



Parrocchia San Martino Vescovo e Sacro Cuore di Gesù

**CASA DI RIPOSO**  
**FONDAZIONE G. FABRICIO**

Via Villa Dote 17  
33090 CLAUZETTO (PN)

**REGOLAMENTO**  
**PER GLI OSPITI**

Novembre 2023

|  |
|--|
| <b>INDICE</b>  |
| <b>1 – FINALITÀ, SCOPI E DISPOSIZIONI DEL PRESENTE REGOLAMENTO</b>   |
| <b>2 – LE PROCEDURE PER L’ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA</b>  |
| <b>2.1 L’accoglimento in Struttura</b>   |
| <b>2.2 La domanda di accoglienza</b>   |
| <b>2.3 La valutazione delle domande di accoglimento</b>  |
| <b>2.4 L’ammissione in Struttura e l’assegnazione del posto letto</b>                                      |
| <b>2.5 I criteri per la valutazione dell’autosufficienza fisica e psichica</b>                             |
| <b>2.6 Trasferimenti e dimissioni degli ospiti</b>   |
| <b>3 – I SERVIZI OFFERTI E I RELATIVI STANDARD DI QUALITÀ</b>  |
| <b>3.1 La Carta dei diritti e dei Servizi</b>  |
| <b>3.2 I servizi resi all’utenza</b>   |
| <b>3.3 La valutazione multidimensionale e il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)</b>                  |
| <b>3.4 La valutazione della qualità dei servizi</b>  |
| <b>4 – I DIRITTI DEGLI OSPITI</b>  |
| <b>4.1 Principi</b>  |
| <b>4.2 La tutela e la partecipazione degli ospiti e dei loro familiari</b>                                 |
| <b>5 – I DOVERI DEGLI OSPITI, DEI LORO FAMILIARI E DEI VISITATORI</b>                                      |
| <b>5.1 Rapporti interpersonali</b>   |
| <b>5.2 Utilizzo della Struttura e delle attrezzature</b>   |
| <b>6 – IL VOLONTARIATO E LE PERSONE DI SOSTEGNO AGLI OSPITI</b>  |
| <b>6.1 Prestazioni dei volontari</b>   |
| <b>6.2 Norme per le persone di sostegno agli ospiti e per il personale privato di assistenza (Badanti)</b> |
| <b>6.2.1 Divieti e prescrizioni</b>  |
| <b>6.3 Le norme comuni a tutti i visitatori</b>  |
| <b>7 – LA GESTIONE DELLA SICUREZZA E DELLE EMERGENZE</b>   |
| <b>8 – LE RETTE DI DEGENZA ED I SERVIZI A PAGAMENTO</b>  |
| <b>9 – IL MODELLO ORGANIZZATIVO E IL SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                      |
| <b>9.1 Il Consiglio di amministrazione</b>   |
| <b>9.2 Il Presidente della Casa di Riposo</b>  |
| <b>9.3 L’Area sanitaria e socio-assistenziale</b>  |
| <b>9.4 L’area medica</b>   |
| <b>9.5 L’Area amministrativa e tecnica</b>   |
|  |
|  |

## **1 – FINALITÀ, SCOPI E DISPOSIZIONI DEL PRESENTE REGOLAMENTO**

Il presente Regolamento disciplina le procedure di accoglimento degli ospiti e gli aspetti fondamentali della loro permanenza presso la Casa di Riposo della Parrocchia San Martino Vescovo e Sacro Cuore di Gesù di Clauzetto (PN) di seguito denominata “Casa”, “Struttura” o “Ente”.

Quanto non previsto dal presente Regolamento, sarà valutato dalla Presidenza e/o dal Consiglio di amministrazione della Casa che adotteranno i relativi provvedimenti, osservando comunque le disposizioni dello Statuto della Casa di Riposo e le Leggi ed i Regolamenti vigenti come pure quelle che verranno emanate per il settore dell’assistenza socio-sanitaria.

L’accoglimento presso la Casa di Riposo comporta la piena, consapevole e completa accettazione del presente Regolamento e delle sue eventuali modifiche ed integrazioni.

## **2 – LE PROCEDURE PER L’ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA**

### **2.1 - L’accoglimento in Struttura**

La Casa accoglie prevalentemente persone anziane che si trovino in condizioni di non autosufficienza. Possono essere ospitate anche persone che si trovino in condizioni di incapacità a condurre una vita autonoma, purché in grado di vivere in comunità, senza che da ciò ne derivi pregiudizio per se stessi o per gli altri ospiti della Casa.

Il Presidente, o un suo delegato, autorizza l’ammissione in Struttura e acquisisce la documentazione richiesta dal presente Regolamento.

