRESENTARSI CON LE FOTOCOPIE GIÀ FATTE DEI DOCUMENTI

Le domande si consegnano presso l'ufficio Tutor Ospiti di ASPEF, sito in p.le Michelangelo n. 1 nei seguenti giorni e orari:

- martedì pomeriggio dalle ore 13.30 alle ore 16.00
- giovedì mattina dalle ore 8.30 alle ore 12.00.

La retta giornaliera di degenza nella Comunità Socio Sanitaria è fissata in euro 151,86 (Iva inclusa). Nel caso di frequenza di un CDD, nei soli giorni di effettiva presenza presso il CDD la retta giornaliera è fissata in euro 129,09 (Iva inclusa).

Per informazioni contattare l'ufficio Tutor Ospiti di ASPEF:

- 0376/357807
- accoglienza.rsa@aspefmantova.it

Ulteriori informazioni sono reperibili su sito aziendale www.aspefmantova.it

N.° PROT. RICHIESTA di AMMISSIONE _____

Data di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE ____/____/____

Nome..... Cognome..... Sesso M ☐ F ☐

Cognome Marito..... eventuale soprannome

Nato/a a Prov..... il ____/____/____

Residente..... Prov..... Via.....

Cittadinanza..... ATS di residenza

Scolarità: ☐ nessuna ☐ elementari ☐ medie inferiori ☐ medie superiori ☐ università

Professione svolta:

Stato civile: ☐ 1 celibe/nubile ☐ 2 coniugato/a ☐ 3 separato/a ☐ 4 divorziato/a
☐ 5 vedovo/a ☐ 6 non dichiarato

Numero figli maschi: Numero figlie femmine:

Religione: ☐ nessuna - professa la religione: ☐ cattolica ☐ ebraica ☐ musulmana
☐ protestante ☐ testimone di Geova ☐ altra

Codice Fiscale Codice tessera Sanitaria.....

Tipo della domanda: ☐ 1 Nuova domanda ☐ 2 Domanda presentata in precedenza
☐ 3 Inserimento avvenuto ☐ 4 Rinuncia temporanea
☐ 5 Rinuncia definitiva ☐ 6 Decesso

Motivo della domanda: ☐ 0 Dato non rilevato ☐ 1 Ha perso l'autonomia fisica/psichica
☐ 2 La famiglia non è in grado di provvedere ☐ 3 Vive solo
☐ 4 L'alloggio è inidoneo ☐ 9 Altro

Iniziativa della domanda: ☐ 0 Dato non rilevato ☐ 1 Soggetto stesso
☐ 2 Familiare o affine ☐ 3 Assistente sociale o altri servizi
☐ 4 Medico ☐ 5 Tutore ☐ 9 Altro

Tipologia Assistenziale: ☐ 1 Ricovero tempo indeterminato (ordinario)
☐ 2 Ingresso di emergenza

Soggetto con buono socio-sanitario: ☐ Dato non rilevato ☐ Si ☐ In lista di attesa ☐ No

Soggetto con assegno di accompagnamento: ☐ Dato non rilevato ☐ Si
☐ Domanda presentata ☐ No

Soggetto in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata): ☐ Dato non rilevato ☐ Si ☐ No

Soggetto in servizi per disabili: ☐ Dato non rilevato ☐ Si ☐ No

Se sì, specificare: ☐ CDD ☐ SFA ☐ Altro.....

- Provenienza Ospite:** ☐ **1** Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio
☐ **2** Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
☐ **3** Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
☐ **4** Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
☐ **5** Soggetto in dimissione da Istituto di Riabilitazione
☐ **6** Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia di servizio (CDD - SFA - Pronto Intervento - Istituto a pagamento - Ricovero di sollievo)
☐ **7** Soggetto in dimissione da altra struttura (CSS - RSD - Istituto a pagamento - Pronto Intervento – Ricovero di sollievo)
☐ **8** Altro
- Onere della retta:** ☐ **1** SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali Psichiatrici).
☐ **2** Differenza a carico del comune.
☐ **3** Differenza a carico dell'ospite.
☐ **4** Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.
☐ **5** A totale carico dell'ospite.
☐ **6** Differenza a carico di altri Enti.

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

FIRMA



OGGETTO: Dichiarazione impegno pagamento della retta mensile

Con la presente il/la sottoscritto/a.....
Nato a.....il.....e residente
In via/p.za.....n°.....
Comune diin qualità di Familiare/Garante/
Amministratore di sostegno/Tutore del Sig./Sig.ra.....

DICHIARA

di sottoscrivere, all'atto d'ingresso nella Comunità Socio-Sanitaria gestita da ASPEF,
l'impegnativa di pagamento della retta giornaliera mensile di degenza.

Data _____

Il Dichiarante



AZIENDA
SANITARIA
LOCALE
DELLA PROVINCIA
DI MANTOVA

SCHEMA CLINICA INFORMATIVA per il trasferimento del paziente

- ☐ in Riab. SPECIALISTICA
☐ in Riab. MANTENIMENTO
☐ in Riab. GENERALE / GERIATRICA
- ☐ in RSA ed altre Strutture Socio-Sanitarie
☐ a Domicilio

Cognome e Nome paziente			
nato/a		il	
Comune di residenza			
Indirizzo			
CODICE FISCALE.....			

Sintesi diagnostica	→	
Evento indice e data insorgenza	→	
Altre Patologie in atto ed eventuali allergie	→	
Terapia in atto	→	

Disfagia Si ☐ No ☐

Afasia/disartria Si ☐ No ☐

Nutrizione ☐ per os ☐ Sondino n-g ☐ PEG ☐ Parenterale

Respirazione ☐ normale ☐ Ossigeno ☐ Ventilazione meccanica ☐ con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali Si ☐ No ☐

Presenza deficit sensoriali ☐ Visivi ☐ Uditivi

Portatore di:

☐ Pace Maker ☐ Catetere perdurale ☐ Catetere venoso centrale ☐ Pompa elastomerica
☐ Tracheostomia ☐ Urostomia ☐ Colostomia ☐ Catetere vescicale
☐ Protesi ☐ Ortesi Quali:.....

Presenza Piaghe da decubito Si ☐ No ☐

Altre lesioni: Si ☐ No ☐

Eventuali sedi

Segue →

STATO DI COSCIENZA	☐ Vigile	☐ Risposta a stimolo verbale	☐ Risposta a stimolo doloroso	☐ Non risponde
Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale				
Deterioramento cognitivo	☐ assente	☐ lieve/moderato	☐ grave	
Comprensione ordini semplici	Si ☐ No ☐			
Disturbi del comportamento	☐ assenti	☐ lievi/moderati	☐ gravi	
Specificare				

ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	☐	☐	☐	
Capacita' di vestirsi	☐	☐	☐	
Uso dei servizi	☐	☐	☐	
Continenza Sfinterica	☐	☐	☐	
Capacita' di alimentarsi	☐	☐	☐	
Cammina	☐ da solo	☐ con aiuto	☐ protesi- ausili	☐ usa carrozzella
Allettato	No ☐ Si ☐	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	☐ Idonea	☐ Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	☐ Si	☐ No	
Supporto familiare /caregiver	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	☐ Si	☐ No	
Con quali risultati?	☐ Positivo	☐ Parziale	☐ Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente
Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:	☐ Presente	☐ Parziale	☐ Assente

Struttura inviante

In fede

.....
☎

.....
(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
Tel. (0376) 357811 / Fax (0376) 360608
Partita IVA 01837820206

INFORMATIVA PRIVACY
ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13, del Regolamento UE 2016/679
relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Gentile Signore/a

Desideriamo informarLa che in armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 c.d. Codice Privacy e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il nostro obiettivo è proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali. Ai sensi dell'articolo 13 del REG. UE 2016/679, La invitiamo, pertanto, a prendere atto della informativa e ad esprimere il consenso al trattamento dei dati, firmando e restituendo l'allegata scheda.

1. Estremi identificativi del Titolare e Responsabile Protezione dei Dati

Il Titolare del trattamento è **ASPeF – Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia** con sede in Piazzale Michelangelo 1, Mantova. Il titolare del trattamento dei dati è individuato dall'Ente ed esplicitato sul portale istituzionale dell'amministrazione, i dati acquisiti verranno utilizzati per le finalità di seguito indicate.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) di ASPeF può essere contattato inviando un'email a: privacy@aspefmantova.it.

2. Finalità del trattamento e base giuridica

IL TRATTAMENTO È NECESSARIO PER FINALITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE DELLA SUA PERSONA E QUINDI ANCHE PER LA GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI DA LEI RICHIESTI, IN RELAZIONE AGLI ACCORDI CONTRATTUALI SIGLATI E NEL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI LEGGE COLLEGATI, ATTUATO SOTTO LA DIREZIONE DI PROFESSIONISTI SOGGETTI AL SEGRETO PROFESSIONALE e come tale, lecito e non soggetto, in generale, alla raccolta di consenso, ai sensi dell'ART.9 CO.2 LETT.H) del Reg. UE 16/679.

Il trattamento dei suoi dati personali potrà essere anche coinvolto nella gestione di processi aziendali quali: a) eventuali collaborazioni professionali esterne per l'adempimento degli obblighi di legge; b) tutela dei diritti contrattuali; c) analisi statistiche interne; d) tutela del patrimonio e sicurezza sul lavoro (videosorveglianza).

