

# Carta dei servizi.

## **CENTRO DIURNO INTEGRATO IL GELSO**

Strada S. Apollonio snc  
46042 CASTEL GOFFREDO (MN)

Tel. +39 0376 16 207 25  
[rsa.ilgelso@colisee.it](mailto:rsa.ilgelso@colisee.it)

[colisee.it](http://colisee.it)



COLISEE

## Indice

|                                                                     |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PREMESSA.....</b>                                                | <b>3</b>  |
| <b>LINEE GUIDA – FINALITÀ .....</b>                                 | <b>4</b>  |
| Codice etico.....                                                   | 4         |
| <b>PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA.....</b>                           | <b>4</b>  |
| Caratteristiche generali.....                                       | 4         |
| Ammissione ed accoglienza degli Utenti.....                         | 5         |
| Giornata tipo.....                                                  | 6         |
| Vita nel Centro Diurno Integrato .....                              | 7         |
| Modello di organizzazione.....                                      | 7         |
| Il personale .....                                                  | 7         |
| <b>I SERVIZI OFFERTI.....</b>                                       | <b>8</b>  |
| Servizi alla persona.....                                           | 8         |
| Servizi sanitari e riabilitativi .....                              | 8         |
| Servizi di animazione e socializzazione.....                        | 10        |
| Assistenza religiosa.....                                           | 11        |
| Ristorazione.....                                                   | 11        |
| Pulizia.....                                                        | 11        |
| Servizio di trasporto.....                                          | 11        |
| Servizio di podologia, pedicure curativa, estetica e manicure ..... | 12        |
| Servizio parrucchiere/barbiere .....                                | 12        |
| La Direzione del Centro Diurno Integrato .....                      | 12        |
| Servizi amministrativi .....                                        | 12        |
| Servizio bar.....                                                   | 12        |
| <b>STANDARD DI QUALITÀ.....</b>                                     | <b>13</b> |
| Introduzione degli standard e modalità di verifica.....             | 13        |
| Somministrazione di customer satisfaction.....                      | 13        |
| Soddisfazione degli operatori .....                                 | 13        |
| <b>DIRITTI E DOVERI .....</b>                                       | <b>14</b> |
| Utente: informazioni, diritti e doveri.....                         | 14        |
| Diritto alla riservatezza .....                                     | 14        |
| Il fumo .....                                                       | 14        |
| Orari destinati al riposo .....                                     | 14        |
| Recesso e risoluzione del contratto .....                           | 14        |
| Documentazione da presentare al momento dell'ingresso.....          | 15        |
| Urna per i consigli e le segnalazioni.....                          | 15        |
| Rette e costi dei servizi non inclusi nella retta .....             | 16        |
| Richiesta delle informazioni .....                                  | 16        |
| Consenso informato.....                                             | 16        |
| Meccanismi di tutela e verifica.....                                | 16        |
| Ufficio preposto.....                                               | 17        |
| Funzioni .....                                                      | 17        |
| Modalità di presentazione del reclamo .....                         | 17        |
| <b>NOTIZIE UTILI.....</b>                                           | <b>18</b> |
| Come raggiungere il Centro Diurno Integrato .....                   | 18        |
| Orari.....                                                          | 19        |
| <b>ALLEGATI.....</b>                                                | <b>19</b> |

## Premessa

L'Assemblea Mondiale sui problemi della condizione Anziana, tenutasi a Vienna nel 1982, le cui conclusioni sono richiamate nel Documento Programmatico Parlamentare.

### **"Progetto Obiettivo "Tutela e Salute dell'Anziano"**

recita, nella raccomandazione n° 34:

***"Ogni volta che il ricovero in un Istituto è necessario ed inevitabile per l'Anziano, occorre fare tutto il possibile per garantire una qualità di vita corrispondente alle condizioni esistenti nella comunità di origine, salvaguardando il pieno rispetto e la dignità umana, la fede, le esigenze, gli interessi e la vita privata dell'Anziano.***

***Gli Stati dovranno definire regole che garantiscano un livello accettabile nella qualità dell'assistenza negli Istituti."***

I primi destinatari della Carta dei Servizi sono quindi gli Ospiti e i loro familiari, ma riteniamo che questo documento possa costituire uno strumento di indubbia utilità anche per tutti gli operatori impegnati nella gestione della Struttura, per le Istituzioni e per il volontariato locale. La "Carta" non può quindi avere la pretesa di rappresentare un documento definitivo, ma vuole piuttosto costituire un elemento di partenza, passibile certamente di integrazioni e aggiornamenti futuri, dettati dall'esperienza della gestione concreta della Residenza Sanitaria Assistenziale, nonché dai suggerimenti e dalle osservazioni che ci verranno dagli operatori, dagli Ospiti e dai loro familiari.

Il Gelso srl  
L'Amministratore Unico  
Gerard Sanfeliu Delgado

## Linee guida – finalità

Il Centro Diurno Integrato ha come obiettivo quello di concorrere all'assistenza quando gli interventi a domicilio non sono in grado di garantire un'adeguata intensità e continuità del supporto all'anziano non autosufficiente e alla sua famiglia. Pertanto, il CDI garantisce alle famiglie sostegno nell'assistenza all'anziano e sollievo diurno dall'onere assistenziale offrendo prestazioni socio assistenziali, sanitarie e riabilitative e favorendo il mantenimento dei rapporti sociali.

### **Codice etico**

L'Ente si è dotato di un Codice Etico che fissa le regole di comportamento cui debbano attenersi i destinatari nel rispetto dei valori e dei principi etici enunciati dalla Legge e dai Regolamenti della Repubblica Italiana.

Il codice etico è consultabile c/o il Centro Diurno ed è affisso in bacheca.

## Presentazione della struttura

### **Caratteristiche generali**

Il Centro Diurno Integrato Il Gelso di Strada S. Apollonio snc a Castel Goffredo (MN), è inserito al piano terra di un complesso polivalente che ospita, oltre al servizio CDI con capienza ricettiva di 25 posti, una RSA da 120 posti letto.

Il CDI, sito in una zona centrale del paese, ma allo stesso tempo molto tranquilla, possiede autorizzazione al funzionamento rilasciata dalla provincia di Mantova e accreditamento di **25 posti** (di cui 5 accreditati) da parte della Regione Lombardia.

La struttura è immersa in un'ampia area verde, con spazi attrezzati che la rendono fruibile agli utenti, favorendo altresì l'incontro con la comunità esterna.

Esso dispone di ampi spazi suddivisi in aree destinate all'accoglienza, alle attività ludicoricreative, al riposo, ai servizi di ristorazione, all'attività assistenziale, sanitaria, riabilitativa dell'Utente. Condivide con la RSA su cui insiste, alcuni servizi quali: il servizio bar, la cappella per le funzioni religiose, la palestra, ...

Il CDI è un servizio a carattere semiresidenziale, che funziona dal lunedì al venerdì, con orario dalle 8.30 alle 17.30. E' possibile la frequenza flessibile, che può prevedere solo alcuni giorni della settimana o parte della giornata.

In accordo con le normative regionali, vengono garantiti i seguenti servizi:

- Servizi alla persona;

# COLISEE

- Servizi sanitari e riabilitativi;
- Servizi di animazione e socializzazione;
- Servizio di ristorazione;
- Servizio di trasporto (su richiesta dell'utente).

Il servizio è attivo tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alla 17.30 (escluso i festivi).

## Ammissione ed accoglienza degli utenti

Il CDI Il Gelso è rivolto a persone anziane con compromissione dell'autosufficienza, ma senza gravi disturbi comportamentali, con età superiore ai sessantacinque anni, sole con un discreto livello di autonomia ma a rischio di emarginazione dalle cure per le quali l'assistenza domiciliare risulta insufficiente o troppo onerosa.

Utenti potenziali e loro familiari possono, facendone richiesta presso la Direzione, visitare il CDI prima di inoltrare la domanda di accoglienza, al fine di poter meglio valutare in via preventiva il gradimento degli ambienti e delle attività proposte.

La direzione, e gli uffici amministrativi forniranno informazioni riguardo la possibilità di ricorrere all'individuazione di un amministratore di sostegno, con illustrazione sulle modalità di nomina e sulle funzioni così come previsto dalla normativa vigente. Il ricorso all'individuazione formale di un amministratore di sostegno è particolarmente consigliato nei casi di anziani con condizioni psicofisiche compromesse.

La direzione e gli uffici amministrativi forniscono informazioni circa la possibilità di accedere ad eventuali contributi pubblici.

L'inserimento nella lista di attesa e l'ammissione al CDI avverrà a seguito di valutazioni sull'appropriatezza dell'ammissione da parte dell'équipe sociosanitaria del CDI.

La **lista di attesa** verrà formulata in base al criterio cronologico di presentazione della domanda di ingresso, salvo urgenze per situazioni di gravità sociale e/o sociosanitaria comprovata da relazioni provenienti da Enti pubblici (Comune, ASST, ATS).

Gli uffici amministrativi sono a disposizione per informazioni sulla lista d'attesa e disponibilità posti.

La domanda ha validità biennale: alla scadenza dovrà essere aggiornata o ripresentata unitamente alla documentazione sociosanitaria aggiornata.

La formalizzazione dell'ammissione avviene:

# COLISEE

- con la sottoscrizione da parte dell'Utente, unitamente al Terzo/Curatore o Amministratore di sostegno o Tutore, del "Contratto di Ammissione e di Ospitalità" del CDI comprensiva dell'attestazione di ricevuta della Carta dei Servizi e dell'accettazione degli obblighi del contraente in essa contenuti;
- con il contestuale versamento di un deposito cauzionale il cui importo è specificato nel tariffario allegato che sarà restituito, entro il giorno 30 del mese successivo a quello in cui la frequentazione del CDI ha avuto termine, salvo situazione di morosità.

Si dovrà presentare copia dei seguenti documenti:

- Certificato di residenza della persona interessata all'ingresso (autocertificazione o copia);
- Documento di Identità valido (fotocopia);
- Attestazione del Codice Fiscale (fotocopia);
- Tessera di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (fotocopia);
- Documentazione sanitaria recente (ricoveri in ospedale, esami, radiografie, etc. che risalgono al massimo a 12 mesi precedenti);
- Prescrizione e somministrazione farmacologica da parte del medico curante dell'Utente completa di posologia ed orario di somministrazione;
- recapiti telefonici e di abitazione del parente, amministratore di sostegno, curatore e di almeno un altro parente;
- eventuali presidi in uso completi di relativa documentazione nel caso rilasciati dall'ATS.

Tutta la documentazione sopra indicata va consegnata presso la direzione amministrativa/assistente sociale /uffici amministrativi il giorno dell'ammissione, che viene concordato con l'Utente. La completezza della documentazione è indispensabile affinché l'equipe descritta possa avviare una corretta presa in carico dell'Utente sia sotto il profilo amministrativo che sanitario.

In allegato si riporta la linea guida per l'inserimento dell'Utente nel nostro CDI (vedi allegato).

## Giornata tipo

- Dalle ore 8.30 accoglienza;
- Ore 9.15 alle ore 9.45 colazione;
- Dalle ore 09.15 alle ore 12.00 attività assistenziali, animazione ed interventi fisioterapici;
- Dalle ore 12.00 alle ore 13.00 pranzo e somministrazione farmaci;
- Dalle ore 13.00 alle ore 14.30 riposo;

# COLISEE

- Dalle ore 14.30 alle ore 17.00 attività assistenziali, animazione ed interventi fisioterapici;
- Dalle ore 15.30 alle ore 16.00 merenda;
- Dalle ore 17.00 rientro a casa.