### **2.2 - La domanda di accoglienza**

L’accoglimento dell’ospite in Struttura è ispirato al principio di libera scelta dell’ospite ed è subordinato all’esplicito consenso dell’interessato o del suo legale rappresentante (Tutore, Amministratore di sostegno), alla completezza e alla veridicità della documentazione richiesta.

A tal fine, secondo le procedure di cui all’**allegato n. 1**, è necessario presentare domanda di accoglimento su apposita modulistica (**allegato n. 2**), corredandola dell’impegnativa preliminare al pagamento della retta di degenza sottoscritta dall’interessato, dal proprio rappresentante legale o da un familiare dell’ospite stesso, ovvero dall’Ente competente ad assumersi l’onere di ricovero ai sensi della Legge 328/2000 e s.m. e i. e degli ulteriori documenti ivi elencati.

Nel caso in cui sia il Comune di residenza ad occuparsi dell’assistenza e a richiedere il ricovero, alla domanda di ammissione deve essere allegato l’atto deliberativo con il quale il Comune medesimo si assume la spesa delle rette di degenza a tempo indeterminato ovvero un impegno preliminare formale in attesa della deliberazione.

La modulistica di cui sopra è disponibile presso gli Uffici di Amministrazione della Casa. La domanda di ammissione è sempre intesa per un accoglimento a tempo indeterminato, ha validità di 12 mesi e può essere rinnovata dal richiedente prima di ciascuna scadenza.

### **2.3 - La valutazione delle domande di accoglimento**

L’accoglimento degli ospiti presso la Casa di Riposo di Clauzetto viene effettuato tenendo conto delle esigenze organizzative della Struttura e in base ai criteri di seguito elencati in ordine di priorità:

1. Il rispetto delle disposizioni Statutarie (cfr. art. 2 dello Statuto della Casa) in base alle quali viene data la precedenza all'accoglimento di persone che versino in grave stato di necessità, provenienti nell'ordine dal Comune di Clauzetto, dai Comuni dell'Unione Territoriale Intercomunale delle Valli e delle Dolomiti Friulane e da altri Comuni.

2. La volontà di dare risposta tempestiva ed efficace a problematiche particolarmente critiche delle persone anziane anche in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari-assistenziali del territorio e con il Distretto Sanitario.

3. Il criterio cronologico.

Le richieste di accoglimento per persone non autosufficienti vengono valutate dall'Unità di Valutazione Distrettuale ovvero dall'organismo preposto dal Distretto Sanitario in cui il richiedente ha la residenza.

Tale Organismo, tenuto conto del principio di libera scelta del cittadino, valuta la domanda presentata anche al fine di esprimere un parere sull'appropriatezza dell'intervento richiesto, elabora un primo programma di interventi, assegna un riferimento di gravità alla situazione e indica all'Amministrazione della Casa di Riposo gli eventuali contesti di priorità, non vincolanti per l'Ente, per l'ammissione in Struttura.

#### **2.4 - L'ammissione in Struttura e l'assegnazione del posto letto**

L'ammissione nella Struttura è sempre previamente autorizzata dal Presidente della Casa, o da un suo delegato, a suo insindacabile giudizio.

Il Servizio amministrativo provvede a comunicare agli interessati la disponibilità del posto letto anche al fine della decorrenza della retta di degenza.

Al momento della comunicazione di disponibilità all'accoglienza, deve essere stipulato nelle forme previste il "**Contratto di ospitalità**" (allegato n. 3).

Trascorsi tre giorni lavorativi dalla predetta comunicazione, la domanda di accoglimento viene dichiarata decaduta se le persone interessate non si presentano, non giustificano il ritardo o non stipulano il Contratto di ospitalità.

Prima dell'accoglimento deve essere presentata al Servizio Amministrativo anche la documentazione indicata nell'**allegato n. 4**. In questa fase, oltre al versamento della retta anticipata per i residui giorni del mese in corso al momento dell'accettazione, deve essere effettuato un deposito nella misura minima stabilita dal Consiglio di amministrazione della Casa – attualmente di € 50,00 - finalizzato al pagamento di eventuali farmaci non mutuabili prescritti dal Medico di fiducia dell'ospite.

Gli ospiti o i loro familiari devono inoltre provvedere ad applicare sugli indumenti personali etichette con il numero di riferimento assegnato dagli uffici di amministrazione all'atto dell'ammissione. La Casa non si assume responsabilità per lo smarrimento dei capi trattati dal servizio di lavanderia, qualora non contrassegnati, o per il loro deterioramento.

La Direzione della Struttura ha facoltà di trasferire l'ospite in un alloggio diverso da quello assegnato qualora ciò sia richiesto dalle esigenze della vita comunitaria o dalle mutate condizioni fisiche dell'ospite medesimo, dandone informazione all'ospite ed ai suoi familiari.