Ulteriori trattamenti dei Suoi dati personali, che potrebbero presentare rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità degli interessati, saranno effettuati, in conformità alle leggi e ai regolamenti, **previa ulteriore nota informativa** e, dove richiesto, previo rilascio di specifico consenso. Si tratta di trattamenti effettuati per attività aggiuntive a quelle previste dai requisiti d'offerta e volte all'arricchimento del servizio nelle attività di assistenza quotidiana (es: utilizzo del nome utente sulle suppellettili) oppure per elaborazioni ad alto contenuto tecnologico (ad esempio ai fini di implementazione del Dossier Sanitario Elettronico, o di sistemi di sorveglianza o teleassistenza).

3. Modalità del trattamento

I dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati. Tutte le operazioni di trattamento dei dati sono attuate in modo da garantire l'integrità, la riservatezza e la disponibilità dei dati personali.

4. Periodo di conservazione dei dati

I Suoi dati saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per i quali sono stati trattati, fatto salvo il maggior tempo necessario per adempiere ad obblighi di legge in ragione della natura del dato o del documento o per motivi di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri. A riguardo, si richiama il documento di riferimento: Decreto Reg. Lombardia n. 15229 del 1 dicembre 2017 - Approvazione della "versione 04" del "Titolario e massimario del sistema sociosanitario lombardo, già sistema sanitario e sociosanitario di Regione Lombardia" (in vigore dal 1.1.18).



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
Tel. (0376) 357811 / Fax (0376) 360608
Partita IVA 01837820206

La conservazione sarà attuata ai fini amministrativi per la tutela dei diritti contrattuali riservati alle parti.

5. Ambito di comunicazione dei dati

I dati personali e sensibili non verranno in alcun modo diffusi, ma potranno essere trasmessi/comunicati agli enti competenti, di seguito indicati, per finalità amministrative e istituzionali e per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa: soggetti pubblici (altre Aziende Sanitarie, Regione, Comuni, INAIL, INPS, MMG/PLS, ecc.) e/o privati (Strutture sanitarie private, come laboratori di analisi) coinvolti nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale; compagnia assicurativa di ASPEF al fine di tutelare gli operatori e ASPEF stessa nelle ipotesi di responsabilità; Enti Previdenziali per gli scopi connessi alla tutela della persona assistita; Autorità Giudiziaria e/o Autorità di Pubblica Sicurezza, nei casi espressamente previsti dalla legge; soggetti terzi che effettuino operazioni di trattamento dati personali per conto di ASPEF, appositamente qualificati Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del Reg. UE 16/679 e tenuti al rispetto degli adempimenti in materia di protezione dati, in virtù di apposito atto stipulato con ASPEF; I Suoi dati non verranno trasferiti ad un paese terzo o ad una organizzazione internazionale diversi dai paesi o dalle organizzazioni soggetti alle norme di diritto UE.

Inoltre, nei limiti finalità indicate al punto 2 i dati potranno essere comunicati anche ai seguenti soggetti (a mero titolo esemplificativo):

- istituti bancari per la gestione di incassi e pagamenti;
- amministrazioni finanziarie o istituti pubblici in adempimento di obblighi normativi;
- società e studi legali per la tutela dei diritti contrattuali;

6. Diritti di cui agli artt. 7, 15, 16, 18, 20, 21 e 22 del REG. UE 2016/679

La informiamo che in qualità di interessato ha oltre il diritto di proporre reclamo a all'Autorità di controllo, i diritti qui sotto elencati, che potrà far valere rivolgendo apposita richiesta al Titolare del trattamento e/o al responsabile del trattamento, come indicati al punto 1.

Art. 15-Diritto di accesso

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle informazioni riguardanti il trattamento.

Art. 16 - Diritto di rettifica

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.

Art. 18 - Diritto di limitazione del trattamento

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi:

- a) l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali;
- b) il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
- c) benché il titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- d) l'interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.

Art. 20 - Diritto alla portabilità dei dati



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
Tel. (0376) 357811 / Fax (0376) 360608
Partita IVA 01837820206

L'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti.

Nell'esercitare i propri diritti relativamente alla portabilità dei dati a norma del paragrafo 1, l'interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei dati personali da un titolare del trattamento all'altro, se tecnicamente fattibile.

Art. 21 - Diritto di opposizione

L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.

Art. 22 - Diritto di non essere sottoposto a processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

L'interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona.

7. Revoca del consenso al trattamento

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 7 del Regolamento, nei casi in cui viene prestato un consenso al trattamento dei dati personali, è riconosciuta a lei la facoltà di revocarlo. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Sono fatti salvi i limiti imposti dalla legge. La revoca dovrà essere espressa per iscritto.

8. Esercizio dei diritti dell'interessato

La normativa vigente Le conferisce il diritto di esercizio dei diritti sopra riportati in qualità di interessato. A questo scopo potrà rivolgersi ad ASPEF e/o al Responsabile della Protezione Dati ai recapiti sopra riportati in forma libera ed in qualsiasi momento.

Le ricordiamo, infine, che in caso di violazione dei suoi dati personali lei potrà proporre un reclamo all'autorità italiana competente: "Garante per la protezione dei dati personali" ed anche ad una autorità di controllo europea nei casi consentiti ai sensi dell'art.77.

L'interessato che per qualsiasi ragione ritenga di **farsi assistere da un terzo nell'esercizio dei propri diritti** dovrà conferire delega scritta al terzo. Il soggetto delegato potrà esercitare i diritti dell'interessato delegante solo in forma scritta e con allegata alla richiesta la delega ricevuta ed i documenti di identità proprio e del delegante.

FTO Il Titolare del trattamento

ASPEF MANTOVA



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
Tel. (0376) 357811 / Fax (0376) 360608
Partita IVA 01837820206

FORMULA DEI CONSENSI DELL'INTERESSATO

Ai sensi dell'art. 7 del Reg.UE 16/679 dell'art. 82 del D.Lgs.196/03, che prevede che l'interessato o colui che lo rappresenta debba esprimere il proprio consenso per il trattamento dei dati, la preghiamo di esprimere la sua volontà nella formula qui di seguito scritta.

OPZIONE 1: INTERESSATO

Il sottoscritto _____ Nato/a a _____ il _____	
Residente in _____	Via _____
Codice Fiscale _____	tel/cell _____

OPZIONE 2: COLUI CHE RAPPRESENTA L'INTERESSATO (se necessario)

Il sottoscritto _____	
in qualità di:	
☐ Familiare _____	☐ Tutore/ADS/ Curatore _____
residente in _____	
i cui recapiti telefonici sono _____	
Dati dell'Interessato	
riconoscendosi rappresentante dell'interessato _____	
Nato/a a _____	il _____ Codice Fiscale _____
Residente _____	tel/cell _____
viene edotto dal medico competente e riconosce che le condizioni psicofisiche dell'interessato non consentono di fornirgli una informativa diretta e pertanto valutata la condizione di fatto, in nome dell'interessato e per la tutela della sua dignità,	

dichiara di aver appreso consapevolmente quanto descritto nell'informativa sopra riportata, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui al punto 2 dell'informativa e così di esprimere il proprio consenso al trattamento dei propri dati e dei dati personali e sensibili della persona interessata al servizio;

In fede _____

PRESENZA - Il sottoscritto, come sopra identificato **acconsente**, inoltre, a che possa essere data informazione relativamente alla mera **presenza** di me medesimo o dell'interessato presso questa struttura a:

- ☐ a nessuno
- ☐ solo a
- ☐ a tutti coloro che lo richiedano

In fede _____

NOME E IMMAGINI FOTOGRAFICHE ALL'INTERNO- Si informa, inoltre, che nell'ambito delle finalità istituzionali dell'ente potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'ospite con le seguenti modalità:

- utilizzo del **nome e del cognome** per identificare i luoghi o gli oggetti assegnati all'ospite (es: porta, letto, armadio, suppellettili, etc) che risulteranno quindi visibili a terzi ospiti e visitatori;
- utilizzo di **immagini fotografiche** che potranno essere utilizzate per la redazione di VOLANTINI O LIBELLI O MATERIALE WEB e per finalità ricreative all'interno della struttura;

Il sottoscritto, come sopra identificato, esprime specifico consenso per i trattamenti suddetti:

In fede _____

Data ____/____/____



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
Tel. (0376) 357811 / Fax (0376) 360608
Partita IVA 01837820206

VIDEOSORVEGLIANZA - Reg.Ue 16/679

Integriamo qui le sole note relative al trattamento dei dati raccolti tramite immagini e suoni audio-videoregistrati al fine della sua espressione di consenso libero e pienamente informato.

La informiamo che la struttura si serve di un impianto di audio-videosorveglianza (telecamere) per una Sua maggior tutela e una maggior tutela dei lavoratori. Le immagini sono registrate e conservate per 24 ore. L'accesso alle registrazioni, quando necessario, è consentito solo al Direttore Sanitario.

Il sistema è dettagliatamente descritto nella Relazione di Videosorveglianza che può richiedere in segreteria e qui le ricordiamo che le telecamere sono presenti solamente negli ambienti comuni specificati nell'apposita planimetria e l'utilizzo di questo strumento è finalizzato all'osservanza dei principi della Gestione del Rischio.

- ☐ **ACCONSENTO** alla registrazione delle immagini e dell'audio della persona interessata al ricovero presso gli ambienti comuni

In fede _____

PUBBLICAZIONE INTERNET IMMAGINI (FOTO)

Integriamo qui le note relative al trattamento delle immagini scattate dal personale del servizio di animazione della struttura durante le attività ricreative a cui liberamente l'Ospite partecipa.