## Vita nel Centro Diurno Integrato

Il personale di assistenza segue con attenzione il primo periodo di frequenza del nuovo Utente, in modo da facilitarne l'inserimento e la socializzazione con gli altri Utenti ed evitare l'isolamento. Lo accompagna all'interno del CDI e pone attenzione a che famigliarizzi con il centro, gli ambienti ed i suoi servizi, indicando allo stesso le poche e semplici regole di vita della Comunità.

Il medico esegue un'accurata visita del nuovo Utente impartisce le necessarie istruzioni al personale infermieristico e socio-assistenziale sulle terapie e le abitudini da adottare.

Il medico in presenza di diete particolari fa in modo che la cucina recepisca le opportune disposizioni.

Vengono compilate la Scheda Sanitaria e il Progetto Assistenziale Individualizzato evidenziando le esigenze e tipologia di assistenza dell'anziano.

## Modello di organizzazione

Il modello organizzativo che proponiamo per la gestione del CDI vede nella centralità dell'Utente e i suoi bisogni, il fulcro attorno al quale ruotano le diverse figure professionali impiegate.

Concretizzare tale modello organizzativo significa:

1. adottare un'organizzazione del lavoro per progetti;
2. promuovere il lavoro d'équipe;
3. adottare adeguati strumenti di passaggio delle informazioni.

## Il personale

Il Personale del CDI è al servizio degli Utenti.

Il Personale è tenuto ad agire nel rispetto dei diritti e dei desideri degli Utenti, compatibilmente con le necessità di servizio programmate dalla direzione.

È fatto divieto agli operatori incassare mance da Utenti e parenti.

È fatto divieto di fumare all'interno della struttura.

Al fine di garantire in ogni momento il riconoscimento degli operatori tutto il personale del CDI ha l'obbligo di tenere visibile il tesserino di riconoscimento, dove sono riportati nome, cognome, qualifica, data di assunzione e foto dello stesso.

## I servizi offerti

### Servizi alla persona

I servizi di assistenza alla persona, erogati tutti i giorni di apertura del CDI, consistono fondamentalmente nelle seguenti attività:

#### Cura della persona

Supporto all'Utente nella cura dell'abbigliamento, della barba e dei capelli, igiene orale, delle mani e dell'intera persona.

#### Assunzione cibi e bevande

Il personale adibito all'assistenza, attento all'osservanza delle eventuali prescrizioni del medico o del dietista, provvede alla distribuzione dei pasti e, ove necessario, alla nutrizione dell'Utente stesso qualora non sia in grado di farlo in modo completamente autonomo.

#### Supporto al servizio di animazione

Il personale assistenziale svolge un ruolo di supporto alle attività di animazione programmate, favorendo la partecipazione degli Utenti alle attività stesse.

#### Altre attività

Il personale di assistenza provvede inoltre:

- alla risposta alle chiamate diurne e alle segnalazioni al personale sanitario;
- alla sorveglianza degli Utenti;
- alla segnalazione immediata, verbale e scritta, di qualsiasi guasto o anomalia nelle strutture o negli impianti che possano pregiudicare l'incolumità delle persone o danni alle cose.

La frequenza e le modalità di svolgimento delle attività vengono stabilite per ciascun Utente sulla base delle valutazioni individuate nel Progetto Assistenziale Individualizzato.

### Servizi sanitari e riabilitativi

#### Assistenza medica

Il servizio viene garantito nel rispetto dei parametri della normativa vigente. Il medico si occupa di:

- provvedere alla tenuta ed all'aggiornamento per la parte sanitaria della cartella sociosanitaria di ciascuno Utente;
- partecipare agli incontri con gli altri operatori del CDI al fine di programmare e verificare i Progetti Assistenziali Individualizzati;
- partecipare all'attuazione dei Progetti Assistenziali Individualizzati;

- partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli anziani, predisposte dalla ATS o da altre organizzazioni formative ed eventualmente segnalare la necessità di aggiornamento;
- partecipare agli incontri periodici per la verifica dell'attività svolta.

Il medico responsabile del Centro Diurno opera in stretta collaborazione con i medici di base, attraverso momenti di confronto e di valutazione del programma terapeutico e assistenziale, al fine di garantire la più adeguata assistenza all'Utente.

Il personale medico svolge anche attività di coordinamento, consulenza organizzativa e controllo, in stretta collaborazione con la direzione del CDI.

Presso il CDI è attivo anche un servizio fisiatrico.

## **Assistenza infermieristica**

Il servizio viene garantito nel rispetto dei parametri previsti della normativa vigente.

Gli infermieri che operano presso il CDI mantengono rapporti costanti con il personale medico, svolgendo a titolo esemplificativo le seguenti mansioni:

- somministrazione dei farmaci così come da prescrizione medica;
- esecuzione della terapia orale, iniettiva, infusiva;
- rilevazione parametri vitali;
- registrazione temperatura, polso, respiro, etc.;
- registrazione in apposite cartelle sanitarie individuali;
- cura di tutta la documentazione sanitaria;

Sono a disposizione degli infermieri strumenti informativi atti a creare un'idonea documentazione sanitaria per ogni Utente.

## **Assistenza operatore socio sanitario**

Il servizio è adibito all'assistenza di base e dispensa e imboccamento ospiti.

## **Assistenza riabilitativa**

Il servizio viene garantito nel rispetto dei parametri previsti della normativa vigente.

L'assistenza riabilitativa assume un ruolo non soltanto terapeutico, ma anche preventivo volto ad evitare o almeno limitare l'ulteriore aggravamento del processo morboso o la disabilità permanente.

Per restituire agli anziani un certo grado di autosufficienza si rendono necessarie strategie diversificate, mirate ad obiettivi limitati ma ugualmente efficaci nel migliorare, talvolta in maniera determinante, la qualità di vita in soggetti destinati altrimenti alla dipendenza totale.

In questo ambito si colloca la figura del terapeuta della riabilitazione che, sulla base delle indicazioni mediche, effettua gli interventi di riabilitazione.

In particolare, vengono svolti individualmente (su richiesta del medico di base e definito da PAI) o tramite fisioterapia di gruppo:

- esercizi volti al miglioramento della mobilità articolare;
- esercizi volti al mantenimento della mobilità articolare;
- esercizi volti ad aumentare la mobilità articolare;
- esercizi volti a rinforzare la muscolatura;

- esercizi volti a migliorare la resistenza fisica;
- esercizi volti a migliorare la coordinazione, etc.

Il terapeuta svolge inoltre un'attività di supporto e consulenza al personale addetto all'assistenza di base ed al personale infermieristico operante nel CDI, allo scopo di ottenere una migliore e a mantenere la capacità motoria degli Utenti.

## Servizi di animazione e socializzazione

Il servizio viene garantito nel rispetto dei parametri previsti della normativa vigente.

Il servizio di Animazione si pone i seguenti obiettivi:

- a) rendere l'anziano attivo e partecipe in modo da soddisfare le sue richieste propositive ed assecondare le espressività creative;
- b) consentire all'anziano di (ri)scoprire alcune potenzialità latenti;
- c) stimolare e mantenere le capacità fisiche e mentali;
- d) provvedere ad una stimolazione percettivo/motoria in casi particolari;
- e) creare un clima di amicizia e di collaborazione tra gli anziani che frequentano il CDI in modo da sollecitare ed intensificare la loro partecipazione alle attività collettive;
- f) mantenere i contatti con la realtà esterna (gruppi di volontariato, associazioni, scolaresche, etc.);
- g) far conoscere le attività e l'organizzazione del CDI;
- h) coinvolgere tutte le figure professionali, i volontari ed i familiari nella progettazione dell'attività di animazione.

Per raggiungere questi obiettivi il servizio di animazione deve rispondere ad alcuni requisiti fondamentali, che possiamo così riassumere:

prevedere interventi sia collettivi che individuali;

- essere versatile ed elastico;
- avere una formulazione varia, differenziando il più possibile le proposte;
- privilegiare interventi di animazione "attiva";
- favorire i contatti con la realtà esterna ed il coinvolgimento dei familiari.

Potranno essere organizzate gite di un giorno il cui costo non è compreso nella retta.

Le attività proposte possono essere, a titolo puramente indicativo, così schematizzate:

### **attività artigianali**

- lavorazione carta, stoffa o altro materiale
- pittura su carta, stoffa, ceramica, etc.
- creazione di piccoli oggetti
- lavori di collage
- lavori a maglia o uncinetto
- cucito
- coltivazione, giardinaggio

### **attività sociali / culturali**

- lettura del giornale con commento
- letture di brani (novelle, racconti, poesie) con commento
- ascolto di brani musicali

# COLISEE

- visite a musei o a manifestazioni culturali
- rappresentazioni o spettacoli
- elaborazione di un giornalino interno

## **Attività ludico/creative**

- gare di carte, dama, etc.
- giochi di vario genere (competitivi e non)
- ginnastica dolce
- feste
- canto/ballo
- corsi di interesse generale

Il Centro Diurno Integrato è aperto alla comunità territoriale con l'obiettivo principale di creare attorno alla persona anziana una rete di relazioni.

## **Assistenza religiosa**

Viene garantito agli Utenti il massimo livello di autodeterminazione possibile, nell'assoluto rispetto delle convinzioni, degli ideali politici, religiosi e morali di ognuno.

Nei locali della adiacente RSA viene celebrata la SS. Messa (solitamente celebrata di martedì) e, a richiesta degli Utenti, viene somministrato il Sacramento della SS. Eucarestia e della Riconciliazione.

Gli Utenti che professano religioni diverse da quella cattolica possono rivolgersi alla direzione del CDI per i contatti con i Ministri degli altri culti.

## **Ristorazione**

La gestione del servizio di ristorazione prevede la preparazione del pranzo e della merenda; a metà mattina viene garantita l'idratazione.

I pasti vengono preparati all'interno della struttura stessa negli appositi locali adibiti a cucina.

I menù sono elaborati da un dietologo, nel rispetto delle abitudini alimentari prevalenti dell'utenza, e consentono una scelta sia in regime normale che dietetico. I menù sono esposti in modo da essere ben visibili agli Utenti e ai parenti, che possono, a richiesta, consumare i pasti insieme agli Utenti.

Si riporta in allegato, a titolo meramente indicativo, un menù tipo (vedi allegato).

Saranno previste inoltre, senza ulteriori addebiti, diete speciali personalizzate qualora vengano richieste dal responsabile medico del CDI.

Il costo dei pasti dei visitatori non è compreso nella retta.

## **Pulizia**

Gli interventi di pulizia e sanificazione dei locali comprendono attività quotidiane e periodiche. I lavori quotidiani sono eseguiti per quanto possibile al di fuori della normale attività al fine di non interferire con le attività previste dai programmi di lavoro e di evitare agli Utenti il benché minimo disagio. Tutti i prodotti usati sono rispondenti alle normative vigenti. Per ciascun prodotto utilizzato sono disponibili a richiesta le caratteristiche tecniche (schede tecniche) ed i dati per la sicurezza nell'uso del prodotto (schede di sicurezza).

Tutte le attrezzature necessarie per l'esecuzione dei lavori di pulizia e sanificazione sono conformi alle prescrizioni antinfortunistiche vigenti.

## **Servizio di trasporto**

Per agevolare il trasferimento da e per il CDI è a disposizione un servizio di trasporto, in aggiunta ai servizi già previsti dal CDI, mediante automezzo attrezzato ed omologato anche per il trasporto di persone in carrozzina. Il servizio di trasporto sarà effettuato con orari funzionali alle attività del centro.

Il servizio non è compreso nella retta.

## **Servizio di podologia, pedicure curativa, estetica e manicure**

Presso il CDI Il Gelso è attivo il servizio esterno di podologia.

Il servizio non è compreso nella retta ed è gestito direttamente dalla residenza tramite personale specializzato.