#### **2.5 - I criteri per la valutazione dell'autosufficienza fisica e psichica**

La Valutazione Multidimensionale dell'ospite, secondo gli strumenti approvati dalla Regione Friuli Venezia Giulia, classifica i diversi gradi di non autosufficienza degli ospiti stabilendone l'appartenenza alle diverse categorie di bisogni assistenziali e socio-sanitari omogenei.

#### **2.6 – Trasferimenti e dimissioni dell'ospite**

L'equipe multidisciplinare può disporre il trasferimento (interno alla struttura) di stanza di un residente, in base alle esigenze organizzative, umane, comunitarie e alle mutate condizioni di salute. La decisione presa verrà preventivamente comunicata all'interessato e/o al familiare di riferimento.

L'ospite ed i suoi familiari o tutori possono decidere in qualsiasi momento di interrompere la permanenza presso la Casa di Riposo di Clauzetto, presentando al Servizio Amministrativo esplicita comunicazione scritta in tal senso, possibilmente con un preavviso minimo di otto giorni.

I residenti sono dimessi dalla struttura:

- quando non sussistono più le condizioni che ne avevano determinato l'accoglimento;

- quando si rendono responsabili di comportamenti difformi dalla civile convivenza.

In caso di trasferimento presso altra struttura residenziale, il trasporto deve essere organizzato dall'interessato e/o dai familiari che se ne occupano; la struttura si impegna, altresì, a preparare l'anziano e a fornire alla nuova struttura di destinazione tutte le informazioni e dotazioni necessarie alla sua corretta presa in carico, al fine di garantirgli la necessaria continuità assistenziale.

### **3 – I SERVIZI OFFERTI E I RELATIVI STANDARD DI QUALITÀ**

#### **3.1 – La Carta dei Diritti e dei Servizi**

La Carta dei Diritti e dei Servizi è il documento con il quale questa Casa di Riposo presenta i servizi garantiti agli utenti della Struttura e le modalità di fruizione degli stessi.

#### **3.2 – I servizi resi all'utenza**

I servizi garantiti all'utenza della Casa di Riposo di Clauzetto sono i seguenti:

**Servizio socio assistenziale,  
Servizio medico,  
Servizio infermieristico,  
Servizio farmaceutico,  
Servizio di fisioterapia,  
Servizio di animazione,  
Servizio di igiene ambientale,  
Servizio di barberia e parrucchieria,  
Servizio religioso,  
Servizio di ristorazione,  
Servizio di lavanderia e guardaroba,  
Servizio di manutenzione,  
Servizio amministrativo.**

#### **3.3 - La valutazione multidimensionale e il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)**

Per garantire una adeguata assistenza socio-sanitaria all'anziano è necessario utilizzare specifici strumenti di valutazione.

Una buona risposta a questa esigenza viene data dalla Valutazione Multidimensionale (Val.Graf.), che ha l'obiettivo di definire oggettivamente i profili di bisogno della persona anziana.

Con tale strumento di valutazione i molteplici problemi dell'anziano sono indagati, descritti e, se possibile, spiegati; sono inoltre valutate le risorse e le potenzialità residue della persona e viene costruito un programma coordinato di interventi focalizzato sui problemi della persona stessa.

Tale programma costituisce il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) del quale si tiene conto nell'organizzazione e somministrazione dei vari servizi ed interventi socio-assistenziali e sanitari a ciascun ospite.

#### **3.4 - La valutazione della qualità dei servizi**

La struttura nella figura del Presidente o di un suo delegato rimangono a disposizione per eventuali segnalazioni da parte degli ospiti e dei familiari stessi al fine di migliorare il loro grado di soddisfazione rispetto alla qualità dei servizi resi all'utenza .

### **4 - I DIRITTI DEGLI OSPITI**

#### **4.1 – Principi**

La convivenza nella Casa di Riposo di Clauzetto è improntata sui seguenti principi:

- eguaglianza dei diritti degli ospiti;
- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni da parte degli operatori;

- diritto di scelta nella fruizione dei servizi;
- continuità dei servizi e delle prestazioni;
- tutela e riservatezza dei dati degli ospiti che la legge definisce “sensibili”;
- possibilità da parte dell’utenza di presentare suggerimenti e osservazioni circa la qualità e la quantità di prestazioni e servizi;
- efficienza ed efficacia dell’attività mediante l’utilizzo appropriato delle risorse.

#### **4.2 - La tutela e la partecipazione degli ospiti e dei loro familiari**

Come previsto dalla “Carta dei Servizi”, gli ospiti e i loro familiari hanno la possibilità di inoltrare reclami su disservizi insorti prima, durante e dopo l’inserimento in Struttura.