Al mero scopo di allestire materiale divulgativo/informativo delle attività ricreative medesime:

- ✓ senza erogazione di alcun compenso ai soggetti interessati; anche ai sensi degli artt. 10 e 320 Codice Civile e degli artt. 96 e 97 Legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore;
- ✓ dando positivo risalto alle qualità della persona ed all'ambiente in cui essa si trova e nei limiti consentiti a norma dell'art. 2-septies comma 8 del Dlgs 196/03;

autorizzo il trattamento come pubblicazione sul sito internet della struttura o riviste stampate, anche a scopo di promozione dell'attività istituzionale

In fede _____

Data ____/____/____



Richiesta per il rilascio di copia del Fascicolo Sanitario-Sociale

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a Prov., il
residente a Cap. in via.....
Codice Fiscale.....

In qualità di:

- ☐ OSPITE
- ☐ TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/GARANTE (*Allegare provvedimento di Nomina del Giudice Tutelare*)
- ☐ DELEGATO (*Allegare modulo di delega*)
- ☐ EREDE (*Allegare atto notorio delle qualità di erede*)

CHIEDE

copia del Fascicolo Sanitario-Sociale intestato

- ☐ a me medesimo (*in caso la presente richiesta sia effettuata dall'Ospite direttamente*)
- ☐ al Sig./Sig.ra
nato/a a Prov..... il
C.F.....
Ospite presso la Comunità Socio Sanitaria (CSS) di ASPEF.

Modalità di ritiro e pagamento:

- Presso l'ufficio Tutor di p.le Michelangelo n. 1, presentando la ricevuta del versamento di € 20,00.
- Pagamento a mezzo c/c postale n. 28394237 intestato ad ASPEF.

N.B. in caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario occorre presentare anche delega e documento d'identità in corso di validità del delegante.

Privacy: ai sensi del art.13 del Reg. UE 16/679 si informa che i dati saranno trattati da ASPEF in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto dei diritti a lei riservati (artt.15-22), con strumenti informatici e telematici, esclusivamente ai fini del provvedimento per il quale è presentata la presente istanza/dichiarazione, che essi potranno essere comunicati a terzi aventi diritto e che saranno conservati limitatamente alle finalità espresse. Informativa completa presso www.aspefmantova.it. Responsabile protezione dati è contattabile all'indirizzo privacy@aspefmantova.it.

RILASCI IL CONSENSO

al trattamento descritto nella sopra esposta informativa, dei propri dati personali rilasciati qui e nei documenti allegati.

Mantova, lì..... Firma.....

(Allegare Documento di Identità in corso di validità)



Richiesta per il rilascio di copia del Fascicolo Sanitario-Sociale DELEGA

Il/La sottoscritto/a
nato/a Prov. il
residente a Cap. in via.....
Codice Fiscale.....

In qualità di:

- ☐ OSPITE
☐ TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/GARANTE (*Allegare provvedimento di Nomina del Giudice Tutelare*)
☐ EREDE (*Allegare atto notorio delle qualità di erede*)

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra.....
nato/a a Prov..... il
Residente a Cap..... in via.....
C.F.....

☐ **a richiedere** ☐ **a ritirare** **copia del Fascicolo Sanitario-Sociale intestato a:**

il/la Sig./Sig.ra.....
nato/a a Prov..... il
ricoverato presso la CSS di ASPEF dalal.....

Mantova, lì.....

Firma del delegante..... Firma del Delegato.....

(Allegare Documento di Identità in corso di validità)



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Artt. 21 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a
nato/a prov. il
residente a Cap..... in via
Codice Fiscale.....

in relazione al procedimento per la Richiesta di copia del Fascicolo Sanitario-Sociale, consapevole della responsabilità penale, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento adottato, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di rivestire la qualità di erede del Sig./Sig.ra
(parentela.....) nato/a a
il.....e dimesso/a - deceduto/a dalla CSS di ASPEF il.....

Privacy: ai sensi del art.13 del Reg. UE 16/679 si informa che i dati saranno trattati da ASPEF in qualità di Titolare del trattamento, nel rispetto dei diritti a lei riservati (artt.15-22), con strumenti informatici e telematici, esclusivamente ai fini del provvedimento per il quale è presentata la presente istanza/dichiarazione, che essi potranno essere comunicati a terzi aventi diritto e che saranno conservati limitatamente alle finalità espresse. Informativa completa presso www.aspefmantova.it. Responsabile protezione dati contattabile all'indirizzo privacy@aspefmantova.it

di **acconsentire** al trattamento dei miei dati, qui rilasciati, per le finalità espresse nella su esposta informativa.

Mantova, lì..... Firma del dichiarante.....

(Allegare Documento di Identità in corso di validità)



ASPeF

il cuore della città

CSS VIALE GORIZIA 5

FASCICOLO SOCIO – SANITARIO

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____ SESSO _____

LUOGO DI NASCITA _____ RESIDENZA _____

CODICE FISCALE _____ MEDICO CURANTE _____ ESENZIONI _____

PROGRAMMI TERAPEUTICI PRESENTI CON ATS (diabete, ossigeno, ausili, ecc.) _____

DATA INGRESSO: ____/____/____

PROVENIENZA OSPITE: ☐ domicilio ☐ ospedale ☐ altro istituto: _____

TIPOLOGIA DEGENZA: ☐ indeterminata accreditata ☐ temporanea accreditata ☐ pagante

PERSONA AUTORIZZATA ALLA FIRMA PER I CONSENSI (contratto ingresso, PAI, presidi tutela ecc.):

☐ familiare o affine: (specificare: _____)

☐ Amministratore di Sostegno: (decreto di nomina n°: _____)

(allegare decreto di nomina)

COSGNOME _____ NOME _____ TELEFONO _____

DIAGNOSI E PROBLEMI DELL'OSPITE:

EVENTUALI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE: _____

DATA E DESTINAZIONE DIMISSIONE: ____/____/____ ☐ domicilio/altro istituto ☐ ospedale
DATA DECESSO: ____/____/____ ☐ In struttura (orario:_____) ☐ In ospedale
CAUSA DECESSO: _____ CODICE DECESSO: _____

FIRMA COMPILATORE: _____ DATA: ____/____/____

ANAMNESI SOCIO-FAMILIARE

DATA DELL'INGRESSO: _____ DATA DI COMPILAZIONE: _____

FIRMA DEL COMPILATORE: _____

1) ANAGRAFICA

Cognome/Nome _____ Data di nascita ____/____/____

Luogo di nascita _____ Prov. _____

Residenza prima dell'ingresso in Rsa: Comune _____

Via/piazza _____ N° _____

Stato civile: _____

Titolo di studio: _____

Professione svolta: _____

Tipologia di pensione (anzianità, reversibilità...): _____

Indennità di accompagnamento: _____

2) CAREGIVER

Persona di riferimento contattabile (grado di parentela: _____)

Cognome _____ Nome _____ Comune _____

Via/piazza _____ N° _____ cap _____ telefono _____

Persona di riferimento contattabile (grado di parentela: _____)

Cognome _____ Nome _____ Comune _____

Via/piazza _____ N° _____ cap _____ telefono _____

3) SCHEDA SITUAZIONE FAMILIARE - SOCIALE (pre-ingresso)

Composizione nucleo familiare: _____

Ha figli? Se sì, quanti? _____

Con quali figli si vede regolarmente? Con che frequenza? _____

Ha nipoti o altri parenti che vede frequentemente? _____

Come sono i rapporti con i familiari? _____

Ha amici? Se sì, quanti? _____

Con quali amici si vede regolarmente? Con che frequenza? _____

Quali sono gli eventi familiari più significativi nella sua vita (lutti, litigi, separazioni, cambi di residenza)?

4) ABITUDINI DI VITA (pre-ingresso)

Ha abitudini alimentari particolari (allergie o intolleranze, cibi sgraditi...)? _____

Quali sono le sue abitudini sui 3 pasti principali della giornata, colazione, pranzo e cena (orari, contenuti del pasto...)? _____

Quanto è autonomo nelle attività come riassetto della casa, spesa... (Scala IADL)? _____

Quanto è autonomo nelle attività igieniche sulla propria persona (Scala BARTHEL)? _____

Quali attività svolge al mattino e con chi si vede? _____

Quanto e che tipo di movimento fa durante il giorno? Quanto riposo? _____

Riposa dopo pranzo? _____

Quali attività svolge al pomeriggio e con chi si vede? _____

A che ora si corica alla sera? Quali abitudini ha per dormire meglio? _____

5) NOTIZIE SOCIO - CULTURALI (al momento del ricovero)

Quali sono le sue letture preferite (giornali, libri, altro...)? _____

Guarda la televisione? Per quante ore e in che fascia oraria? Che tipo di trasmissioni? _____

Ascolta la radio o musica di altro tipo? _____

Utilizza computer o presidi informatici (posta, informazione, giochi...)? _____

Riesce a frequentare eventi culturali, cinema o altro? _____

Quali attività motorie o cognitive ha svolto in passato o di recente (sport, attività artistiche o ludiche...)? _____