## **Servizio parrucchiere-barbiere**

Presso il CDI Il Gelso è attivo il servizio di barbiere e parrucchiere su richiesta dell'ospite. Il servizio di shampoo taglio e piega non è compreso nella retta ed è gestito direttamente dalla residenza tramite personale specializzato.

## **La direzione del Centro Diurno Integrato**

Il direttore della struttura si occupa di:

- curare l'integrazione e la funzionalità dei vari settori operativi per il conseguimento dell'obiettivo sia in termini di soddisfacimento dell'Utente, che di rispetto del budget Economico di gestione;
- verificare l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati in termini qualitativi e quantitativi, e nel rispetto delle normative;
- accogliere suggerimenti/osservazioni/reclami dall'Utente e dal familiare al fine di migliorare la qualità del servizio erogato;
- curare che tutto il personale e gli Utenti operino e vengano a trovarsi sempre in condizioni di sicurezza ambientale e personale;
- rilasciare ogni anno agli Utenti nei termini previsti la dichiarazione di cui alla DGR 21 marzo 1997, n. 26316.

## **Servizi amministrativi**

I servizi amministrativi vengono svolti da personale che provvede alla fatturazione e agli incassi.

## **Servizio bar**

All'interno della RSA Il Gelso adiacente al CDI, ed accessibile anche dagli Utenti del CDI stesso, sono presenti dei distributori automatici di bevande calde e fredde, snack e gelati funzionanti a moneta.

Presso la reception è possibile richiedere le chiavette accumulo credito per poter acquistare i prodotti più agevolmente.

## Standard di qualità

### Introduzione agli standard e modalità di verifica

Qualità, competenza e servizio sono elementi fondamentali della strategia aziendale del CDI Il Gelso, tra i cui obiettivi figura: la massima SODDISFAZIONE DEL CLIENTE nel rispetto delle sue aspettative ed esigenze sia implicite che esplicite, in quanto componente essenziale della qualità complessiva dei servizi erogati.

Pertanto, il principio base della politica della qualità è quello di assicurare la completa soddisfazione del cliente attraverso un continuo miglioramento del nostro servizio.

### Somministrazione di customer satisfaction

Per fornire servizi sempre più rispondenti alle esigenze degli Ospiti, periodicamente, viene richiesta ad Ospiti e familiari la compilazione di un questionario di gradimento online gestito dalla piattaforma WeDoxa, società indipendente che agisce come terza parte fidata per sollecitare, moderare e pubblicare le recensioni. Le opinioni sono verificate per fornire al pubblico informazioni affidabili e di qualità, beneficiando di una moderazione chiara ed equa in linea con lo standard ISO 20488. WeDoxa si impegna a pubblicare tutte le recensioni, sia positive che negative, in forma anonima, garantire agli Ospiti il diritto di ritirare la loro recensione, garantire ai professionisti il diritto di replicare alle recensioni. Il questionario presenta una serie di domande a cui il cliente potrà rispondere attribuendo un punteggio da 0 a 10, ed un'area in cui il cliente ha la possibilità di esprimere i propri giudizi liberi. È prevista una rilevazione continua del grado di soddisfazione, con più invii nel corso dell'anno per Ospiti e familiari. Il Direttore della Residenza effettua un'analisi periodica della soddisfazione al fine di individuare i principali aspetti da migliorare e le modalità operative di raggiungimento degli obiettivi.

### Soddisfazione degli operatori

Per monitorare la soddisfazione degli operatori, in particolare la motivazione ed il clima in cui gli operano, periodicamente (almeno una volta all'anno), viene richiesta a tutti gli operatori la compilazione in modo anonimo di un questionario di soddisfazione.

Il questionario presenta una serie di domande a cui gli operatori potranno rispondere attribuendo il proprio grado di soddisfazione, ed un'area dove potranno esprimere i propri giudizi liberi.

Il Direttore ed il Coordinatore del personale effettueranno un'analisi periodica della soddisfazione al fine di individuare i principali aspetti da migliorare e le modalità operative di raggiungimento degli obiettivi.

## Diritti e doveri

### Utente: informazioni, diritti e doveri

Al fine di tutelare i propri Utenti e di salvaguardare la libertà di ognuno, il CDI Il Gelso ha definito alcune basilari regole di convivenza alle quali richiede di attenersi.

### Diritto alla riservatezza

Rappresenta uno dei valori fondamentali per l'anziano Utente del CDI a cui va riconosciuto il diritto di essere accolto nel pieno rispetto della propria dignità di individuo.

Il personale impiegato garantisce il rispetto della privacy degli Utenti, non divulgando informazioni che li riguardano.

Le informazioni relative ai casi dei singoli Utenti sono discusse in sedi riservate e solo alla presenza dell'Utente, dei suoi familiari e del personale addetto all'assistenza.

### Il fumo

All'interno della struttura non è consentito fumare.

### Orari destinati al riposo

Gli Utenti e/o i Visitatori sono tenuti ad evitare rumori che possano recare disturbo agli altri Utenti nelle ore pomeridiane destinate al riposo.

### Recesso e risoluzione del contratto

Il rapporto giuridico instauratosi tra Ente e l'Utente/Terzo è a tempo determinato: per una durata inferiore a 3 anni, oppure per una durata pari a 3 anni prorogabile automaticamente per uguale periodo in caso di mancato recesso da una delle parti.

Qualora l'Utente e/o il Terzo intenda / intendano recedere dal contratto d'ingresso ed ospitalità, dovrà / dovranno dare preavviso all'Ente con comunicazione scritta almeno 30 giorni prima della data determinata ed entro il medesimo termine l'Utente deve lasciare il CDI. Il mancato rispetto del termine di preavviso comporta il pagamento di una somma pari alla retta giornaliera per il numero dei giorni del mancato preavviso.

In caso di decesso la retta decorre fino al giorno del decesso compreso.

Resta fermo l'obbligo da parte dell'Utente e/o del terzo di corrispondere le eventuali rette arretrate e maturate fino alla data indicata nella disdetta come termine della frequentazione del CDI o, in caso di ritardo nell'allontanamento dell'Utente, fino al giorno della dimissione dello stesso.

L'Ente ha facoltà di recedere dal presente contratto e di dimettere l'Utente qualora lo stesso tenga una condotta gravemente incompatibile con la vita comunitaria, commetta ripetute e gravi infrazioni alle regole del CDI e qualora le condizioni dell'Utente siano di grave pregiudizio per la sicurezza degli altri Utenti o per la propria (a titolo esemplificativo in caso di peggioramento delle condizioni cognitive in tal

caso l'Utente verrà indirizzato in un centro specializzato per il trattamento delle demenze). La direzione dovrà comunicare l'insorgere delle condizioni di incompatibilità dell'Utente, all'Utente /al terzo/al tutore/al curatore/all'amministratore di sostegno indicato nel contratto e le dimissioni avverranno non prima di giorni 7 (sette) dall'avvenuta comunicazione di cui sopra ed in forma assistita dal Comune e dall'ATS.

In caso di mancato pagamento nei termini stabiliti contrattualmente, l'Utente e/o il terzo è / sono tenuto / tenuti a corrispondere gli interessi di ritardato pagamento nella misura del tasso legale e comunque, in caso di mancato pagamento entro 10 giorni dalla scadenza, il contratto si intende risolto di diritto e l'Utente ha l'obbligo di lasciare il CDI entro 3 giorni, fatto salvo il diritto dell'Ente di trattenere il deposito cauzionale a soddisfazione totale o parziale di eventuali suoi crediti nei confronti dell'Utente e/o del Terzo ed eventualmente di agire presso le competenti sedi per il recupero dei crediti stessi.

Qualora l'Utente 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 o dalla ATS e non prima di giorni 3 (tre) dall'avvenuta comunicazione al Comune di residenza dell'Utente affinché il medesimo Comune e l'ATS possano prestare la necessaria assistenza.

L'Ente ha facoltà di recedere dal presente contratto e di dimettere l'Utente in ogni altro caso previsto dalle Leggi.

La cartella sanitaria prodotta durante la permanenza dell'Utente nel CDI e la copia della documentazione sanitaria presentata al momento dell'ingresso in struttura potranno essere richieste, con le modalità e nei termini previsti dalla normativa vigente, dagli aventi diritto e previa motivata richiesta scritta. La medesima sarà rilasciata entro 30 (trenta) giorni dalla richiesta previo pagamento dei diritti di segreteria esposti nel tariffario.

In caso di dimissioni o trasferimento ad altra struttura verrà rilasciata dal medico del Centro Diurno una lettera di dimissione. Inoltre, il medico fornirà la propria disponibilità a contattare telefonicamente il medico curante dell'anziano al fine di assicurare la continuità delle cure.

## **Documentazione da presentare al momento dell'ingresso**

L'Utente o i suoi familiari possono rivolgersi all'ufficio URP per ricevere informazioni relative ai documenti e alle condizioni che consentono l'ingresso nel CDI.

## **Urna per i consigli e le segnalazioni**

Al fine di migliorare i servizi offerti e renderli il più possibile adeguati alle esigenze degli Utenti viene istituita un'urna nella quale gli Utenti stessi e i loro familiari possono fare pervenire consigli, segnalare eventi ed episodi o fare considerazioni di qualunque tipo.

## **Rette e costi dei servizi non inclusi nella retta**

Per quanto riguarda le rette applicate e i costi dei servizi non inclusi nella retta si rimanda al tariffario allegato.

L'Ente si riserva la facoltà di aumentare la retta. Dette variazioni devono essere comunicate all'Utente e/o al Terzo per iscritto almeno 30 giorni prima dell'applicazione delle nuove tariffe.

In caso di frequenza settimanale contrattualmente stabilita inferiore a n. 5 (cinque) giorni, è possibile accedere episodicamente al CDI nei restanti giorni di apertura, su richiesta e previa autorizzazione specifica della direzione del CDI. Tali giornate saranno addebitate alla medesima tariffa prevista per la retta giornaliera di riferimento e non potranno essere considerate presenze a compensazione di assenze in giornate contrattualmente stabilite.

Le assenze temporanee comprensive dei ricoveri ospedalieri sono disciplinate come segue:

per le assenze, dovute a qualsivoglia motivo, comunicate alla reception entro le ore 17,00 del giorno non festivo precedente, la retta non sarà addebitata. Le assenze dovute a qualsivoglia motivo, non comunicate nei termini sopra indicati, verranno considerate a tutti gli effetti giornate presenza e daranno seguito all'addebito integrale delle rette giornaliere di riferimento. La fruizione parziale dei servizi erogati nell'intera giornata del CDI non dà diritto a diminuzione della retta giornaliera.

La fruizione parziale dei servizi erogati nell'intera giornata del CDI non dà diritto a diminuzione della retta giornaliera.

L'Ente si impegna in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, a rilasciare la certificazione ai fini della detrazione della quota relativa alla spesa sanitaria nei termini utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

## **Richiesta delle informazioni**

La richiesta di informazioni relative ai servizi offerti, alle modalità di accesso, agli orari, etc. possono essere richieste presso gli uffici della direzione.

## **Consenso informato**

L'Utente ed i suoi familiari sono informati in modo chiaro, esauriente e comprensibile riguardo alle cure e procedure medico-assistenziali messe in atto nel CDI. All'atto dell'ingresso viene richiesto di sottoscrivere apposito modulo circa il consenso informato alle cure e procedure medico-assistenziali.

## **Meccanismo di tutela e verifica**

Il Gelso srl garantisce la funzione di tutela nei confronti dell'Utente anche attraverso la possibilità, offerta a quest'ultimo, di sporgere reclamo a seguito di un disservizio, atto o comportamento degli operatori che ritenga non conformi a criteri di correttezza, cortesia e qualità del servizio.