Le segnalazioni sono utilizzate per comprendere meglio le problematiche emergenti e per disporre possibili miglioramenti del servizio erogato.

L’ospite e/o il familiare può presentare proposte o reclami attraverso le seguenti modalità:

1. compilazione e sottoscrizione del “**Modulo di comunicazione dell’utente**”, (allegato n. 5), che può essere richiesto presso gli Uffici di Amministrazione o all’Infermiera Professionale di turno; il modulo può essere restituito sempre presso gli Uffici di amministrazione o all’Infermiera Professionale di turno;

2. lettera in carta semplice, indirizzata ed inviata all’Amministrazione della Casa o anche consegnata a mano;

3. segnalazione del disservizio, direttamente a voce o telefonicamente, all’Amministrazione della Casa.

Non sono presi in considerazione segnalazioni o reclami anonimi.

### **5 - I DOVERI DEGLI OSPITI, DEI LORO FAMILIARI E DEI VISITATORI**

#### **5.1 - Rapporti interpersonali**

Per la natura e le finalità della Casa di Riposo di Clauzetto, agli ospiti, ai loro familiari, amici, conoscenti e, in generale, a tutti i visitatori, si richiede di improntare ogni rapporto interpersonale al rispetto ed alla reciproca comprensione, collaborazione, solidarietà, cordialità e familiarità mediante comportamenti dignitosi anche nel linguaggio e nelle espressioni.

L’ospite non può pretendere trattamenti e prestazioni non previste dal normale programma di servizio evitando, per sollecitarne i favori, di elargire mance al personale al quale, peraltro, è fatto espresso divieto di accettarle.

L’ospite deve mantenere anche con il personale dipendente della Casa di Riposo rapporti di reciproco rispetto e comprensione, segnalando eventuali inadempienze all’Infermiera Professionale in turno o al Responsabile delle strutture.

#### **5.2 - Utilizzo della Struttura e delle attrezzature**

L’ospite, all’atto dell’ammissione, ha a sua disposizione, in camera ad uno o più posti, un letto, un comodino ed un armadio e, con il previo assenso dell’Amministrazione, può arredare le pareti prospicienti il letto con fotografie e quadri personali così come può fornire la stanza con mobili personali di limitate dimensioni e soprammobili.

Sempre con il previo assenso dell’Amministrazione, può usare apparecchi radiofonici e televisivi purché non arrechino disturbo agli altri ospiti della Casa, provvedendo personalmente al pagamento degli eventuali canoni di abbonamento; può tenere vasi di fiori nei terrazzini purché non eccessivamente ingombranti e posti in posizione tale da non arrecare danno alle persone o alle cose; può soggiornare liberamente nella stanza, ad esclusione dei periodi destinati alle pulizie, come pure nei soggiorni, nel parco, nella Cappella e nei corridoi.

L’ospite, o chi per esso, è tenuto a risarcire la Struttura degli eventuali danni provocati per propria incuria o trascuratezza.

Con l'ingresso in Struttura, la Casa di Riposo diviene la residenza anagrafica nel concetto di "casa di abitazione" dei nostri ospiti: è doveroso perciò estendere all'utilizzo delle cose di proprietà della Struttura il rispetto che normalmente si ha per le cose proprie.

La condivisione di alcune semplici regole, che di seguito vengono elencate, contribuiscono a rendere maggiormente serena e sicura la vita comunitaria:

- osservare le regole d'igiene personale e dell'ambiente;
- non ospitare nel proprio alloggio, anche solo per una notte, persone estranee, qualunque sia il legame di parentela o di amicizia con l'ospite;
- non fumare nella stanza da letto e negli ambienti interni;
- non utilizzare fornelli a combustione;
- non gettare immondizie, rifiuti ed acqua dalle finestre;
- non vuotare nel water, bidet vasca o lavabo qualsiasi materia grassa o di altra natura tale da otturare o nuocere al buono stato delle condutture;
  
- avere cura delle attrezzature ed arredamenti, rispettare le piante del parco, segnalare all'Amministrazione guasti e disservizi anche se causati dalla propria incuria;
- non asportare dalle sale da pranzo e dai locali comuni oggetti che costituiscano il corredo delle sale e dei locali stessi;
- non installare o utilizzare apparecchiature elettriche se non con il previo assenso dell'Amministrazione;
- non modificare impianti, non utilizzare prolunghe elettriche e prese multiple se non quelle fornite dalla Struttura;
- non introdurre nei locali della Casa, nemmeno temporaneamente, animali di qualsiasi genere, razza o taglia se non con il previo assenso dell'Amministrazione;
- non fare uso di medicinali non prescritti dal medico di fiducia;
- rispettare la quiete degli altri ospiti.

L'ospite è tenuto all'osservanza degli orari di rientro, stabilito per le ore 20.00.