Quali hobbies ha svolto in passato o recentemente? _____

NOME OSPITE _____ MEDICO _____ NUM. PAG. _____

IL PAZIENTE RIFERISCE L'ANAMNESI: _____

1) direttamente in modo attendibile. 2) è coadiuvato da un familiare. 3) è sostituito da un familiare

ANAMNESI SOCIO RELAZIONALE

1 Scolarità ----- 1 Analfabeta 2 Elementare 3 Medie inferiori 4 Medie superiori 5 Università 6 Con chi vive ----- 1 Solo 2 Coniuge 3 Figli coniugati 4 Figli non coniugati 5 Altri	2 Lavoro svolto ----- 1 Operaio 2 Impiegato 3 Libero professionista 4 Casalingo 5 Altro 9 Assistenza a domicilio ----- 1 Non necessaria 2 Nessuno 3 Coniuge 4 Figli 5 Parenti 6 Servizio domiciliare 7 Altro	4 Età del pensionamento ----- 11 Barriere architettoniche ----- / ----- / ----- 1 Piano terra 2 Piani superiori 3 Con ascensore 4 Senza ascensore 5 Nessuna barriera interna 6 Barriere interne	5 Situazione familiare ----- 1 Celibe / Nubile 2 Coniugato / a 3 Vedovo / a 4 Separato / a 12 Parenti - amici - vicini ----- 1 Nessuno cui affidarsi 2 Uno o più persone affidabili parzialmente 3 Uno o più persone affidabili totalmente
---	---	--	--

ANAMNESI FUNZIONALE

1. Condizioni fisiche		1	2	3
a. Vista	---	BUONA Guardare in TV, leggere, cucinare	DISTINGUEVA LE FACCE	VEDEVA SOLO LA LUCE
b. Udito	---	BUONO	VOCE ALTA	SORDITA'
c. Mobilità	---	COMPLETA Si vestiva, portarsi i panni	USAVA I SUPPORTI Dipendere per spostamenti	CARROZZINA
d. Funzione cardio-respiratoria	---	NESSUNA LIMITAZIONE	RAMPA DI SCALE ISOLATO	LIMITATO ALLA CASA O ALLETTATO
2. Condizioni mentali				
a. Disorientamento	---	NO	PER TEMPO	TEMPO E LO SPAZIO
b. Diminuzione	---	NO	BENIGNA	MALIGNA
c. Iniziativa	---	NORMALE		IPOTONIA / IPER
d. Allucinazioni	---	NO	EPISODICHE	COSTANTI
3. Capacità funzionale				
a. Usava il telefono	---	SPESSE	SALTUARIAMENTE	NON ERA IN GRADO
b. Usava i trasporti pubblici	---	SI	ACCOMPAGNATO	NON ERA IN GRADO
c. Era in grado di fare cose per sé	---	SI	ACCOMPAGNATO	NON ERA IN GRADO
4. Interessi culturali, hobbies	---	REGOLARI	SALTUARI	NO

FAMILIARITA' PER SEGUENTI PATOLOGIE: _____

ANAMNESI FARMACOLOGICA:

.....

.....

.....

ANAMNESI FISIOLOGICA

1. *Grazie* 2. *Figli* 3. *Menopausa* *ad anni*
 1 fisiologica
 2 chirurgica
4. *Modificazione del peso corporeo negli ultimi 6 mesi* /
 1 No
 2 Diminuzione (Kg)
 3 Aumento (Kg)
5. *Appetito*
 1 Normale
 2 Anorexia
 3 Bulimia
6. *Alimentazione* 7. *Alcolici* /
 1 Equilibrata
 2 Sbilanciata per variati
 3 Dieta
 1 Mai
 2 Meno di 500 cc/die
 3 Più di 500 cc/die
 4 Superalcolici
8. *Fumo* /
 1 Mai
 2 Sì (sigarette / die)
 3 Smetto (da anni)
9. *Alvo* 10. *Migrazione*
 1 Regolare
 2 Stipsi
 3 Diarrea
 4 Alterna
 5 Incontinenza saltuaria
 6 Incontinenza stabile
 1 Regolare
 2 Disalo
 3 Insipido
 4 Urticaria incontenuta
 5 Incontinenza saltuaria
 6 Incontinenza stabile
 7 Cistite
11. *Sono* /
 1 Regolare
 2 DVT, addome
 3 Rivelato perire
 4 Intorcia
 5 Alterazioni del ritmo sonno / veglia
 6 Ipocidurici
12. *Allergie a farmaci*: No ☐ 1 Sì ☐ 2 Tipo:

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

1. *Medica*

N° Ricoveri Osp. negli ultimi 10 anni

2. *Chirurgica*

N° Interventi chirurgici negli ultimi 10 anni

3. *Accertamenti diagnostici eseguiti*

ESAME OBIETTIVO GENERALE

- | | | |
|--|---|---|
| <p>1. <i>Età apparente</i> _____</p> <p>1 Corrispondenza
2 Superiore
3 Inferiore</p> | <p>2. <i>Condizioni generali</i> _____</p> <p>1 Ottimo
2 Buono
3 Sufficiente
4 Sordido</p> | <p>3. <i>Stato nutrizionale</i> _____</p> <p>1 Adeguato
2 Obesità
3 Malnutrizione
4 Cachessia</p> |
| <p>4. <i>Peso Kg</i> _____</p> | <p>5. <i>Altezza m</i> _____</p> | <p>6. <i>Body Mass Index</i> _____</p> |
| <p>7. <i>Idratazione</i> _____</p> <p>1 Normalizzata
2 Iperidratata</p> | <p>8. <i>Cute e sottocute</i> _____ / _____</p> <p>1 Normale
2 Secco e anelastico
3 Pallido
4 Cianotico
5 Altro</p> | <p>9. <i>Edemi</i> _____</p> <p>1 No
2 Sì</p> |

10. Alterazioni cutanee distrettuali

☐ 1 NO ☐ 2 SÌ

NOTE: _____

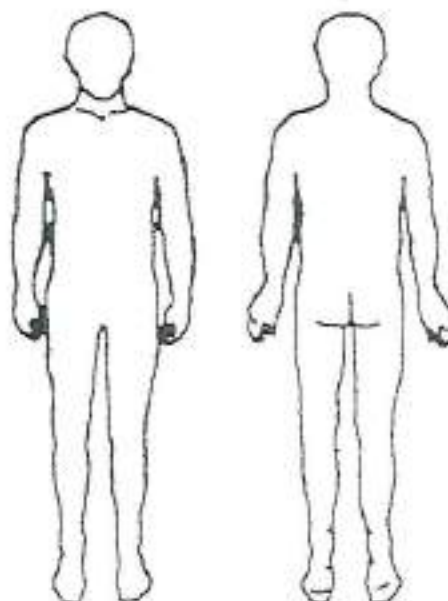
- | | | |
|---|---|--|
| <p>11. <i>Occhi</i> _____</p> <p>1 Normale
2 Esotrofia
3 Endotrofia
4 Poni palpebrale
5 Altro</p> | <p>12. <i>Lingua</i> _____ / _____</p> <p>1 Umidità
2 Anidra
3 Impurità
4 Annessa
5 Disepitelizzata
6 Deviato
7 Altro</p> | <p>13. <i>Cavo orale</i> _____ / _____ / _____</p> <p>1 Cond. discreta
2 Pirezi adeguati
3 Pirezi non adeguati
4 Radici ricurve
5 Edematosa
6 Leucoplachia
7 Altro</p> |
| <p>14. <i>Collo</i> _____</p> <p>1 Normale
2 Masse e linfonodi
3 Altro</p> | <p>15. <i>Tiroide</i> _____</p> <p>1 Normale
2 Gozzo
3 Noduli</p> | <p>16. <i>Orecchio dx</i> _____ <i>sx</i> _____</p> <p>1 Normale
2 Patologico
3 Altro</p> |

NOTE: _____

DECUBITI

☐ 1 NO ☐ 2 SÌ

- ☐ S1 Eritema più o meno intenso senza compromissioni dei tessuti sottostanti.
- ☐ S2 Eritema più marcato con presenza di edema e sfoltimento dell'epidermide, vescicolare.
- ☐ S3 Necrosi o ulcerazioni estese o non estese con rispetta fibrinoplastica e infiammatoria.
- ☐ S4 Necrosi con ulcerazione a pieno spessore o perforante che raggiunge il tessuto sottocutaneo.
- ☐ S5 Necrosi con ulcerazioni estese e corollari.
- ☐ S6 Intossicazione del peritoneo e dell'osso sottostante.



APPARATO CARDIOVASCOLARE

Cuore

Freq. cardiaca ____ / min.