## Ufficio preposto

Gli eventuali reclami possono essere presentati negli uffici della direzione situati al piano terra, come da orari indicati nella sezione dedicata "Notizie Utili". Vi è inoltre la possibilità di effettuare segnalazione tramite il modulo "reclami" (vedi allegato) da imbucare nell'apposita urna situata all'ingresso della struttura.

## Funzioni

La Direzione provvede a dare al residente/familiare immediata risposta per le segnalazioni e i reclami che si presentano di immediata soluzione o più agevole definizione. Nei casi più complessi la direzione, raccolte informazioni in merito, si attiva per risolvere il reclamo coinvolgendo le funzioni aziendali competenti. Il residente/familiare riceverà, su richiesta, risposta scritta al reclamo in tempi variabili in relazione alla complessità dei fatti e comunque entro 10 gg. dalla formalizzazione del reclamo (vedi allegato).

## Modalità di presentazione del reclamo

L'Utente o i suoi familiari possono presentare reclamo:

- inviando lettera in carta semplice presso la Direzione
- tramite colloquio con il direttore previo appuntamento
- utilizzando l'apposito modulo "reclami" da imbucare nell'apposita urna situata al piano terra, zona hall.

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 52 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|

Casello autostradale e stazione ferroviaria per i collegamenti Milano-Venezia si trovano a Deser

Da Asola e Castiglione delle Stiviere: Bus Linea 8

Da Montichiari: con partenza da Viale G. Marconi, il viaggio ha una durata di 25 minuti circa.

Da Carpenedolo: con partenza da Via Giuseppe Zanardelli, il viaggio ha una durata di 12 minuti

# COLISEE

## Orari

### Ufficio relazioni con il Pubblico (URP) e Direzione

È situato al piano terreno.

Tel: 0376 16 207 25

E-mail: [rsa.ilgelso@colisee.it](mailto:rsa.ilgelso@colisee.it)

Orario di apertura: dal lunedì al venerdì dalle ore 09.30 alle 14.30 (escluso festivi).

### Visite parenti – conoscenti

L'accesso nella struttura per le visite degli Utenti è consentito tutti i giorni di apertura del CDI dalle ore 8.30 alle 17.30. Ogni Utente può ricevere visite, invitare parenti/conoscenti nei locali comuni. È necessario però che tali visite non siano di ostacolo alle attività della struttura e siano tali da non compromettere il rispetto dei diritti degli altri Utenti.

### Pasti

I pasti vengono distribuiti nei seguenti orari:

- Colazione 9:00
- Pranzo dalle ore 12.00
- Merenda dalle ore 15.30

## ALLEGATI

- ALLEGATO 1 – CARTA DEI DIRITTI DELLA PERSONA ANZIANA
- ALLEGATO 2 – TARIFFARIO
- ALLEGATO 3 – PROCEDURA ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO DELL'UTENTE
- ALLEGATO 4 – PROCEDURA DIMISSIONE DELL'UTENTE
- ALLEGATO 5 – SUGGERIMENTI E SEGNALAZIONI
- ALLEGATO 6 – QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI OSPITI/FAMILIARI NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI
- ALLEGATO 7 – QUESTIONARIO SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI
- ALLEGATO 8 – MENÚ INVERNALE e ESTIVO



## CARTA DEI DIRITTI DELLA PERSONA ANZIANA

### **Introduzione**

Gli anziani rappresentano un patrimonio per la società, non solo perché in loro si identifica la memoria culturale di una popolazione, ma anche perché sempre più costituiscono una risorsa umana attiva, un contributo di energie e di esperienze del quale la società può valersi. Questo nuovo ruolo emerge dalla ricerca clinica e sociale che rende ragione della constatazione di un numero sempre maggiore di persone di età anagrafica avanzata ed in buone condizioni psico-fisiche.

Tuttavia esistono delle condizioni nelle quali l'anziano è ancora una persona fragile, sia fisicamente che psichicamente, per cui la tutela della sua dignità necessita di maggiore attenzione nell'osservanza dei diritti della persona, sanciti per la generalità dei cittadini. La valorizzazione del ruolo dei più anziani e della loro cultura si fonda sull'educazione della popolazione al riconoscimento ed al rispetto dei loro diritti, oltre che sull'adempimento puntuale di una serie di doveri da parte della società. Di questi, il primo è la realizzazione di politiche che garantiscano ad un anziano di continuare ad essere parte attiva nella nostra società, ossia che favoriscano la sua condivisione della vita sociale, civile e culturale della comunità.

Questo documento vuole indirizzare l'azione di quanti operano a favore di persone anziane, direttamente o indirettamente, come singoli cittadini oppure all'interno di:

- istituzioni responsabili della realizzazione di un valore pubblico (ospedali, residence sanitario-assistenziali, scuole, servizi di trasporti ed altri servizi alla persona sia pubblici che privati);
- agenzie di informazione e, più in generale, mass media;
- famiglie e formazioni sociali.

Con loro condividiamo l'auspicio che i principi qui enunciati trovino la giusta collocazione all'interno della attività quotidiana, negli atti regolativi di essa quali Statuti, Regolamenti o Carte dei Servizi, nei suoi indirizzi programmatici e nelle procedure per la realizzazione degli interventi.

Richiamiamo in questo documento alcuni dei principi fondamentali dell'ordinamento giuridico italiano:

*il principio "di giustizia sociale", enunciato nell'articolo 3 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana.*

La letteratura scientifica riporta che lo sviluppo pieno della persona umana è un processo continuo, non circoscrivibile in una classe di età particolare poiché si estende in tutto l'arco della vita;

*il principio "di solidarietà",* enunciato nell'articolo 2 della Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiedere l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

A queste espressioni di solidarietà inderogabili vanno affiancate quelle proprie della libera partecipazione del cittadino al buon funzionamento della società e alla realizzazione del bene comune, pure finalizzate alla garanzia della effettiva realizzazione dei diritti della persona;

*il principio "di salute",* enunciato nell'articolo 32 della nostra Costituzione, là dove si ritiene compito della Repubblica tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantire cure gratuite agli indigenti.

Va inoltre ricordato che, al concetto di salute affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella dichiarazione di Alma Ata (1978) come equilibrio fisico, psichico e sociale, si è affiancato il concetto di promozione della salute della dichiarazione di Ottawa (1986).

### **La persona anziana al centro di diritti e di doveri.**

Non vi è dunque contraddizione tra asserire che la persona gode, per tutto l'arco della sua vita, di tutti i diritti riconosciuti ai cittadini dal nostro ordinamento giuridico e adottare una carta dei diritti specifica per i più anziani: essa deve favorire l'azione di educazione al riconoscimento ed al rispetto di tali diritti insieme con lo sviluppo delle politiche sociali, come si è auspicato nell'introduzione.

| La persona ha il DIRITTO                                                                                                                                                                                   | La società e le Istituzioni hanno il DOVERE                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| di sviluppare e conservare la propria individualità e libertà.                                                                                                                                             | di rispettare l'individualità di ogni persona anziana, riconoscendone i bisogni e realizzando gli interventi ad essi adeguati, con riferimento a tutti i parametri della sua qualità di vita e non in funzione esclusivamente della sua età anagrafica.                     |
| di conservare e veder rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze, opinioni e sentimenti.                                                                                   | di rispettare credenze, opinioni e sentimenti delle persone anziane, anche quando essi dovessero apparire anacronistici o in contrasto con la cultura dominante, impegnandosi a coglierne il significato nel corso della storia della popolazione.                          |
| di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando esse dovessero apparire in contrasto con i comportamenti dominanti nel suo ambiente di appartenenza. | di rispettare le modalità di condotta della persona anziana, compatibili con le regole della convivenza sociale, evitando di "correggerle", e di "deriderle", senza per questo venire meno all'obbligo di aiuto per la sua migliore integrazione nella vita della comunità. |

|                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| di conservare la libertà di scegliere dove vivere.                                                                                                                                     | di rispettare la libera scelta della persona anziana di continuare a vivere nel proprio domicilio, garantendo il sostegno necessario, nonché, in caso di assoluta impossibilità, le condizioni di accoglienza che permettano di conservare alcuni aspetti dell'ambiente di vita abbandonato.                                                                                                                                |
| di essere accudita e curata nell'ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa.                                                                                       | di accudire e curare l'anziano fin dove è possibile a domicilio, se questo è l'ambiente che meglio stimola il recupero o il mantenimento della funzione lesa, fornendo ogni prestazione sanitaria e sociale ritenuta praticabile ed opportuna. Resta comunque garantito all'anziano malato il diritto al ricovero in struttura ospedaliera o riabilitativa per tutto il periodo necessario per la cura e la riabilitazione. |
| di vivere con chi desidera.                                                                                                                                                            | di favorire, per quanto possibile la convivenza della persona anziana con i familiari, sostenendo opportunamente questi ultimi e stimolando ogni possibilità di integrazione.                                                                                                                                                                                                                                               |
| di avere una vita di relazione.                                                                                                                                                        | di evitare nei confronti dell'anziano ogni forma di ghettizzazione che gli impedisca di interagire liberamente con tutte le fasce di età presenti nella popolazione.                                                                                                                                                                                                                                                        |
| di essere messa in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, la propria originalità e creatività.                                                                       | di fornire ad ogni persona di età avanzata la possibilità di conservare e realizzare le proprie attitudini personali, di esprimere la propria emotività e di percepire il proprio valore, anche se soltanto di carattere affettivo.                                                                                                                                                                                         |
| di essere salvaguardata da ogni forma di violenza fisica e/o morale.                                                                                                                   | di contrastare, in ogni ambito della società, ogni forma di sopraffazione e prevaricazione a danno degli anziani.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| di essere messa in condizione di godere e di conservare la propria dignità e il proprio valore, anche in casi di perdita parziale o totale della propria autonomia ed autosufficienza. | di operare perché, anche nelle situazioni più compromesse e terminali, siano supportate le capacità residue di ogni persona, realizzando un clima di accettazione, di condivisione e di solidarietà che garantisca il pieno rispetto della dignità umana.                                                                                                                                                                   |

### **La tutela dei diritti riconosciuti**

È opportuno ancora sottolineare che il passaggio, dalla individuazione dei diritti di cittadinanza riconosciuti dall'ordinamento giuridico alla effettività del loro esercizio nella vita delle persone anziane, è assicurato dalla creazione, dallo sviluppo e dal consolidamento di una pluralità di condizioni che vedono implicate le responsabilità di molti soggetti. Dall'azione di alcuni di loro dipendono l'allocazione delle risorse (organi politici) e la crescita della sensibilità sociale (sistema dei media, dell'istruzione e dell'educazione).

Tuttavia, se la tutela dei diritti delle persone anziane è certamente condizionata da scelte di carattere generale proprie della sfera della politica sociale, non di minor portata è la rilevanza di strumenti di garanzia che quella stessa responsabilità politica ha voluto: il difensore civico regionale e locale, l'ufficio di pubblica tutela (UPT) e l'Ufficio di Relazione con il Pubblico (URP). Essi costituiscono un punto di riferimento informale, immediato, gratuito e di semplice accesso per tutti coloro che necessitano di tutela. È constatazione comune che larga parte dei soggetti che si rivolgono al difensore civico, agli UPT e agli URP è costituita da persone anziane.

È necessario che lo sviluppo di questa rete di garanzia sia incentivato in tutto l'ambito sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale in sede di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento di tutti i servizi della Regione Lombardia.