Eventuali deroghe a tali orari devono essere autorizzate dall'Amministrazione della Struttura.

L'ospite è libero di allontanarsi dalla Casa dandone previo avviso all'Infermiera Professionale in turno compilando l'apposita comunicazione scritta con assunzione di responsabilità nell'accompagnamento e nell'eventuale continuità terapeutica.

Al ritorno da un periodo di permanenza fuori dalla Casa, l'ospite notifica il rientro all'Infermiera Professionale in turno o al personale presente.

## **6 – IL VOLONTARIATO E LE PERSONE DI SOSTEGNO AGLI OSPITI**

### **6.1 - Prestazioni dei volontari**

L'Amministrazione della Struttura ritiene i volontari una risorsa da promuovere e valorizzare.

Eventuali rapporti tra la Casa e le Associazioni di Volontariato sono disciplinati da apposito atto di convenzione stipulato e sottoscritto tra le parti.

L'Amministrazione della Struttura ed i volontari si rapportano costantemente per il coordinamento dell'attività svolta.

### **6.2 - Norme per le persone di sostegno agli ospiti e per il personale privato di assistenza (badanti).**

La Casa garantisce con proprio personale dipendente o convenzionato la fruizione di tutte le prestazioni descritte nell'elencazione dei Servizi (cfr. art. 3).

L'Amministrazione consente, valutando caso per caso, l'intervento di personale di assistenza privato (badanti) che si dedichi ad un singolo ospite.

Le generalità di dette persone devono essere preventivamente comunicate alla Direzione della Ca

sa da parte dell'ospite ovvero dalla persona che ha avviato il predetto personale privato.

Il personale privato di supporto all'assistenza non può in alcun caso fare uso di materiale di proprietà della Casa se non previa autorizzazione del Responsabile di struttura e deve mantenere un contegno corretto nei confronti degli ospiti e del personale della Casa.

L'Amministrazione della Casa di Riposo non si rende in nessun caso responsabile dell'operato di detto personale di assistenza.

Il sostegno ai degenti presso la Casa di Riposo di Clauzetto può essere effettuato da familiari e/o amici e/o persone già normalmente prestanti attività di sostegno al domicilio dei pazienti e da volontari.

La Casa di Riposo è estranea ad ogni rapporto di carattere giuridico ed economico che s'instaura tra gli ospiti, i loro familiari o i loro rappresentanti legali e il personale di assistenza privata.

Il personale dipendente della Casa di Riposo non è autorizzato in nessun modo all'individuazione, scelta e reperimento del personale di sostegno ai degenti.

Le persone che prestano sostegno ai degenti non devono svolgere i compiti, le funzioni e le mansioni degli operatori socio-sanitari della Struttura; devono limitarsi ad essere di sostegno all'ospite e non interferire o intralciare le attività assistenziali.

### **6.2.1 – Divieti e prescrizioni**

Alle persone che prestano sostegno ai degenti non è consentito:

- somministrare al paziente bevande e/o alimenti diversi da quelli contenuti nei menù giornalieri senza la preventiva autorizzazione del personale infermieristico;
- somministrare terapie, effettuare medicazioni;
- impiegare presidi e/o attrezzature di proprietà della Struttura;
- accedere all'ambulatorio, ai magazzini, alla cucina e ad ogni altro locale di reparto, ad eccezione della stanza del paziente e dei servizi igienici;
- accedere ad altri reparti e/o ad altri letti durante il periodo autorizzato al sostegno;
- indossare divise o camici di colore bianco o altro colore e/o foggia simili a quanto indossato dai Medici o dal personale del reparto.

Le predette persone devono inoltre:

- tenere un comportamento responsabile in ogni momento nel rispetto e nella comprensione dei diritti dei malati, in spirito di collaborazione con il personale assistenziale e sanitario, e nel rispetto dei locali, delle attrezzature e degli arredi;
- rispettare gli orari stabiliti dalla Direzione volti a permettere lo svolgimento della normale attività socio-assistenziale-sanitaria e favorire la quiete ed il riposo degli ospiti;
- evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio ai degenti;
- rispettare il divieto di fumare;
- rispettare il diritto alla riservatezza (cfr. Legge n. 196/2003 e s.m. e i.) degli ospiti della Casa;
- non interferire nelle attività degli operatori assistenziali, tecnici e sanitari;
- allontanarsi dalla camera durante gli interventi degli operatori sanitari e assistenziali e del servizio di igiene ambientale;
- attenersi scrupolosamente alle norme e alle prescrizioni di sicurezza segnalando tempestivamente al personale del reparto eventuali disfunzioni o anomalie;
- non intraprendere alcuna attività di carattere assistenziale di esclusiva competenza del personale dei reparti;
- non consultare documenti sanitari riguardanti i degenti e non interloquire con i medesimi in ordine ad eventuali cure in corso, interventi diagnostici od altro;
- non utilizzare i cuscini dei degenti;
- non consumare pasti.