Pressione arteriosa: Clna. ____ / ____ DX ____ / ____ Sin. ____ / ____ Orto ____ / ____

SISTEMA VENOSO

APPARATO RESPIRATORIO

Ispezione

Palpazione

Percussione

Auscultazione

MAMMELLE

Ispezione

Palpazione

SISTEMA LINFONODALE

APPARATO DIGERENTE

Addome

Fegato-Milza

Es. Rettale

APPARATO UROGENITALE

APPARATO LOCOMOTORE

VALUTAZIONE del FISIATRA

ESAME NEUROLOGICO

1 Generale

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| a. Stato di coscienza | b. Coscienza di malattia | c. Stato emotivo |
| 1 Vigile | 1 Presente | 1 Adeguato |
| 2 Soporoso | 2 Parziale | 2 Ansia |
| 3 Stuporoso | 3 Assente | 3 Depressione |
| 4 Comatoso | | 4 Aggressività |
| d. Comportamento | e. Linguaggio | f. Disturbi del pensiero e senso / percezioni |
| 1 Adeguato | 1 Comunicativo | 1 No |
| 2 Labilità emotiva | 2 Afasia | 2 Idee deliranti |
| 3 Rallentamento | 3 Contabulazioni | 3 Allucinazioni |
| 4 Apatia | 4 Perseverazioni | |
| 5 Fatticità | 5 Logorrea | |
| 6 Agitazione psicomotoria | 6 Disartria | |
| | 7 Altro | |
| g. Orientamento personale | h. Orientamento temporale | i. Orientamento spaziale |
| 1 Orientato | 1 Orientato | 1 Orientato |
| 2 Parzialmente orientato | 2 Parzialmente orientato | 2 Parzialmente orientato |
| 3 Disorientato | 3 Disorientato | 3 Disorientato |

2 Postura

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| a. Stazione eretta | b. Seduto |
| 1 Normale | 1 Normale senza supporti |
| 2 Atteggiamento in flessione | 2 Lateropulsione da sin. |
| 3 Altro | 3 Retropulsione |
| 4 Non valutabile | 4 Solo con supporti |

3 Andatura

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1 Normale | 6 Paridossismo |
| 2 Emparetica | 7 Parulobolore |
| 3 Paraparetica | 8 Sciposte |
| 4 Atassica | 9 Claudicante |
| 5 Aprassica | 10 Non valutabile |

6 Stenia

- 1 Normale
- 2 Ipostenia
- 3 Paresi
- 4 Plegia

8 Acuità visiva

- 1 Normale
- 2 Alterata

4 Movimenti involont.

- 1 No
- 2 Tremore a riposo
- 3 Tremore posturale
- 4 Tremore d'azione
- 5 Distonie
- 6 Mioclonie
- 7 Mov. coreici

7 Coordinazione

- 1 Normale
- 2 Dismetria
- 3 Non valutabile

9 Pupille

- 1 Isocriche
- 2 Anisocriche
- 3 Miosi
- 4 Midriasi
- 5 Albo

5 Tono

- 1 Normale
- 2 Ipertonia spastica
- 3 Ipertonia plastica
- 4 Paratonia
- 5 Negativismo tonico
- 6 Ipotonia
- 7 Flaccidità

Note

10 Campo visivo

- 1 Normale
- 2 Alterato

11 Alterazione dei nervi cranici 1 ☐ No 2 ☐ Sì

12 Disfagia 1 ☐ No 2 ☐ Sì

13 Disfonia 1 ☐ No 2 ☐ Sì

14 Sensibilità TATTILE TERMODOLORFICA VIBRATORIA SENSO DI POSIZIONE

- 1 Normale
- 2 Alterato
- 3 Gravemente compromesso

15. Trofismo muscolare

- 1 Nella norma
- 2 Ipotrofia modesta
- 3 Ipotrofia grave

16. Riflessi osteo tendinei Normali 1 Alterati 2

	DX	SX	
Bicipitale (c5-c6)	_____	_____	0 Assente
Tricipitale (c6-c7)	_____	_____	1 Debole
Cubito-pronatore (c7-d1)	_____	_____	2 Normale
Rotuleo (L2-L4)	_____	_____	3 Vivace
Achilleo (S1-S2)	_____	_____	4 Vivace patologico

17. Riflessi patologici Assenti 1 Presenti 2

	DX	SX	
Palmo anormale	_____	_____	Ginbetta _____
Hoffmann	_____	_____	Moro _____
Grooplug	_____	_____	Suzient _____
Bobinski ed wpat	_____	_____	



ASPeF

il cuore della città

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

Il Paziente è in grado di riferire correttamente il livello del proprio dolore:

- SI ☐ → **UTILIZZO SCALA NRS**

NO ☐ → **UTILIZZO SCALA ABBEY (APS)**

SCALA NRS (Numeric Pain Intensity Scale)

0 – 10 Numeric Pain Intensity Scale (NRS)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nessun Dolore			Dolore Moderato				Dolore Grave			

Mantova, il _____

Firma Medico



ASPeF

il cuore della città

SCHEMA DI INTERVENTI ALTERNATIVI A MEZZI DI TUTELA

Paziente: _____

RSA e Reparto _____

Misure Adottate:

NOTE

1	SI ☐	NO ☐	CONFERMA DI MEZZO DI TUTELA GIÀ UTILIZZATO PRIMA DELL'INGRESSO	
2	SI ☐	NO ☐	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	
3	SI ☐	NO ☐	COLLOQUIO COL PAZIENTE E PARENTE: IL PAZIENTE SI SENTE PIÙ SICURO COL MEZZO DI TUTELA.	
4	SI ☐	NO ☐	CONTROLLO RISCHI AMBIENTALI e PRESID	
5	SI ☐	NO ☐	CONTROLLO FATTORI POSSIBILI DELIRIUM	
6	SI ☐	NO ☐	FORMAZIONE AI CAREGIVERS	
7	SI ☐	NO ☐	ATTIVITÀ FISICA DI RINFORZO	

Mantova, il _____

Firma Medico: _____



ASPeF

il cuore della città
ASPeF- CDI "A. BERTOLINI"

REPARTO:.....

OSPITE:.....

RILEVAZIONE PESO CORPOREO

DATA	KG	FIRMA OPERATORE

Scheda di rilevazione dei fattori di rischio della disfagia

Cognome e nome _____ Data nascita _____ Reparto _____

Alimentazione

Momento dell'osservazione: _____ O colazione _____ O pranzo _____ O cena _____

Quali consistenze assume attualmente:

O liquide _____ O semiliquide/semisolide _____ O tritate/pre-bolo _____ O solide _____

Tempi di impiego per la consumazione del pasto _____

IGIENE QUOTIDIANA CAVO ORALE: O sì O no

INDICE DI RISCHIO DISFAGIA (I.R.D) (A. Baretter, A. Bosco, F. Gaio, V. Leoni, 2003) barrare le voci presenti

O PRIMO INGRESSO	O FOLLOW UP	punti	punti	punti
Eccessiva velocità oppure		3	3	3
eccessiva lentezza nell'assunzione del cibo		2	2	2
Scarso controllo delle prassie orofacciali: movimenti di masticazione		2	2	2
Scarso controllo delle prassie orofacciali: movimenti della lingua		2	2	2
Limitata autonomia nell'alimentazione: O aiuto nella preparazione/supervisione O aiuto parziale O non autonomia		2	2	2
Collaborazione limitata dalle difficoltà di comprensione verbale o contestuale		2	2	2
Edentulia o protesi dentarie incongruenti		2	2	2
Impossibilità a evocare volontariamente la tosse		1	1	1
Respirazione alterata		1	1	1
Scarso controllo delle prassie orofacciali: apertura e chiusura della bocca con tenuta delle labbra		1	1	1
Rifiuto del cibo: O scarsa motivazione all'alimentazione O rifiuto		1	1	1
Postura <u>scorretta</u> : il paziente per il pasto è seduto: O sedia O carrozzina O letto		1	1	1
Percezione del gusto alterata (non riconosce i sapori, cerca gusti più decisi)		1/2	1/2	1/2
Alterazione nella produzione della saliva		1/2	1/2	1/2
Calo ponderale nell'arco di breve tempo		1/2	1/2	1/2
Variazione della qualità della voce nell'ultimo mese		1/2	1/2	1/2
Grado di rischio: 0-5 basso 6-10 medio 11-15 alto 16-20 disagio Tot:		/20	/20	/2

Si segnala per valutazione logopedica: O sì O no

Operatore.....



ASPeF

il cuore della città

SCHEDA DI PREVENZIONE PIAGHE DA DECUBITO

Paziente: _____ RSA e Reparto _____ Operatore _____

Misure Adottate:

1	Cura della cute	☐ controllo prominenze osee ☐ particolare cura nell'igiene e asciugatura della cute ☐ corretto rifacimento del letto con o senza la presenza di ausili per la prevenzione delle lesioni da pressione
2	Come ridurre la pressione con Braden $< 0 = a 16$	☐ MAD ☐ cuscino anti decubito ☐ rotazione posture ☐ ausili per posture ☐ mobilizzazione
3	Valutazione nutrizionale	☐ nutrizione adeguata ☐ idratazione ☐ problemi di deglutizione
4	Formazione dei Caregiver	☐ rilasciato libretto informativo autocura del paziente ☐ spiegato modalità di intervento in caso di problemi di deglutizione ☐ spiegato modalità di intervento in caso di rischio lesioni da pressione ☐ spiegato modalità di intervento in caso di rischio cadute
5	Valutazione psico-sociale	☐ eventuali difficoltà del caregiver ☐ eventuali problemi cognitivi del paziente ☐ presenza di una rete di supporto

Mantova, il _____

Firma Operatore: _____



ASPeF

Il cuore della città

SCHEDA DI PREVENZIONE DELLE CADUTE

Paziente: _____ RSA e Reparto _____ Operatore _____

Causa Principale del Rischio/della Caduta:

Misure Adottate:

1	Interventi ambientali	
2	Esercizi di rinforzo motorio	
3	Trattamento delle patologie concomitanti	
4	Revisione di terapia farmacologica	
5	Interventi educativi su caregiver e operatori	
6	Interventi con mezzi di tutela	
7	Valutazione Multidisciplinare in follow-up	

Manteva, il _____

Firma Operatore: _____



INFORMATIVA SERVIZIO DI GUARDAROBA E LAVANDERIA

Con la presente si comunica un elenco dettagliato della dotazione di indumenti che gli Ospiti dovranno avere a corredo in sede di ingresso in CSS e si avvisano i gentili Familiari e/o Amministratori di Sostegno/Tutori, che solo gli indumenti richiesti da questa Azienda verranno censiti e inventariati dal Personale, garantendone la cura e i relativi servizi di lavaggio e stiratura.