## TARIFFARIO

La retta a carico dell'Utente è pari a:

- € 200,00 (Duecento/00), quale quota fissa mensile
- € 16,00 (sedici/00) quota giornaliera per ogni giorno di frequenza a tempo pieno
- € 13,00 (tredici/00) quota giornaliera per ogni giorno di frequenza part time
- € 30,00 (trenta/00) quota mensile per il trasporto A/R dei residenti (a richiesta)

Per i residenti a Castel Goffredo da più di 10 anni (anche per periodi disgiunti) verrà applicata una riduzione del 5% rispetto alla tariffa annualmente esposta agli ospiti.

N.B. i prezzi dei servizi si intendono + IVA se dovuta ai termini di legge.

Il pagamento della retta mensile dovrà avvenire entro e non oltre il mese 5 del mese successivo a quello in cui l'utente ha ricevuto le prestazioni, tramite bonifico bancario/assegno a favore di "Il Gelso srl". Ogni altra modalità di pagamento diversa da quelle ordinarie predette deve essere concordata con l'Ente. Entro lo stesso termine dovrà avvenire il pagamento delle spese relative ai servizi extra rette usufruiti nel mese.

All'atto della sottoscrizione del **contratto di ingresso ed ospitalità** ed al perfezionamento dello stesso, è richiesto il versamento di un deposito cauzionale di importo pari a € 200,00 (duecento/00). Il deposito cauzionale sarà restituito entro il giorno 30 del mese successivo a quello in cui la frequenza del CDI ha avuto luogo.

### **Servizi compresi nella retta:**

***I Servizi sanitario assistenziali*** (secondo quanto stabilito nel Piano Assistenziale Individuale e nel rispetto della normativa vigente)

- Assistenza di base
- Assistenza infermieristica
- Assistenza riabilitativa
- Assistenza Medica
- Animazione e socializzazione

### ***I Servizi di supporto alla persona***

- Servizio di trasporto da e per il CDI solo per gli utenti residenti e domiciliati nel comune di Castel Goffredo e negli orari programmati e comunicati dalla direzione del CDI.
- Servizio di barbiere e parrucchiere (shampoo, taglio e piega al massimo una volta al mese)
- Servizio di podologia/pedicure curativa secondo le esigenze individuate dall'équipe medica del CDI

- Servizio di trasporto sanitario per le esigenze individuate dall'équipe medica del CDI e comunque all'interno dei giorni e degli orari di frequenza del CDI
- Servizio di trasporto sociale per le esigenze individuate dall'équipe multidisciplinare del CDI e comunque all'interno dei giorni e degli orari di frequenza del CDI
- Assistenza religiosa
- Servizi amministrativi

### ***Servizi Alberghieri***

- Ristorazione completa (bevande incluse), escluse la cena, secondo quanto previsto dal menù del CDI e/o dall'equipe medica del CDI
- Pulizia degli ambienti e manutenzione aree verdi;
- Hall – Reception – Centralino;
- Televisori nei soggiorni comuni e relativi oneri
- Riscaldamento e raffrescamento di tutti gli ambienti.

### ***Servizi non compresi nella retta***

- Cena
- Servizio di trasporto da e per il CDI per gli Utenti non residenti o non domiciliati nel Comune di Castel Goffredo oppure al di fuori degli orari programmati e comunicati dalla direzione del CDI
- Servizio di lavanderia e Stireria
- Trasporti sanitari per esigenze non individuate dall'équipe sanitaria del CDI e/o ai fuori dei giorni e degli orari di frequenza del CDI
- Trasporti sociali per esigenze non individuate dall'équipe sanitaria del CDI e/o ai fuori dei giorni e degli orari di frequenza del CDI
- Farmaci, parafarmaci, presidi ed ausili sanitari e per incontinenti
- Servizio barbiere/parrucchiere per prestazioni di shampoo, taglio e piega con cadenza superiore a quella mensile
- Servizi di parrucchiere per prestazioni extra quali tinta, permanente, ecc. con cadenza superiore a quella mensile
- Servizio di Podologia/pedicure curativa
- Servizio di pedicure estetica
- Servizio di manicure estetica e/o curativa
- Spese telefoniche personali degli Ospiti e dei loro visitatori
- Consumazioni ai distributori automatici di bevande e snack (è possibile richiedere la "chiavetta accumula credito" previo versamento di una cauzione di €5,00)
- I pasti consumati dai visitatori
- Visite specialistiche
- Gite di una giornata
- Vacanze estive e/o invernali
- Diritti di segreteria per copie cartelle cliniche
- Spese di incasso per pagamento effettuato tramite assegno

- Tutto quanto non esplicitamente previsto nell'art. 5 del "Contratto d'Ingresso ed Ospitalità"
- Servizi non previsti dalla normativa vigente

**I prezzi dei servizi a pagamento forniti nel CDI sono i seguenti:**

- Cena € 5,00 (cinque/00)
- Spese telefoniche: costo del gestore telefonico con maggiorazione del 100%
- Taglio e/o piega extra: come da tariffario affisso in bacheca
- Pasto visitatori: menu ordinari € 12,00 (dodici/00); menù domenica e festivi € 15,00 (quindici/00); menù speciali in festività secondo comunicazione
- Copia cartelle cliniche: € 0,50 a pagina
- Servizi di manicure, pedicure, podologia extra: come da tariffario affisso in bacheca
- Servizio di lavanderia per indumenti intimi che prevedono lavaggio ad acqua e solo asciugatura in essiccatoio: forfait fino a 10 capi € 4,00 (quattro/00)
- Spese di incasso per pagamento effettuato tramite assegno € 5,00 (cinque/00)

**N.B. I prezzi dei servizi si intendono + IVA se dovuta ai termini di legge.**

**SCOPO**

Il presente documento fornisce gli elementi necessari per definire la gestione dell'accoglienza, presa in carico dell'Utente.

**APPLICABILITÀ**

Il presente documento si applica al CDI Il Gelso di Castel Goffredo (MN).

**RESPONSABILITÀ**

Le responsabilità sono descritte all'interno della presente procedura.

**MODALITÀ OPERATIVE****Accoglienza**

Il momento dell'ingresso di un Utente rappresenta un passaggio importante che determina un cambiamento, a volte definitivo, nella vita della persona stessa. Per questo motivo è importante che il potenziale Utente ed i suoi familiari vengano informati dettagliatamente dal personale preposto circa:

- La tipologia di utenza che accoglie la Struttura;
- I servizi erogati in termini qualitativi e quantitativi;
- Le rette praticate;
- La possibilità di accedere a contributi pubblici;
- La possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico, in tutti i casi in cui sia negato o limitata la fruibilità delle prestazioni;
- La possibilità di accedere all'ufficio di relazioni con il pubblico, all'ufficio di pubblica tutela dell'ATS competente.

È data inoltre la possibilità di visitare la struttura per prendere visione degli spazi, dei locali comuni e delle aree esterne e verificare così il gradimento degli ambienti.

Prima dell'inserimento, al fine di consentire un'adeguata accoglienza dell'Utente, i familiari prendono contatto con la direzione e gli uffici amministrativi al fine di sbrigare le pratiche burocratiche e fornire informazioni sull'Utente circa:

- dati anagrafici;
- dati sociali (abitudini di vita, hobby, esigenze spirituali etc.);
- stato di salute;
- situazione economica;
- situazione familiare.

Tali informazioni potranno essere raccolte ove possibile nel corso di una visita domiciliare pre-ingresso, durante un incontro con il familiare e l'Utente oppure attraverso la segnalazione da parte di strutture o Enti competenti.

Tutte le informazioni raccolte saranno trasmesse al personale di competenza per ruolo e mansione al trattamento dei dati stessi.

Stabilito il giorno d'ingresso dell'Utente, il personale preposto informerà gli operatori tramite comunicazione scritta, indicando tra l'altro l'ora dell'ingresso, eventuali ausili per la prevenzione delle lesioni da decubito, prenotazione pasti.

L'Utente e la famiglia riceveranno la Carta dei Servizi ed il personale preposto alla fase di accoglienza registrerà l'elenco sia dei documenti ricevuti dall'Utente entrante, sia di quelli a lui consegnati assumendo evidenza dello scambio di informazioni.

Al momento dell'ingresso il personale preposto all'accoglienza, con la collaborazione del nuovo utente e/o dei suoi famigliari, completerà la documentazione al fine dell'assunzione di tutte le informazioni ritenute necessarie per conoscere l'Utente sotto i vari aspetti.

L'Utente verrà accompagnato dal personale a visitare la struttura, verranno mostrati tutti gli spazi ed i locali comuni. L'operatore mostrerà al nuovo Utente il corretto utilizzo del bagno, e del campanello di chiamata.

L'Utente successivamente verrà sottoposto a visita medica volta a verificare le sue condizioni psico-fisiche generali e verranno date indicazioni specifiche agli operatori attraverso la compilazione della modulistica in dotazione.

#### **Ulteriori informazioni**

È necessario raccogliere i recapiti telefonici delle persone di riferimento dell'Utente da contattare in caso di necessità. Nel caso in cui non esistano persone di riferimento sarà necessario segnalare i recapiti telefonici dei servizi sociali.

#### **P.I. (Piano individuale) e del P.A.I.**

Dopo un periodo di osservazione dall'ingresso, e comunque entro 30 giorni dall'accoglienza e presa in carico dell'utente, l'Equipe Multidisciplinare provvede alla stesura del P.I. (Piano individuale) e del P.A.I. (Piano assistenziale individuale) definendo i problemi ed i bisogni dell'utente.

#### **FASAS**

All'ingresso dell'utente è predisposto il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FASAS) dell'utente.

Il FASAS è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito, e si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta.

Il FASAS è comprensivo:

- delle sezioni anamnestiche;
- della sezione relativa all'analisi/valutazione;

- della sezione relativa al percorso dell'utente nell'unità d'offerta. Costituiscono parte

indispensabile di tale sezione la presenza:

- del P.I. (Progetto Individuale);
- del P.A.I. (Piano assistenziale individuale);
- i Diari delle figure professionali coinvolte nella Progettazione e nella Pianificazione;
- i fogli unici di terapia farmacologica ove prevista;

della sezione relativa alla modulistica comprendente:

- i moduli riferiti alla tutela della privacy redatti secondo la normativa vigente e firmati;
- i moduli relativi al consenso informato per gli specifici atti sanitari proposti;
- la documentazione (anche in copia) relativa alla tutela giuridica della persona, se ed ove prevista.

+

Rev. 0 valida dal 01/01/2020

Redatto da Resp. Qualità Elena Molinaro e Risk Manager Dott. Sergio Sgambetterra Validato da Risk Manager Dott. Sergio Sgambetterra

## SCOPO

Il presente documento fornisce gli elementi necessari per effettuare una corretta dimissione dell'utente.

## APPLICABILITÀ

Il presente documento si applica al CDI Il Gelso di Castel Goffredo (MN).

## RESPONSABILITÀ

Le responsabilità sono descritte all'interno della presente procedura.

## MODALITÀ OPERATIVE

L'Ufficio Amministrativo informerà la reception e tutto il personale circa il giorno e l'ora delle dimissioni di un Utente, affinché si provveda a:

- raccogliere e ordinare tutti gli effetti personali dell'Utente in modo che siano disponibili per il giorno delle dimissioni.
- raccogliere la documentazione clinica consegnata al momento dell'ingresso.

Inoltre, verifica che i familiari siano in grado di accompagnare l'utente al proprio domicilio, altrimenti verrà avvisato il servizio di autambulanza.

**Il medico** prepara per il giorno della dimissione la relazione clinica di dimissione che deve contenere:

- dati dell'utente e data di ingresso in CDI
- anamnesi dell'utente
- condizioni cliniche e delle autonomie all'ingresso
- epicrisi del periodo trascorso in CDI comprendente l'evoluzione clinica, delle autonomie, del quadro cognitivo relazionale, e dei PI/PAI
- terapia alla dimissione
- ultimi test somministrati, inclusa la valutazione del rischio caduta

Dovrà essere trattenuta copia di tale relazione clinica di dimissioni controfirmata dall'Utente o dai famigliari a seconda dei casi.