■

Le persone che svolgono funzioni di sostegno ai degenti sono infine tenute al segreto per tutte le notizie che possono avere acquisito durante dette attività.

### **6.3 – Le norme comuni a tutti i visitatori**

L'ospite è libero di ricevere all'interno della Casa visite di familiari, parenti ed amici.

Non vengono stabiliti particolari orari per le visite purché queste non avvengano prima delle ore 09.30 e dopo le ore 17.30, salvo casi eccezionali autorizzati dall'Amministrazione della Casa.

I visitatori devono osservare un comportamento consono all'ambiente e non devono in alcun modo turbare la tranquillità degli ospiti. Essi devono astenersi da ogni azione che rechi pregiudizio all'organizzazione ed al funzionamento della Casa di Riposo mantenendo rapporti di reciproco rispetto con il personale della Casa, segnalando eventuali inadempienze all'Amministrazione.

I visitatori non possono parcheggiare automezzi sui piazzali e sulle strade interne della Casa, ma vi possono accedere per il tempo strettamente necessario a compiere operazioni di carico e scarico.

I visitatori sono tenuti al rispetto delle norme per la sicurezza. In caso di emergenza devono seguire le disposizioni del personale della Struttura.

## **7 - LA GESTIONE DELLA SICUREZZA E DELLE EMERGENZE**

Su conformi prescrizioni di legge, nella Casa è predisposto e aggiornato un piano di emergenza con specifiche procedure operative per ridurre al minimo i rischi ed i danni a causa di emergenze o di eventi calamitosi.

La squadra di emergenza, sempre operante nella Struttura, è addestrata ad intervenire in caso di incendio e per tutelare la sicurezza degli utenti. Il Personale impiegato nella squadra di emergenza ha ricevuto specifica formazione ed aggiornamento.

È assolutamente vietato l'uso di apparecchiature elettriche di qualsiasi tipo non previamente visionate ed autorizzate dal Responsabile dell'Area Amministrativa e Tecnica.

È inoltre vietato l'uso di fiamme libere e di quant'altro possa provocare situazione di pericolo e/o di incendio.

In ogni reparto sono affisse le disposizioni all'utenza e le norme antincendio che devono essere scrupolosamente rispettate da tutti.

## **8 – LE RETTE DI DEGENZA ED I SERVIZI A PAGAMENTO**

Le rette di degenza vengono determinate annualmente dal Consiglio di Amministrazione e, salvo straordinarietà documentate, non sono suscettibili di aumento nel corso dell'anno e vengono calcolate già al netto dei contributi regionali per le persone non autosufficienti, erogati ai sensi della vigente normativa.

La retta di degenza deve essere versata normalmente all'inizio di ogni mese (entro i primi 10 giorni del mese di riferimento) preferibilmente mediante bonifico bancario, ovvero direttamente presso gli Uffici di amministrazione e in misura tale da coprire anticipatamente l'intero mese di riferimento.

Qualora l'ospite sia dimesso prima della fine del mese di riferimento, vengono restituiti gli importi riferiti alle giornate residue.

Ai Comuni ed Enti che hanno assunto l'impegnativa al pagamento della retta, l'onere viene addebitato mediante trasmissione di fattura.

La retta è determinata al netto di eventuali contributi regionali per le persone non autosufficienti e può essere diversificata in base al grado di non autosufficienza, secondo il Comune di provenienza e le caratteristiche della camera.

Le rette vengono computate per giorni interi di presenza.

Il mancato pagamento delle rette di degenza entro il termine prescritto o il ritardo del pagamento senza giustificazione da parte del debitore – che viene valutata dalla Presidenza della Casa – comporta l'applicazione degli interessi legali a decorrere dal 30° giorno dalla scadenza di ciascuna mensilità.

Nei casi di assenza per ricovero ospedaliero l'ospite corrisponde alla Casa la retta ridotta del 30%.

Tale norma è valida fino ad un massimo di 60 giorni calcolati di norma nell'anno solare, trascorsi i quali l'ospite viene dimesso.

Con la stipula del Contratto di ospitalità, la persona obbligata per conto dell'ospite si assume l'onere del pagamento della retta di degenza per tutto il periodo di permanenza nella Casa ed accetta gli aumenti apportati a causa degli aggiornamenti periodici o al cambio di categoria dell'ospite medesimo.

Non sono incluse nella retta di degenza e sono soggette a rimborso le spese per medicinali e cure particolari prescritte dal Medico di fiducia dell'ospite, come pure le spese di accompagnamento per visite specialistiche ed indagini diagnostiche – strumentali fuori sede, per le quali i Servizi amministrativi quantificheranno l'onere orario dell'accompagnatore.