Tutti gli altri indumenti non richiesti, e che di propria iniziativa il Familiare e/o Amministratore di sostegno/Tutore vorrà portare in CSS, non verranno inventariati e di conseguenza non saranno di responsabilità del suddetto Servizio né saranno oggetto di eventuali rimborsi di smarrimento o deterioramento. Sarà quindi cura del Familiare e/o Amministratore di Sostegno/Tutore la relativa gestione del capo ricordando Loro che per questioni di disinfezione gli indumenti dovranno essere lavati ad una temperatura non inferiore ai 40° C con appositi detersivi igienizzanti.

ELENCO INDUMENTI:

- N. 8 maglie intime
- N. 8 mutande
- N. 8 paia di calze
- N. 8 pantaloni o gonne/abiti
- N. 8 maglie manica corta
- N. 8 maglie manica lunga
- N. 8 giacca tuta
- N. 8 indumenti da notte (pigiamina o camicia da notte o tutone)

Attenzione:

- ogni capo aggiunto dovrà essere presentato presso il Personale della CSS per essere registrato e timbrato con il nominativo dell'Ospite;
- la biancheria dell'Ospite deve essere conforme alla possibilità di lavaggio quindi: no pura lana, no cachemire, no mohair, no seta. I capi non conformi non saranno registrati.
- per la sostituzione dei capi usurati si richiede al Familiare e/o Amministratore di Sostegno/Tutore di darne comunicazione al Personale per aggiornare la dotazione iniziale.



SCHEDA PERSONALE DI INGRESSO IN CSS

Cognome

Nome

Nato/ail.....

Residenza: via.....

Comune.....Tel.

Curriculum scolastico

Altri servizi frequentati (CDD, SFA, associazioni di volontario, ecc.).....

.....

.....

In caso di necessità rivolgersi a.....

.....

.....

ANAMNESI FAMILIARE:

Padre

.....

Madre
.....

Altri componenti della famiglia
.....
.....
.....

Persone di riferimento
.....

Eventuali tutori, pro-tutori, amministratori di sostegno
.....
.....

Medico di Medicina Generale
via
ComuneTel.

Medico-specialista
.....
.....

N.° tessera sanitaria

Codice esenzione ticket.....

Invalidita'
.....

Accompagnamento

Diagnosi patologie
.....
.....
.....

Medico diagnostico
Eventuale Ente di appartenenza del Medico
Data rilascio diagnosi

Terapia farmacologica e posologia attuale
.....
.....
.....

Interventi riabilitativi (remoti e presenti)
.....
.....

Protesi-ausili (se utilizzati, se personali o di proprietà ATS)
.....
.....

ANAMNESI COGNITIVO-COMPORTAMENTALE:

Capacità relazionale
.....
.....

Comunicazione verbale e non verbale(comprensione, espressione, ricezione).....
.....
.....
.....

Atti vita quotidiana (interessi e abitudini)
.....
.....
.....

Disturbi comportamentali
.....
.....

ANAMNESI DINAMICO-FUNZIONALE:

Respirazione
Alimentazione
.....
.....

Regolazione minzione e defecazione (diurna-notturna).....
.....

Cateterismo
.....

Piaghe da decubito
Sonno

Mobilità
.....
.....
.....

Igiene personale
.....
.....

Abbigliamento (vestirsi, mettersi le calzature, ecc.).....
.....
.....
.....

Ulteriori osservazioni
.....
.....
.....
.....
.....

Mantova, lì.....

Firma del Coordinatore della Comunità Socio-Sanitaria

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2017	1° EMISSIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		



NOME PROTOCOLLO:

**PROTOCOLLO GESTIONE:
RECLAMI PER DISSERVIZI / SEGNALAZIONI / RICHIESTE**

SETTORE DI RIFERIMENTO

**RR.SS.AA., CSS, CAG, CDI, ADI-SAD, Riabilitazione per Utenti interni ed esterni,
Studentato, Pensionato.**

CODICE _____ **RSA 1037/17** _____

DATA	REV.	REDATTO DA	VERIFICATO DA	APPROVATO DA	EMESSO IL
01/03/2017	1° EMISSIONE				
01/11/2019	2° EMISSIONE				

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2017	1° EMISSIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		

INDICE

1. SCOPO

2. CAMPO DI APPLICAZIONE ED ESCLUSIONE

3. DIAGRAMMA DI FLUSSO GESTIONE DEI RECLAMI (FLOW-CHART)

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

5. RIFERIMENTI

1. SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di descrivere le modalità organizzative della Direzione Generale per la gestione delle segnalazioni (reclami, segnalazioni, richieste) presentati da utenti dei vari servizi di ASPEF.

La gestione dei reclami rappresenta un obbligo informativo nei confronti della Regione Lombardia, così come prescritto dalla DGR VII/8504 del 22/03/2002.

L'esercizio dei diritti dell'interessato in merito al trattamento dei propri dati è regolato dal Reg.UE 676/2016.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE ED ESCLUSIONE

2.1 Segnalazioni oggetto della procedura

L'ufficio Direzione Generale tratta e gestisce ogni tipo di segnalazione (disservizi, richiesta di informazioni) a qualunque titolo e sotto qualsiasi forma pervenga allo stesso. In particolare, per reclamo si intende qualunque espressione di insoddisfazione nei confronti della Azienda che richieda una risposta scritta.

La presente procedura si applica quindi alla gestione delle segnalazioni, in tutti i Servizi dell'Azienda ASPEF.

2.2 Reclami esclusi dalla procedura

Sono esclusi dalla presente procedura, i reclami aventi le caratteristiche di seguito descritte:

- i reclami che compaiono sui mezzi di stampa se anonimi;
- i reclami relativi alla sola contestazione del pagamento della retta mensile verificati dall'ufficio Economico-Finanziario di ASPEF in merito alla loro rimborsabilità;
- i reclami che contengono una specifica richiesta di risarcimento, che sono gestiti direttamente dallo Studio Legale dell'Azienda per una gestione appropriata;

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2017	1° EMISSIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		

3. Diagramma di flusso (Flow-chart)

Diagramma di flusso Gestione dei Reclami

Responsabilità	Attività	Note
Strutture/Servizi Aziendali riceventi, Tutor Ospiti	Ricevimento segnalazione	A qualsiasi servizio aziendale pervenga la segnalazione questo deve invitare l'utente a presentarla all'Ufficio Tutor Ospiti, se la segnalazione è scritta la inoltrarla all'Ufficio Tutor Ospiti
Ufficio Direzione Generale	Valutazione e selezione	Ricevuta la segnalazione l'Uff. Tutor Ospiti compila il MODULO 1 allegato e lo inoltra all'Ufficio Direzione Generale che classifica l'istanza e tratta come "reclamo" <u>solo quelle che richiedono una risposta scritta</u>
Ufficio Protocolli	Protocollo	La protocollazione del reclamo costituisce l'autorizzazione al procedimento, salvo diniego espresso del promotore
Responsabile/Referente di Servizio/Struttura/ Responsabile Protezione Dati	Valutazione in merito alla gestione Acquisizione informazioni per formulare la RELAZIONE in merito all'accaduto	Acquisizione di ulteriori informazioni o documenti e testimonianze utili a formulare una congrua relazione in forma libera in merito al reclamo
Ufficio Direzione Generale	La relazione è ritenuta congrua La relazione presenta situazioni anomale La relazione risulta carente	L'Ufficio Direzione Generale valuta la congruità delle relazioni rispetto alle tematiche presenti nei vari reclami in quanto queste potrebbero evidenziare situazioni particolarmente gravi.
Ufficio Direzione Generale, Direttore Generale, Direttore Sanitario	Predisposizione risposta reclamo ed invio Ritorno alla Direzione competente	In caso di relazione congrua, l'Ufficio Direzione Generale predispone la risposta da sottoporre alla firma del Direttore Sanitario o al Direttore Generale se di natura non sanitaria.
Ufficio Direzione Generale	Conclusione procedura e registrazione dati	La procedura termina con l'invio della risposta al soggetto promotore. La pratica viene archiviata e registrata in data base per le successive elaborazioni statistiche.

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2017	1° EMISSIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		

4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E RESPONSABILITA'

L'istanza viene valutata come segnalazione, risoluzione immediata o reclamo in base alla specificità della richiesta secondo i criteri di seguito elencati.

4.1 Segnalazione e risoluzione immediata

Qualsiasi istanza, inoltrata nelle forme previste, si riferisca a situazioni che impediscono la corretta fruibilità dei servizi o situazioni e comportamenti ritenuti incongrui da parte dell'interessato, qualora trovi immediata soluzione da parte dell'ufficio Direzione Generale, **non è considerata "Reclamo"**, in quanto **non da luogo ad una risposta scritta**.

La risoluzione immediata consiste nella capacità dell'ufficio Direzione Generale, in collaborazione con le Strutture/Servizi coinvolti, di ripristinare le condizioni di fruibilità del servizio o di recuperare una comunicazione corretta tra cittadino e Azienda tale da rimuovere le ragioni del reclamo.