Andranno inoltre restituiti all'utente tutti i documenti sanitari prodotti dalla stessa all'ingresso dando evidenza della documentazione stessa consegnata ed eventuali ausili per la mobilizzazione/postura.

**Pertanto, è necessaria l'evidenza della consegnata documentazione, e della presa in consegna dell'Utente stesso da parte dei famigliari ove presenti.**

### **Raccolta della documentazione in caso di dimissione**

Al momento della dimissione di un Ospite si ricorda a tutte le figure professionali che sono tenute a raccogliere tutti i documenti relativi all'ospite per consegnarli all'infermiere in turno, il quale provvederà ad inserirli nel FASAS.

Successivamente il coordinatore infermieristico e/o il medico della struttura provvede a archiviare in una cartellina la documentazione relativa all'ospite che dovrà essere conservata in un luogo chiuso secondo le disposizioni di legge in vigore.

### **Trasferimenti**

Sono regolamentate con le medesime modalità i trasferimenti interni verso altra diversa UdO interna o in caso di richiesta di ammissione nella RSA.

Rev. 0 valida dal 01/01/2020

Redatto da Resp. Qualità Elena Molinaro e Risk Manager Dott. Sergio Sgambetterra Validato da Risk Manager Dott. Sergio Sgambetterra

## SUGGERIMENTI E SEGNALAZIONI

|                    |  |    |  |
|--------------------|--|----|--|
| Struttura servizio |  |    |  |
| Città              |  | Pr |  |

[illegible]

Data di compilazione

Firma

La sua soddisfazione  
è la nostra priorità  
Siamo disponibili  
ad ascoltarla



**Come lasciare la tua opinione?**  
Chiedi al servizio accoglienza

La sua opinione è importante:  
la condivide con noi.

**COLISEE**  
Essere sé stessi.

 **WeDoxa**  
Recensioni autentiche

## QUESTIONARIO DIPENDENTI

IN GENERALE, È SODDISFATTO DI LAVORARE NELLA STRUTTURA?

No, per niente

Sì, completamente

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

IN CHE MISURA CONSIGLIEREBBE LA STRUTTURA COME LUOGO DI LAVORO?

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

COME GIUDICA IL RAPPORTO CON I SUOI COLLEGHI

**La collaborazione tra colleghi**

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**La solidarietà tra colleghi**

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**L'atmosfera tra colleghi**

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

## COME GIUDICA IL RAPPORTO CON IL SUO SUPERIORE?

### Predisposizione all'ascolto

Insufficiente

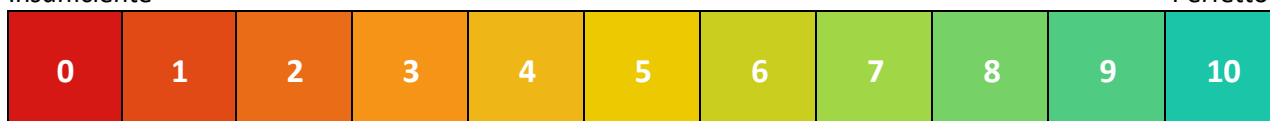
Perfetto!



### Comunicazione

Insufficiente

Perfetto!



### La spiegazione delle decisioni

Insufficiente

Perfetto!



### Il livello di autonomia

Insufficiente

Perfetto!



### Il riconoscimento del vostro lavoro

Insufficiente

Perfetto!

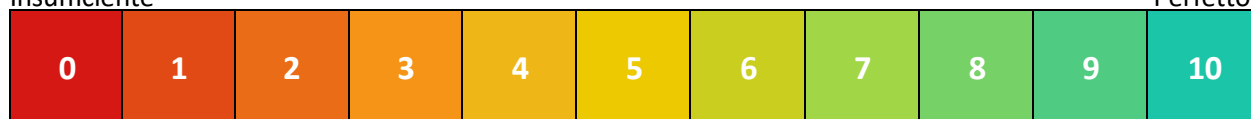


## COME VALUTATE LE POSSIBILITÀ DI CARRIERA?

### La formazione offerta

Insufficiente

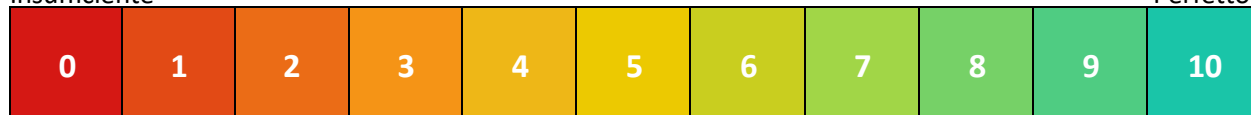
Perfetto!



### Supporto alla carriera

Insufficiente

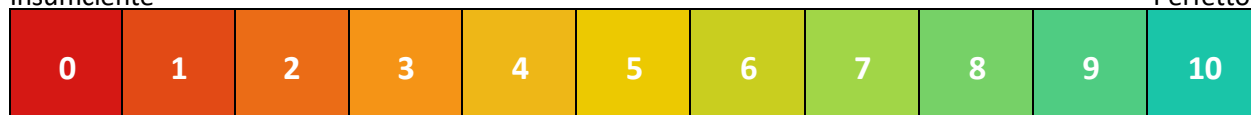
Perfetto!



### Opportunità di mobilità interna

Insufficiente

Perfetto!

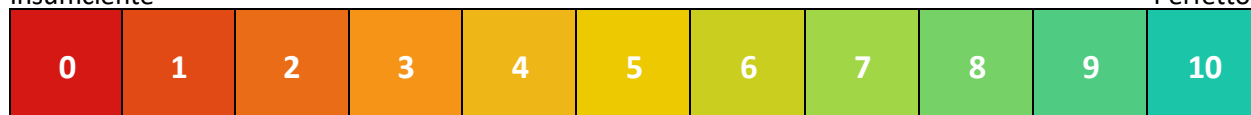


## COME VALUTA IL SIGNIFICATO ATTRIBUITO AL SUO LAVORO?

### L'utilità del mio lavoro

Insufficiente

Perfetto!



### I valori dell'azienda

Insufficiente

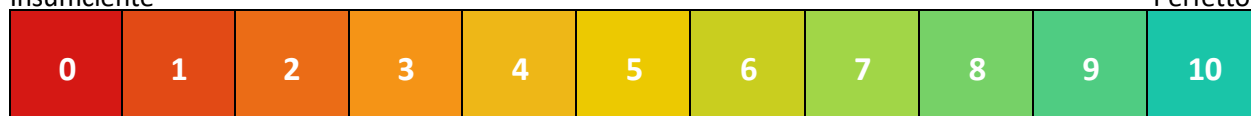
Perfetto!



### I progetti e le attività del gruppo

Insufficiente

Perfetto!



## COME VALUTA LE CONDIZIONI DI LAVORO?

### L'ambiente di lavoro

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

### Rispetto della vita privata

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

### L'organizzazione del mio lavoro

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

### Il materiale fornito

Insufficiente

Perfetto!

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Q10: Qualora dovessi segnalare un atto di molestia, un atto di maltrattamento, o qualsiasi altro incidente (evento) grave, sono a conoscenza dei mezzi a mia disposizione per effettuare un reclamo/segnalazione?**

Sì

No

Se non vuole più ricevere queste e-mail, contatti l'amministratore o il servizio clienti WizVille all'indirizzo e-mail [support@wizville.fr](mailto:support@wizville.fr)

Tutti i dati sono crittografati, i dati clienti (dati personali) che non provengono da piattaforme di avviso pubblico sono riservati. Non possono in nessun caso essere utilizzati all'esterno dell'azienda e su base personale a pena di gravi sanzioni professionali e penali.

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 1 SETTIMANA (1/2)

|           | PRANZO                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al ragù di verdure*</li> <li>• Minestra con orzo*</li> <li>• Polenta e gorgonzola</li> <li>• Luganega</li> <li>• Spinaci alla parmigiana*</li> </ul>                     |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risotto ai funghi*</li> <li>• Minestrone con pasta*</li> <li>• Cotechino</li> <li>• Bastoncini di merluzzo*</li> <li>• Fagiolini in umido</li> </ul>                           |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gnocchi di patate al pomodoro*</li> <li>• Crema di carote con pasta*</li> <li>• Arista al latte</li> <li>• Fil di platessa olio e limone*</li> <li>• Verza brasata*</li> </ul> |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bavette al ragù di carne</li> <li>• Passato di verdura con pasta*</li> <li>• Fegato alla veneziana*</li> <li>• Scaloppine</li> <li>• Piselli in umido*</li> </ul>              |
| VENERDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al tonno</li> <li>• Minestra di riso e bietola*</li> <li>• Torta alle erbe*</li> <li>• Cordon bleu*</li> <li>• Spinaci all'olio*</li> </ul>                              |

Nel menu si possono trovare alimenti surgelati o congelati (\*).

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati.

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia.

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 1 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti                 | Contorni       |
|-------------------------|--------------------------------|----------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne              | Verdure fresca |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano/formaggi misti      | Purè           |
| Pasta in brodo di carne | Pollo lesso/bistecche ai ferri | Patate fresche |
| Caffè/caffelatte        | Omog. Carne                    |                |
|                         | Tonno                          |                |
|                         | affettato                      |                |
|                         | yogurt                         |                |
|                         | Uova sode                      |                |
|                         |                                |                |
|                         |                                |                |

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 2 SETTIMANA (1/2)

|           | PRANZO                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta all'amatriciana</li> <li>• Crema di carote con pasta</li> <li>• Fil di platessa</li> <li>• Hamburger</li> <li>• Carote all'olio</li> </ul>                          |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risotto scamorza e radicchio</li> <li>• Minestrone*</li> <li>• Spezzatino di vitellone</li> <li>• Prosciutto Praga</li> <li>• Purè di patate</li> </ul>                   |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta alle erbe fini</li> <li>• Crema di legumi*</li> <li>• Lingua in salsa verde*</li> <li>• Polpette di carne*</li> <li>• Broccoli aglio, olio, peperoncino*</li> </ul> |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta allo zola</li> <li>• Passato di verdura con legumi*</li> <li>• Arrosto di maiale</li> <li>• Cotoletta di pesce*</li> <li>• Bieta al burro*</li> </ul>               |
| VENERI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risotto alla marinata*</li> <li>• Crema di patate*</li> <li>• Merluzzo alla vicentina con polenta*</li> <li>• Uova sode</li> <li>• Fagiolini in umido</li> </ul>          |

Nel menu si possono trovare alimenti surgelati o congelati (\*).

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati.

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia.

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 2 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti                 | Contorni       |
|-------------------------|--------------------------------|----------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne              | Verdure fresca |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano/formaggi misti      | Purè           |
| Pasta in brodo di carne | Pollo lesso/bistecche ai ferri | Patate fresche |
| Caffè/caffelatte        | Omog. Carne                    |                |
|                         | Tonno                          |                |
|                         | affettato                      |                |
|                         | yogurt                         |                |
|                         | Uova sode                      |                |
|                         |                                |                |
|                         |                                |                |

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 3 SETTIMANA (1/2)

|           | PRANZO                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risotto alla zucca*</li> <li>• Passato di verdura*</li> <li>• Pollo alla cacciatora</li> <li>• Porchetta</li> <li>• Carote all'olio*</li> </ul>                 |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penne all'amatriciana</li> <li>• Crema di verdure*</li> <li>• Filetto di platessa impanato*</li> <li>• Bastoncini di merluzzo*</li> <li>• cannellini</li> </ul> |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• chicche di patate al pomodoro e ricotta*</li> <li>• minestrone*</li> <li>• svizzera di equino</li> <li>• polpette*</li> <li>• piselli all'olio*</li> </ul>      |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasta di carciofi*</li> <li>• passato di legumi*</li> <li>• brasato con polenta</li> <li>• pizza margherita*</li> <li>• verza brasata*</li> </ul>               |
| VENERDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• risotto ai funghi*</li> <li>• crema di cipolle*</li> <li>• filetto di persico al forno con verdure*</li> <li>• cordon bleu*</li> <li>• patate lesse*</li> </ul> |

Nel menu si possono trovare alimenti surgelati o congelati (\*).