All'atto dell'ammissione viene concordato con l'ospite e/o i suoi familiari la data di disponibilità del posto letto. Da tale data decorre il pagamento della retta intera ancorché il posto letto non venga utilizzato.

## **9 – IL MODELLO ORGANIZZATIVO E IL SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ**

### **9.1- Il Consiglio di amministrazione**

Il Consiglio di amministrazione adotta gli atti di indirizzo gestionale, amministrativo e di programmazione delle attività istituzionali.

### **9.2 - Il Presidente della Casa di Riposo**

La Casa di Riposo è legalmente rappresentata dal Presidente che è, di diritto, il Parroco pro-tempore della Parrocchia "San Martino Vescovo e Sacro Cuore di Gesù" di Clauzetto.

Il Presidente è il responsabile della struttura, svolge le funzioni di direzione e gestione complessiva della medesima, assicura il raggiungimento degli obiettivi di efficacia e di qualità delle prestazioni e dei servizi erogati all'utenza e persegue l'efficienza gestionale, ossia il corretto uso delle risorse economiche, delle risorse umane e del buon funzionamento organizzativo generale.

Spetta al Presidente della Casa di Riposo:

- compiere tutti gli atti di ordinaria amministrazione e quelli a lui espressamente delegati dal Consiglio di amministrazione, sovrintendere e vigilare su tutto l'andamento dell'Ente, firmare i documenti, rappresentare la Casa di Riposo in giudizio sia come attore che come convenuto;
- adottare ogni provvedimento urgente che occorra per la salvaguardia dei diritti e degli interessi dell'Ente, promuovendo le delibere di competenza del Consiglio di amministrazione;
- provvedere allo studio e preparazione del bilancio preventivo, del conto consuntivo e degli argomenti da sottoporre all'esame del Consiglio di amministrazione;
- sospendere per gravi e urgenti motivi il personale dipendente riferendone al Consiglio di amministrazione per i provvedimenti definitivi;
- convocare e presiedere il Consiglio di amministrazione e curare l'esecuzione delle deliberazioni adottate dal medesimo;
  - adempiere ogni altro compito che non sia di esclusiva competenza del Consiglio di amministrazione;

Il Presidente può delegare un responsabile di struttura – da lui nominato - ad esercitare in tutto o in parte le proprie funzioni e competenze, eccettuata ovviamente la rappresentanza legale della Casa di Riposo.

### **9.3 - L'Area dei Servizi Sanitari e Socio-assistenziali**

#### **9.3.1 - L'Area delle attività Mediche**

Garantisce agli ospiti il servizio medico relativo alla diagnosi delle patologie ed alla definizione dei percorsi terapeutici. L'Ospite è libero di scegliere il proprio Medico di fiducia.

Tenuto conto dei protocolli concordati con il Distretto Sanitario, i Sigg.ri Medici di fiducia degli Ospiti operano in piena autonomia professionale e nel rispetto del codice deontologico di riferimento. L'Ente mette a disposizione dei Medici scelti dagli Ospiti i propri ambulatori e s'impegna a:

- chiamare in caso di necessità il Medico di fiducia dell'Ospite;
- prestare all'ammalato le cure necessarie;
- provvedere a somministrare i medicinali prescritti;
- organizzare l'eventuale ricovero ospedaliero su disposizione del Sanitario.

Ai Sigg.ri Medici è richiesto l'utilizzo del programma informatico dedicato per la tenuta dei diario clinico degli Ospiti propri assistiti.

#### **9.3.2 - L'Area delle attività di assistenza di base alla persona, infermieristiche, riabilitative e di animazione**

Garantisce agli ospiti i servizi infermieristico, assistenziale, di riabilitazione ed animazione, di farmacia ed archivio sanitario attraverso professionalità sanitarie, socio-sanitarie e sociali (Infermieri, Terapisti della Riabilitazione, Operatori Assistenziali, Animatrici).

La responsabilità del governo delle attività di assistenza di base alla persona, infermieristiche, riabilitative e di animazione è affidata ad un Collaboratore professionale sanitario che persegue il raggiungimento dei relativi obiettivi gestionali, attraverso il coordinamento delle risorse umane, la pianificazione degli interventi, la conduzione delle attività e l'organizzazione dei processi assistenziali all'interno della struttura, lo sviluppo ed il miglioramento della qualità assistenziale. Esso opera di concerto con le direttive della Presidenza e del Consiglio di amministrazione e nel rispetto delle norme dello Statuto e dei Regolamenti interni di funzionamento.