Nel caso in cui il segnalante non intenda usufruire della "procedura reclamo" ma si limiti a voler segnalare una situazione considerata critica, il Personale dell'ufficio Tutor Ospiti di ASPEF inoltra quanto ricevuto al Direttore Generale o Direttore Sanitario, promuovendone la soluzione oppure, nel caso di relazioni considerate negative con gli operatori, un contatto diretto tra questi e l'interessato.

Nel caso di segnalazione anonima, l'ufficio Direzione Generale, qualora si tratti di questioni di interesse generale o di comportamenti contrari alle leggi, ai regolamenti o al codice etico, procede alle verifiche di merito.

4.2 Reclami

Protocollo delle segnalazioni

Il protocollo del reclamo costituisce di per sé autorizzazione al proseguimento dell'istruttoria, con relativo trattamento dei dati in base al vigente Regolamento UE 2016/679, a meno che non vi sia un diniego espresso al trattamento dei dati.

Il reclamo, a qualsiasi soggetto dell'Azienda pervenga, deve essere assegnato all'ufficio Direzione Generale, che avvia e gestisce l'istruttoria e conclude il procedimento con la risposta all'utente.

Modalità di inoltro del reclamo dall'utente all'Ufficio Direzione Generale

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2017	1° EMISSIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		

I cittadini, nel termine di 20 giorni dall'avvenimento occorso o della sua venuta a conoscenza, possono presentare reclamo in forma verbale o scritta, preferibilmente utilizzando l'apposito modulo (MOD-RRSE 1), a disposizione presso le strutture/servizi aziendali all'Uff TUTOR OSPITI:

- ✓ presentandosi personalmente negli orari di apertura;
- ✓ esponendo telefonicamente il problema contestato;
- ✓ inviando apposito fax;
- ✓ inviando comunicazione tramite posta ordinaria o posta elettronica.

A fronte di segnalazione/reclamo verbale o telefonico, l'ufficio Direzione Generale informa l'interessato che l'istruttoria sarà avviata solo a seguito di conferma scritta di quanto dichiarato.

Qualora l'istanza sia presentata da Associazione o da persona diversa da quella maggiorenne oggetto dell'episodio occorso e la risposta contenga dati personali, si rende necessaria una delega scritta da parte del cittadino direttamente coinvolto, accompagnata dalla copia di un documento di riconoscimento.

Modalità di richiesta della Relazione

Analizzato il reclamo, l'ufficio Direzione Generale invia nel più breve tempo possibile, la richiesta di relazione al Responsabile/Referente della Struttura/Servizio coinvolta/o in merito al reclamo/osservazione/richiesta, affinché questi si adoperi per l'immediata risoluzione dei disservizi e fornisca, entro 8-10 giorni, tutte le osservazioni necessarie per comunicare la risposta al reclamante.

Se l'evento ha avuto luogo in una singola Struttura/Servizio, destinatario sarà il Responsabile della stessa mentre, se coinvolge più Strutture di un unico Servizio (es.: RSA "I. d'Este" e RSA "L. Bianchi"), il destinatario sarà il Direttore Sanitario. Se il reclamo coinvolge più Strutture di più Servizi (es.: CSS, CAG, CDI, ADI-SAD, Riabilitazione per Utenti interni ed esterni, Studentato, Pensionato), i destinatari saranno il Direttore Generale e il Direttore Sanitario dell'Azienda.

In caso di richiesta di informazioni, nei casi dubbi e per verificare il rispetto delle disposizioni del Reg.UE 16/679, può essere richiesto parere al Responsabile della Protezione Dati.

Risposta

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2017	1° EMISSIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		

La risposta all'utente dovrà essere fornita nei tempi definiti dalla normativa (il tempo massimo è 30 giorni, ai quali si possono aggiungere altri 15 giorni per la sospensione dei termini, comunicando all'utente in forma scritta le ragioni del ritardo).

Nella risposta al reclamante viene fatta chiara menzione, qualora questi non sia soddisfatto delle spiegazioni fornitegli, delle possibilità di ulteriore approfondimento e verifica dell'accaduto previste dalla normativa nazionale e regionale.

In tema di servizi socio-sanitari, (iniziativa extra legem dell'ATS Valpadana – Mantova), l'utente non soddisfatto delle spiegazioni ricevute, richieda all'URP dell'ATS una ulteriore analisi dell'accaduto, mediante la costituzione di uno specifico tavolo di discussione. Il tavolo verrà costituito qualora l'ufficio Direzione Generale e l'URP interessato considerino tale percorso utile alla risoluzione delle problematiche in esame.

In tema di privacy: l'utente che ritenga che il trattamento dei dati che lo riguardano non sia conforme alla disposizioni vigenti ovvero se la risposta ad una richiesta con cui esercita uno o più dei diritti previsti dagli articoli 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679 non perviene nei tempi indicati o non è soddisfacente, l'interessato può rivolgersi all'autorità giudiziaria o al Garante per la protezione dei dati personali, in quest'ultimo caso mediante un reclamo ai sensi dell'articolo art. 77 del Regolamento (UE) 2016/679.

Registrazione dati “segnalazione-reclamo”

Il modulo di raccolta reclami, i dati raccolti per il riscontro e la risposta sono registrati all'interno del database della Direzione Sanitaria.

Tale strumento permette la comunicazione per via telematica con la Direzione Generale. Inoltre, le relazioni concernenti le segnalazioni che evidenziano difformità-anomalie o errori nello svolgimento delle attività lavorative; vengono registrate e pertanto consultabili presso la cartella “Risk Management” del database della Direzione Sanitaria, per la valutazione e l'avvio di eventuali azioni correttive, favorendo un controllo tempestivo degli eventi avversi.

Trattamento e diffusione dei dati

I reclami eventualmente pervenuti vengono comunicati al personale di competenza negli incontri periodici che si tengono in struttura per la formazione ed il miglioramento delle procedure e modifiche di protocolli. Nel rispetto del Regolamento sulla Protezione dei dati Personali i dati non

DATA	REV.	MODIFICATO	DATA	REV.	MODIFICATO
01/03/2017	1° EMISSIONE				
EMESSO		VERIFICATO	APPROVATO		

vengono diffusi e la comunicazione agli interessati aventi diritto avviene con strumenti sicuri in termini di riservatezza.

5. RIFERIMENTI

Normativa nazionale

- Legge 241/90
- Direttiva consiglio dei ministri 27/01/94
- D.p.c.m. 19-5-1995
- art.8 legge 7 giugno 2000, n. 150
- art.11 d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165
- art. 2 dpr 21/9/2001 n° 422

Normativa regionale

- art.11 della l.r.31/97
- Circolare 20 SAN/1999
- aggiornamento con nota del febbraio 2001 – prot. h1.2001.0006467 del 1/2/01 alla circolare n.20/san del 1999
- DGR VII/8504 del 22/03/2002
- art. 3 deliberazione n. VII/14049 del 8 agosto 2003
- Dgr 23 dicembre 2009 n. 8/10884
- art. 16 l.r. 33/2009

Allegati

- Allegato 1: MOD-RRSE 1 - **RECLAMI PER DISSERVIZI / SEGNALAZIONI / RICHIESTE**

Allegato 1

	RECLAMI per DISSEVIZI SEGNALAZIONI e RICHIESTE	MOD-RRSE 1
---	---	------------

AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA e ALLA FAMIGLIA

Piazzale Michelangelo, 1

46100 Mantova

Tel. 0376/357811 – Fax 0376/360608

E-mail: affarigenerali@aspefmantova.it**All'Ufficio Tutor Ospiti****Chi segnala:**

Cognome e Nome	Data nascita
Residente a	Cap
Via/Piazza	Tal/cell
Relazione con l'utente coinvolto	

Utente coinvolto:

Cognome e Nome	Data nascita
Residente a	Cap
Via/Piazza	Tal/cell
Relazione con l'utente coinvolto	

DATA e LUOGO DELL'EVENTO	
---------------------------------	--

Descrizione dei fatti:

Che cosa chiede all'Azienda?

MIGLIORIE AMBIENTI (es: per spazi/segnaletica/orari/modulistica/etc.)
RECUPERO OGGETTI (es: per smarrimento o danni ad effetti personali/ etc.)
ULTERIORI SERVIZI (es: terapie/diagnosi/prestazioni/riduzione tempi di attesa/etc.)
INFORMAZIONI (es.: gentilezza e chiarezza delle informazioni fornite/ accesso ai documenti)

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ex art.13 Reg. UE 679/2016 - D. Lgs n°196/03).