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati.

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia.

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 3 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti                 | Contorni       |
|-------------------------|--------------------------------|----------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne              | Verdure fresca |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano/formaggi misti      | Purè           |
| Pasta in brodo di carne | Pollo lesso/bistecche ai ferri | Patate fresche |
| Caffè/caffelatte        | Omog. Carne                    |                |
|                         | Tonno                          |                |
|                         | affettato                      |                |
|                         | yogurt                         |                |
|                         | Uova sode                      |                |
|                         |                                |                |
|                         |                                |                |

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 4 SETTIMANA (1/2)

|           | PRANZO                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• penne ai funghi*</li> <li>• crema di legumi misti*</li> <li>• luganega al sugo</li> <li>• bon roll</li> <li>• cavolfiore al vapore*</li> </ul>                           |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• risotto alla mantovana*</li> <li>• minestra con bietole*</li> <li>• filetto di platessa panato</li> <li>• polpette di carne*</li> <li>• zucchine trifolate*</li> </ul>   |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasta con cime di rapa e fontina*</li> <li>• vellutata di carote*</li> <li>• pollo alla gonzaga</li> <li>• prosciutto di Praga</li> <li>• fagiolini in umido*</li> </ul> |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasta alle zucchine*</li> <li>• passato di verdura con pasta*</li> <li>• manzo all'olio</li> <li>• trapezio gratinato*</li> <li>• piselli in umido*</li> </ul>           |
| VENERDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• spaghetti alle vongole*</li> <li>• crema di patate*</li> <li>• fil. Di merluzzo al sugo con polenta*</li> <li>• polpette</li> <li>• biete all'olio*</li> </ul>           |

Nel menu si possono trovare alimenti surgelati o congelati (\*).

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati.

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia.

## MENU AUTUNNO/INVERNO – 4 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti                 | Contorni       |
|-------------------------|--------------------------------|----------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne              | Verdure fresca |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano/formaggi misti      | Purè           |
| Pasta in brodo di carne | Pollo lesso/bistecche ai ferri | Patate fresche |
| Caffè/caffelatte        | Omog. Carne                    |                |
|                         | Tonno                          |                |
|                         | affettato                      |                |
|                         | yogurt                         |                |
|                         | Uova sode                      |                |
|                         |                                |                |
|                         |                                |                |

## MENU PRIMAVERA/ESTATE – 1 SETTIMANA (1/2)

|           | PRANZO                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al pesto</li> <li>• Passato* di verdura con pasta</li> <li>• Scaloppina di pollo* al limone</li> <li>• Polpette al forno*</li> <li>• Spinaci*</li> </ul>                   |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta alla provenzale</li> <li>• Passato* di verdura con crostini</li> <li>• Filetto di platessa impanato*</li> <li>• Hamburger alla pizzaiola*</li> <li>• Fagiolini*</li> </ul> |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta alle zucchine* e basilico</li> <li>• Minestrone* con pasta</li> <li>• Spezzatino di manzo</li> <li>• Uova sode</li> <li>• Purè di patate*</li> </ul>                       |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risotto alla mantovana</li> <li>• Minestra di bietole*</li> <li>• Pollo alla cacciatora</li> <li>• Cotoletta di pesce</li> <li>• Tris di verdure*</li> </ul>                     |
| VENERDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta alle acciughe</li> <li>• Passato* di verdura con pasta</li> <li>• Filetto di limanda olive e capperi*</li> <li>• Porchetta</li> <li>• Peperonata*</li> </ul>               |

I piatti contrassegnati con \* possono contenere materie prime surgelate all'origine.

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI

SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia.

## MENU PRIMAVERA/ESTATE – 1 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti             | Contorni       | Pane/ frutta              |
|-------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne          | Verdure fresca | Pane                      |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano                 | Purè           | Grissini                  |
| Pasta in brodo di carne | Formaggi misti a rotazione | Patate fresche | Cracker                   |
| Caffè/caffelatte        | Pollo lesso                |                |                           |
|                         | Omog. Carne                |                | Frutta fresca di stagione |
|                         | Tonno                      |                | Frutta Cotta              |
|                         | Affettato a rotazione      |                |                           |
|                         | Yogurt                     |                |                           |
|                         | Bistecca ai ferri          |                |                           |
|                         | Uova sode                  |                |                           |

## MENU PRIMAVERA/ESTATE – 2 SETTIMANA (1/2)

|           | PRANZO                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta alla norma*</li> <li>• Passato* di carote* con pasta</li> <li>• Coscette di pollo alla cacciatora*</li> <li>• Polpette al forno*</li> <li>• Patate*</li> </ul>                            |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risotto alla milanese</li> <li>• Minestra di bietole*</li> <li>• Filetto di merluzzo gratinato*</li> <li>• Hamburger gustosi*</li> <li>• Fagiolini*</li> </ul>                                  |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gnocchi al gorgonzola</li> <li>• Minestra di piselli*</li> <li>• Arrosto di vitello</li> <li>• Cotoletta di pesce*</li> <li>• Patate* arrosto</li> </ul>                                        |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al pesto</li> <li>• Minestra di sedano e pasta</li> <li>• Scaloppina di pollo alle erbe fini*</li> <li>• Pizza Margherita*</li> <li>• Ratatouille (Carote, Fagiolini, Patate)*</li> </ul> |
| VENERDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al pomodoro</li> <li>• Crema di zucchine* con pasta</li> <li>• Merluzzo olio e limone*</li> <li>• Cotoletta di pollo*</li> <li>• Zucchine* gratinate</li> </ul>                           |

I piatti contrassegnati con \* possono contenere materie prime surgelate all'origine.

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI

SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia.

## MENU PRIMAVERA ESTATE – 2 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti             | Contorni       | Pane/ frutta              |
|-------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne          | Verdure fresca | Pane                      |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano                 | Purè           | Grissini                  |
| Pasta in brodo di carne | Formaggi misti a rotazione | Patate fresche | Cracker                   |
| Caffè/caffelatte        | Pollo lesso                |                |                           |
|                         | Omog. Carne                |                | Frutta fresca di stagione |
|                         | Tonno                      |                | Frutta Cotta              |
|                         | Affettato a rotazione      |                |                           |
|                         | Yogurt                     |                |                           |
|                         | Bistecca ai ferri          |                |                           |
|                         | Uova sode                  |                |                           |

## MENU PRIMAVERA/ESTATE – 3 SETTIMANA (1/2)

|           | <b>PRANZO</b>                                                                                                                                                                                                             |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta alla provenzale</li> <li>• Passato di verdure* con pasta</li> <li>• Arrosto di tacchino con verdure</li> <li>• Cotoletta di pesce*</li> <li>• Carote profumate*</li> </ul> |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta con salsiccia</li> <li>• Crema di patate* con pasta</li> <li>• Pollo alla gonzaga*</li> <li>• Polpette*</li> <li>• Fagiolini* aglio e olio</li> </ul>                      |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al pesto*</li> <li>• Minestrone* con pasta</li> <li>• Polpette di manzo</li> <li>• Filetto di merluzzo olio e limone*</li> <li>• Peperonata*</li> </ul>                    |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riso ai funghi*</li> <li>• Passato* di verdura con pasta</li> <li>• Pollo arrosto</li> <li>• Hamburger gustosi*</li> <li>• Carote al vapore*</li> </ul>                          |
| VENERDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al tonno</li> <li>• Minestra d'orzo</li> <li>• Merluzzo* al vapore con salsa verde</li> <li>• Cordon bleu*</li> <li>• Patate lesse*</li> </ul>                             |

I piatti contrassegnati con \* possono contenere materie prime surgelate all'origine.

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI

SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia

## MENU PRIMAVERA/ ESTATE – 3 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti             | Contorni       | Pane/ frutta              |
|-------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne          | Verdure fresca | Pane                      |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano                 | Purè           | Grissini                  |
| Pasta in brodo di carne | Formaggi misti a rotazione | Patate fresche | Cracker                   |
| Caffè/caffelatte        | Pollo lesso                |                |                           |
|                         | Omog. Carne                |                | Frutta fresca di stagione |
|                         | Tonno                      |                | Frutta Cotta              |
|                         | Affettato a rotazione      |                |                           |
|                         | Yogurt                     |                |                           |
|                         | Bistecca ai ferri          |                |                           |
|                         | Uova sode                  |                |                           |

## MENU PRIMAVERA/ESTATE – 4 SETTIMANA (1/2)

|           | PRANZO                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LUNEDI    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta al gorgonzola</li> <li>• Passato* di verdura con pasta</li> <li>• Cotechino con salsa verde</li> <li>• Polpette*</li> <li>• Carote*</li> </ul>                         |
| MARTEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risotto alla milanese</li> <li>• Minestra con bietola*</li> <li>• Bocconcini di tacchino al limone</li> <li>• Filetto di limanda gratinata*</li> <li>• Fagiolini*</li> </ul> |
| MERCOLEDI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lasagne alla bolognese</li> <li>• Vellutata di carote*</li> <li>• Scaloppina di pollo ai funghi*</li> <li>• Pizza margherita*</li> <li>• Melanzane a funghetto</li> </ul>    |
| GIOVEDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta all'amatriciana</li> <li>• Minestra d'orzo</li> <li>• Bon roll</li> <li>• Bastoncini di merluzzo*</li> <li>• Peperonata</li> </ul>                                     |
| VENERDI   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spaghetti pomodoro e basilico</li> <li>• Minestrone*</li> <li>• Cuoricini di merluzzo al forno*</li> <li>• Porchetta</li> <li>• Fagiolini* piccanti</li> </ul>               |

I piatti contrassegnati con \* possono contenere materie prime surgelate all'origine.

SI INFORMANO I CONSUMATORI ALLERGICI O INTOLLERANTI, O CHI PER ESSI (GENITORI O FAMILIARI, ETC...), A PORRE ATTENZIONE CHE NEGLI ALIMENTI E NELLE BEVANDE PREPARATI E SOMMINISTRATI POSSONO ESSERE CONTENUTI UNO O PIÙ DEI

SEGUENTI ALLERGENI COME INGREDIENTE O IN TRACCE DERIVANTI DAL PROCESSO PRODUTTIVO: Cereali contenenti glutine, Frutta a guscio, Crostacei, Sedano, Uova, Senape, Pesce, Semi di sesamo, Arachidi, Anidride solforosa e solfiti, Soia, Lupini, Latte, Molluschi, e loro derivati

Poiché le informazioni relative alla presenza di soggetti allergici sono state raccolte in precedenza mediante la presentazione di idonea certificazione medica, in fase di produzione verranno formulati pasti personalizzati, privi di ingredienti o tracce per cui risulta documentata una sensibilizzazione e/o allergia

## MENU PRIMAVERA/ ESTATE – 4 SETTIMANA (2/2)

### Alternative Pranzo

| Primi piatti            | Secondi piatti             | Contorni       | Pane/ frutta              |
|-------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------|
| Pasta/riso in bianco    | Macinata di carne          | Verdure fresca | Pane                      |
| Pasta/riso al pomodoro  | Parmigiano                 | Purè           | Grissini                  |
| Pasta in brodo di carne | Formaggi misti a rotazione | Patate fresche | Cracker                   |
| Caffè/caffelatte        | Pollo lesso                |                |                           |
|                         | Omog. Carne                |                | Frutta fresca di stagione |
|                         | Tonno                      |                | Frutta Cotta              |
|                         | Affettato a rotazione      |                |                           |
|                         | Yogurt                     |                |                           |
|                         | Bistecca ai ferri          |                |                           |
|                         | Uova sode                  |                |                           |

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS VAL PADANA

Questa modulistica di ingresso (domanda e scheda sanitaria) è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio di ATS della Val Padana.