In attuazione della normativa di cui sopra, La informiamo che:

- I dati saranno raccolti e trattati esclusivamente per scopi di natura amministrativa della Direzione Generale e per la gestione delle segnalazioni nel rispetto della normativa vigente.
- Il consenso al trattamento dei dati richiesti è spontaneo e facoltativo e il mancato consenso al trattamento dei dati nel caso di reclamo, comporta l'impossibilità dell'Azienda, di pronunciarsi formalmente.
- La comunicazione dei dati verso terzi può avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento, o, qualora risulti necessaria per lo svolgimento di attività istituzionali. I dati, unicamente quelli strettamente necessari per le finalità di cui sopra, saranno comunicati alla Direzione Generale ed al Responsabile e incaricati aziendali per le parti del procedimento di loro competenza.
- I dati personali sono raccolti e trattati sia in forma manuale che automatizzata, secondo una logica strettamente connessa alle finalità descritte, esclusivamente dal personale incaricato e che ha ricevuto le apposite istruzioni.
- L'azienda ha messo in atto tutte le misure di sicurezza idonee ad assicurare un idoneo trattamento dei dati che saranno custoditi in archivi cartacei ed informatizzati; agli archivi avrà accesso solo il personale autorizzato e tenuto al segreto professionale.
- L'interessato può esercitare i diritti di cui all'art.15-22 del Reg. UE, presentando richiesta ai Responsabili del trattamento, a seconda delle esigenze, sull'apposito modulo reperibile presso la Direzione Generale o l'Ufficio Tutor Ospiti o la Segreteria della Direzione della struttura aziendale.
- Il Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale Pro Tempore dell'Azienda ASPEF, con sede in Piazzale Michelangelo n°1, Mantova; il responsabile del trattamento dei dati e' il Referente di servizio a cui e' diretta la segnalazione.
- L'elenco aggiornato del/dei responsabili dei trattamenti dei dati in ambito aziendale è disponibile presso l'Ufficio Direzione Generale.
- Il Responsabile Protezione Dati nominato da ASPEF è contattabile presso affarigenerali@aspefmantova.it.

Consenso al trattamento dei dati personali e particolari (ex art.7 Reg. UE 679/2016):

Il sottoscritto, **presta il proprio consenso** al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nella informativa di cui sopra **e altresì autorizza l'invio della presente segnalazione ai soggetti coinvolti:** ☐ sì ☐ no

Data _____

Firma utente _____

Ricevuto in data _____ dall'Operatore TUTOR OSPITI _____

Parte riservata alla DIREZIONE GENERALE

Tipologia: ☐ Reclamo per disservizio(1) ☐ Segnalazione (2) ☐ Richiesta informazioni (Privacy)

1 Reclamo/Disservizio: è la comunicazione formale di un disservizio, sottoscritta e indicante i dati della persona che sporge il reclamo e che implica una risposta da parte dell'Azienda.

2 Segnalazione: è una osservazione, un rilievo che non implica una risposta formale all'interessato da parte dell'Azienda ASPEF. La segnalazione verrà comunque utilizzata dall'Azienda per migliorare i servizi.

3 Richiesta informazioni: un accesso a dati personali propri o di terzi trattati dal Titolare ASPEF.

Effettuato: ☐ a voce ☐ per iscritto (ALLEGARE **Documento scritto** dall'utente)
 ☐ con lettera ☐ via fax ☐ via telefono ☐ via e-mail

☐ **RICEVUTO DALLA DIREZIONE GENERALE in data** _____

☐ **INVIO AL RESP.PROTEZIONE DATI (Privacy) in data** _____ ☐ **Non necessario**



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA
E-mail: aspef@aspefmantova.it

VALUTAZIONE SODDISFAZIONE UTENTI CSS ANNO _____

La preghiamo di rispondere alle seguenti domande per aiutarci a migliorare l'assistenza della nostra Comunità. Barri l'opzione corrispondente al grado di soddisfazione che meglio esprime la Sua opinione.

1. Come giudica l' accoglimento in Comunità ?
--

☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso

2. Come giudica il grado di riservatezza mantenuto dal personale circa il Suo stato di salute?

☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso

3. Come considera il rapporto umano di disponibilità e professionalità del personale della Comunità? (Attenzione, premura, ascolto, comprensione, sollecitudine, ecc.)

☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso

4. Come giudica il grado di informazione che il personale le ha dato? (Spiegazione su farmaci, diete, esercizi fisici, ecc.)

☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso

5. Come valuta il livello di cure igieniche rivolte alla Sua persona?
--

☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso

6. Come valuta il livello di igiene degli ambienti ?

☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso

7. Come considera il grado di **adeguatezza della stanza?**

➤ **Letto ed arredi**

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

➤ **Temperatura ed Illuminazione**

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

8. Come considera il rispetto del silenzio notturno e diurno durante le ore di riposo?

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

9. Come valuta la disponibilità degli spazi comuni e di supporti audio-visivi a disposizione? (Computer, TV, videoregistratore, stereo, ecc.)?

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

10. Come giudica la **qualità del vitto** (orario pasti, qualità e varietà del cibo) ed il **servizio ai pasti?**

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

11. Come giudica il livello di **Assistenza Sanitaria?**

➤ **Medica**

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

➤ **Infermieristica**

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

➤ **Riabilitativa**

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

➤ **Rapporto con il personale O.S.S.**

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

12. In conclusione qual' è il suo giudizio sui servizi che le vengono offerti nella nostra Comunità?

o ottimo o buono o sufficiente o scarso o molto scarso

Eventuali osservazioni e/o suggerimenti proposti:



AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA
E-mail: aspef@aspefmantova.it

VALUTAZIONE SODDISFAZIONE OPERATORI CSS ANNO _____

Titolo di studio _____ **Ruolo lavorativo** _____ **Anzianità di servizio** _____

La preghiamo di rispondere alle seguenti. Barri l'opzione corrispondente al grado di soddisfazione che meglio esprime la Sua opinione. Le risposte rimarranno anonime.

1. Come giudica le condizioni igieniche dell'ambiente di lavoro?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
2. Come giudica le condizioni climatiche interne dell'ambiente di lavoro (temperatura, umidità, purezza dell'aria)
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
3. Come valuta l'illuminazione naturale ed artificiale dell'ambiente di lavoro?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
4. Come valuta l'adeguatezza ed il contenimento di suoni e vibrazioni? (Controllo che non rechino fastidio alle attività).
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
5. E' agevole la vostra movimentazione dei carichi nei luoghi di lavoro che frequentate (stanze, corridoi, porte, scale ecc.)?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
6. Come valuta gli ambienti rispetto alla accessibilità da parte di utenti o altre persone con Handicap motori? (presenza di barriere architettoniche, accessi adeguati, ecc.)?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
7. Come considera il grado di adeguatezza dei servizi igienici alle vostre esigenze?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
8. Come giudica la adeguatezza e sicurezza che presentano le attrezzature di lavoro (elettromedicali, attrezzi, macchine, ecc.) che voi utilizzate?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
9. Come valutate il livello di protezione da gas o vapori che voi ritenete pericolosi?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
10. Come valutate il livello di prevenzione della vostra Struttura rispetto a rischi di fumi e incendi?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso
11. Come giudicate la adeguatezza e sicurezza della vostra specifica mansione?
☐ ottimo ☐ buono ☐ sufficiente ☐ scarso ☐ molto scarso

o ottimo	o buono	o sufficiente	o scarso	o molto scarso
----------	---------	---------------	----------	----------------

☐ o ottimo ☐ o buono ☐ o sufficiente ☐ o scarso ☐ o molto scarso

☐ o ottimo ☐ o buono ☐ o sufficiente ☐ o scarso ☐ o molto scarso

☐ o ottimo ☐ o buono ☐ o sufficiente ☐ o scarso ☐ o molto scarso

oNo	o Raramente	o Talvolta	o Spesso	o Sempre

oNo	o Raramente	o Talvolta	o Spesso	o Sempre
-----	-------------	------------	----------	----------

o SI o No

[illegible]



Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia
P.le Michelangelo, 1 – 46100 Mantova
Tel. (0376) 357811 / Fax (0376) 360608
Partita IVA 01837820206

INFORMATIVA INERENTE FIRMA DEL CONSENSO INFORMATO (LEGGE 22 DICEMBRE 2017, N. 219) – PROCEDURA ATTIVAZIONE AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO.

Si informano i gentili Familiari che la Legge n. 219 del 22 dicembre 2017, nel rispetto della Costituzione e della Carta dei diritti fondamentali dell'UE, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che **nessun trattamento sanitario** può essere iniziato o proseguito se privo del **consenso informato** della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

Nei casi di pazienti (anziani e non) con problemi cognitivi che possano assurgere ad uno stato di incapacità decisionale (di natura temporanea o permanente), si deve ricorrere all'autorità giudiziaria per richiedere la nomina di un **amministratore di sostegno**.

Infatti nelle ipotesi in cui il paziente non possa prestare alcun valido consenso, il medico interverrà solo quando ricorrono i presupposti di stato di necessità ed emergenza terapeutica. Quando non ricorrono tali presupposti e si tratta invece di **interventi o di esami invasivi o pericolosi/invalidanti** (ad esempio trasfusioni, indagini diagnostiche, pratiche di contenzione, posizionamento PEG ecc.) che possono essere differiti, quindi **programmati**, il medico procede solo in presenza dell'autorizzazione del tutore o dell'Amministratore di Sostegno al quale il Giudice abbia attribuito la rappresentanza in ambito sanitario.

I Familiari, in assenza di decreto di nomina di amministrazione di sostegno, non hanno titolarità per esprimere tale consenso in rappresentanza del paziente e, conseguentemente, la loro firma non potrà essere considerata sostitutiva della firma del diretto interessato. Risulta indispensabile che uno dei Familiari o altro soggetto (volontario, legale ecc.) venga nominato Amministratore di Sostegno.

Si invitano pertanto i Familiari, qualora necessario, a provvedere con urgenza all'attivazione della procedura per la nomina di un Amministratore di Sostegno per il proprio congiunto. In caso contrario, e in caso di comprovata necessità, ASPEF si riserva la facoltà di procedere d'ufficio.