L'obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

### GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di ☐ AdS ☐ Tutore ☐ Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

| Cognome e nome | Grado di parentela | Recapito telefonico |
|----------------|--------------------|---------------------|
| 1)             |                    |                     |
| 2)             |                    |                     |

### PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_ Genere: ☐ M ☐ F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

|                                             |
|---------------------------------------------|
| Residente in _____ CAP _____                |
| Via / Corso _____ Recapito telefonico _____ |

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno ☐ sì ☐ no Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA

Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS VAL PADANA

| MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee<br><input type="checkbox"/> Vive solo/sola<br><input type="checkbox"/> Perdita autonomia<br><input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso<br><input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue<br><input type="checkbox"/> Rischio permanenza al domicilio<br><input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)<br>_____ |

| PROVENIENZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Domicilio<br><input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale)<br><input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica<br><input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione<br><input type="checkbox"/> Altra RSA<br><input type="checkbox"/> Altro: _____<br>_____ |

| TIPOLOGIA DI RICOVERO                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tempo determinato<br><input type="checkbox"/> Lungodegenza<br><br>Nucleo Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| CONVENZIONE                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____<br>_____ |

| CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, motivazione: _____<br>note: _____ |

| SITUAZIONE ABITATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Con chi vive:<br><input type="checkbox"/> Solo<br><input type="checkbox"/> Coniuge<br><input type="checkbox"/> Figli<br><input type="checkbox"/> Altri parenti: _____<br><input type="checkbox"/> Assistente familiare (ore/die) _____<br><br><input type="checkbox"/> Altro: _____<br><br>Dove vive:<br><input type="checkbox"/> Abitazione adeguata<br><input type="checkbox"/> Abitazione parzialmente adeguata<br><input type="checkbox"/> Abitazione totalmente inadeguata<br>Perché _____<br><br><input type="checkbox"/> Casa di proprietà<br><input type="checkbox"/> Affitto<br><input type="checkbox"/> Casa ALER<br><input type="checkbox"/> Usufrutto<br><input type="checkbox"/> Altro: _____ |

| TUTELA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:<br><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno / Tutela<br><input type="checkbox"/> In corso<br><input type="checkbox"/> Numero decreto: _____<br><input type="checkbox"/> Altro: _____<br><br>Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):<br>_____<br>_____<br><br>Qualifica:<br><input type="checkbox"/> Familiare: _____<br><input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)<br>_____<br>_____<br><br>Recapiti:<br>_____<br>_____<br>_____ |

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS VAL PADANA

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

☐ SI

☐ NO

### SITUAZIONE FAMILIARE

- ☐ Coniugato/a
- ☐ Divorziato/a
- ☐ Celibe/nubile
- ☐ Separato/a
- ☐ Vedovo/a
- ☐ Altro: \_\_\_\_\_
  
- ☐ Fratelli (N:        )
- ☐ Sorelle (N:        )
  
- ☐ Figli (N:        )
- ☐ Figlie (N:        )

### SITUAZIONE ECONOMICA

- ☐ Nessuna pensione
- ☐ Anzianità/vecchiaia
- ☐ Minima/sociale
- ☐ Guerra/infortunio sul lavoro, etc
- ☐ Reversibilità
  
- ☐ In attesa di invalidità civile
- ☐ Invalidità
  - ⌘ Codice: \_\_\_\_\_
  - ⌘ Percentuale: \_\_\_\_\_%
  - ⌘ Indennità accompagnamento
    - ☐ si ☐ no ☐ In attesa

### LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI

- ☐ Nessuna scolarità
- ☐ Licenza elementare
- ☐ Diploma medie inferiori
- ☐ Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_
- ☐ Laurea in \_\_\_\_\_
- ☐ Altro: \_\_\_\_\_
- ☐ Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_
- ☐ Interessi / hobby \_\_\_\_\_

### RETE SOCIO SANITARIA E SOCIALE

Servizi / interventi Socio Sanitari attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

- ☐ ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) \_\_\_\_\_
- ☐ CDI (Centro Diurno Integrato) \_\_\_\_\_
- ☐ Misure di sostegno regionali (es. B1, B2, RSA Aperta, Voucher...) \_\_\_\_\_

Servizi / interventi Sociali attivi: ☐ NO ☐ SI (specificare):

- ☐ SAD Comunale
- ☐ Custode sociale – Portierato Sociale – Alloggio protetto \_\_\_\_\_
- ☐ Associazioni di volontariato \_\_\_\_\_
- ☐ Altro (ad esempio: telesoccorso, supporto vicinato, etc) \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA DELLA ATS VAL PADANA

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- ☐ Direttamente
- ☐ Servizio Sociale di: ☐ Centri Sociali Territoriali ☐ Ospedale
- ☐ Medico di Medicina Generale (medico curante)
- ☐ Medico specialista \_\_\_\_\_
- ☐ Passaparola \_\_\_\_\_
- ☐ Pubblicità \_\_\_\_\_
- ☐ Eventi/manifestazioni \_\_\_\_\_
- ☐ Internet \_\_\_\_\_
- ☐ Associazioni \_\_\_\_\_

### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETÀ (AUTOCERTIFICAZIONE)
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)
- ↳ ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

### EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

---

---

---

---

Ai sensi del D.Lgs. 196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA ATS VAL PADANA

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutte le RSA ubicate nel territorio della Val Padana.

Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso la RSA.

La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

**Cognome e Nome** .....

**Data di nascita** ..... / ..... / .....

**luogo di nascita** .....

### QUADRO CLINICO : PATOLOGIE PRINCIPALI

| INDICE DI COMORBILITÀ (CIRS)                                                                                            | DIAGNOSI       | ASSENTE                  | LIEVE                    | MODERATO                 | GRAVE                    | MOLTO GRAVE              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Patologie Cardiache (solo cuore)</b><br>Portatore di PM: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI     | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ipertensione</b><br>(si valuta la severità; gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)                    | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato vascolare</b><br>(sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)                                          | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato respiratorio</b><br>(polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)                                            | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Occhi / O.R.L.</b><br>(occhio, orecchio, naso, gola, laringe)                                                        | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato digerente tratto superiore</b><br>(esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)                     | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato digerente tratto inferiore</b><br>(intestino, ernie)                                                        | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Fegato</b><br>(solo fegato)                                                                                          | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Rene</b><br>(solo rene)                                                                                              | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie</b> (mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Apparato Muscolo-Scheletro e Cute</b><br>(muscoli, scheletro, tegumenti)                                             | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Patologie sistema nervoso</b><br>(sistema nervoso centrale e periferico; <b>non include la demenza</b> )             | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Patologie sistema Endocrino-Metabolico</b> (include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)                        | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stato mentale e comportamentale</b><br>( <b>include demenza</b> , depressione, ansia, agitazione, psicosi)           | .....<br>..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

INTERVENTI CHIRURGICI E/O RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autonomia nel movimento*                              | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza<br><input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento<br><input type="checkbox"/> necessità di aiuto costante per la deambulazione<br><input type="checkbox"/> mobilizzazione solo in poltrona e/o cambi posturali a letto<br><input type="checkbox"/> necessità di usare il sollevatore<br><input type="checkbox"/> immobilità a letto |
| Utilizzo ausili per la deambulazione*                 | <input type="checkbox"/> bastone<br><input type="checkbox"/> carrozzina<br><input type="checkbox"/> deambulatore / girello<br><input type="checkbox"/> altro.....                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Incontinenza urinaria                                 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Catetere vescicale                                    | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Data ultimo posizionamento: ..... / ..... / 20.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Incontinenza fecale                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Ossigenoterapia                                       | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Ventilazione                                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> invasiva <input type="checkbox"/> non invasiva                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Catetere venoso centrale (CVC)                        | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Lesioni da pressione                                  | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI      Sede: ..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV<br>Sede: ..... Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV                                                                                 |
| Altre lesioni cutanee<br>(incluse ferite chirurgiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                   |                                                         |              |
|-------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| Cadute ricorrenti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Specificare: |
| .....             |                                                         |              |

|           |                                                         |                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> Corretta con protesi |
|-----------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

pag.2/4

## SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA ATS VAL PADANA

### **DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI**

|                                                        |                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stato di coscienza alterato                            | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> soporoso <input type="checkbox"/> coma /stato vegetativo (GCS:..... /15) |                                                                                                                      |
| Deficit di memoria                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                   | Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale     |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....                                                                               |                                                                                                                      |
| Crisi d'ansia / attacchi di panico                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                   | Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                              |
| Deliri                                                 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                   | Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                |
| Aggressività                                           | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale                                 |                                                                                                                      |
| Disturbi del sonno                                     | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia                                            |                                                                                                                      |
| Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                   | Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....                                                                               |                                                                                                                      |
| Etilismo/potus                                         | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso                              |                                                                                                                      |
| Abuso/dipendenza da sostanze:                          | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso<br>Di che tipo: .....        |                                                                                                                      |
| Tentato suicidio                                       | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data: ..... / ..... / .....                                                          |                                                                                                                      |
| In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici      | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: .....                                                                                            |                                                                                                                      |
| Eventuali note e osservazioni: .....<br>.....          |                                                                                                                                                           |                                                                                                                      |

### **PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE**

|                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autonomia nell'alimentazione                                                                                           | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza<br><input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.)<br><input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento |                                                                                                                                                                      |
| Edentulia                                                                                                              | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI:                                                                                                                                                                                                    | Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore<br>Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore |
| Rifiuto del cibo                                                                                                       | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |
| Disfagia                                                                                                               | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                                                     | Cibi frullati o omogeneizzati <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                |
| Dieta specifica                                                                                                        | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: .....                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                      |
| Alimentazione enterale                                                                                                 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG                                                                                                                                           | Alimentazione parenterale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> periferico <input type="checkbox"/> centrale             |
| Peso corporeo..... kg                                                                                                  | Altezza..... cm                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                      |
| Allergie <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: ..... |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                      |

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
ATS VAL PADANA**

**TERAPIA**

☐ Non assume terapia farmacologica

Terapia in atto ed orari di somministrazione:

| Farmaco/Principio attivo | Posologia |
|--------------------------|-----------|
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |
|                          |           |

**ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI:**

|                                                |                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Emotrasfusione                                 | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI                                                                                   |
| Dialisi                                        | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> emodialisi <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale |
| Altro (chemioterapia, radioterapia, etc) ..... |                                                                                                                                           |

**EVENTUALE APPROFONDIMENTO:**

.....

.....

.....

.....

Data presunta dimissione (se proveniente da altra struttura sanitaria o sociosanitaria): ..... / ..... / 20....

|                                                                                                                                          |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Nome e Cognome medico curante:<br>.....<br>Recapito<br>.....<br>.....<br>tel.diretto.....<br>fax .....<br>e-mail diretta:<br>.....@..... | Timbro e firma del medico curante |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

**SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO LE RSA  
ATS VAL PADANA**

Data di compilazione: ...../ ..... / 20.....