### **9.4 - L'Area dei Servizi amministrativi, tecnici, economici e di sicurezza**

Garantisce la gestione amministrativa, i Servizi tecnico-manutentivi, economici e di sicurezza della Struttura. La responsabilità dell'amministrazione della struttura è affidata ad un Collaboratore amministrativo-professionale che assicura la funzione di amministrazione della struttura, intesa quale gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali, attraverso il presidio di tutti i processi che supportano l'erogazione del servizio agli utenti. Detta funzione prevede la responsabilità sulla corretta gestione economico-finanziaria dell'Ente, la regolare amministrazione giuridica e contrattuale del personale, nonché la predisposizione di tutti gli atti amministrativi necessari al funzionamento della struttura. Il Responsabile amministrativo opera di concerto con le direttive della Presidenza e del Consiglio di amministrazione e nel rispetto delle norme dello Statuto e dei Regolamenti interni di funzionamento.

ALLEGATI: la modulistica allegata è suscettibile di variazioni che saranno adottate su disposizione della Presidenza della Casa di Riposo.

- 1 - PROCEDURA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE
- 2 - MODULISTICA DELLA CASA DI RIPOSO A CORREDO DOMANDA DI AMMISSIONE
- 3 - IL CONTRATTO DI OSPITALITÀ
- 4 - MODULODOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER L'AMMISSIONE IN STRUTTURA
- 5 - MODULO RECLAMI E SUGGERIMENTI

**- Allegato n. 1: PROCEDURA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE**



PARROCCHIA "SAN MARTINO VESCOVO E SACRO CUORE DI GESÙ"  
CASA DI RIPOSO FONDAZIONE "G. FABRICIO"  
Via Villa Dote, 17 33090 Clauzetto (PN)  
tel/fax 0427.80205  
e-mail: [parr.clauzetto@diocesiconcordiapordenone.it](mailto:parr.clauzetto@diocesiconcordiapordenone.it)  
C.F.: 90003080935 - P.IVA: 00542110937

**PROCEDURA DA SEGUIRE  
PER LE DOMANDE DI AMMISSIONE IN CASA DI RIPOSO**

Per l'avvio della richiesta di ospitalità presso una Casa di Riposo  
bisogna rivolgersi al Medico di Medicina Generale (MMG)  
o al Medico curante durante un ricovero ospedaliero/residenziale  
il quale provvede alla compilazione del certificato medico denominato:  
**"SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER I SERVIZI DI RETE  
E PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO"**



Con la **SCHEDA DI SEGNALAZIONE**  
l'interessato si rivolgerà al Servizio Sociale del Comune di residenza



**L'Ambito nord assieme al Distretto Sanitario provvedono a:**  
Acquisire la domanda di inserimento  
Compilare la Scheda Sociale  
Fornire indicazioni per l'ottenimento del contributo aggiuntivo per l'abbattimento della retta  
Raccogliere l'atto di garanzia del pagamento e l'eventuale impegno dell'amministrazione comunale  
Compilare la scheda di valutazione della non autosufficienza e del grado di autonomia della persona



**La documentazione prodotta viene trasmessa dal Distretto Sanitario alle Case di Riposo prescelte.**



**Inserimento in struttura**  
La Casa di Riposo contatta la persona di riferimento  
per la produzione di eventuale documentazione necessaria non pervenuta direttamente dal Distretto Sanitario  
**L'accoglimento della persona nella residenza  
avviene secondo quanto previsto dal regolamento della Casa.**

Contatti Case di Riposo

CASA DI RIPOSO FONDAZIONE "G. FABRICIO"  
Via Villa Dote, 17 33090 Clauzetto (PN)  
tel/fax 0427.80205  
e-mail: [parr.clauzetto@diocesiconcordiapordenone.it](mailto:parr.clauzetto@diocesiconcordiapordenone.it)

**Allegato n. 2: MODULISTICA DELLA CASA DI RIPOSO A CORREDO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE**

Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**  
**“FONDAZIONE G. FABRICIO”**  
Via Villa Dote n. 17  
33090 CLAUZETTO (PN)

Oggetto: **richiesta di ammissione in Casa residenziale per anziani.**

Dati anagrafici della persona richiedente o per la quale si chiede l'ammissione:

|                       |  |                     |                     |  |                  |                   |  |
|-----------------------|--|---------------------|---------------------|--|------------------|-------------------|--|
| _l_ sottoscritt_      |  | COGNOME:            |                     |  | NOME:            |                   |  |
| nat_ a                | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA         | PROV.               | il                  | DATA DI NASCITA                        | CODICE FISCALE   |                   |  |
| residente a           | C.A.P.                                   | COMUNE DI RESIDENZA | PROV.               | INDIRIZZO (via, piazza, numero civico) |                  | TELEFONO          |  |
| Stato civile          | INDICARE LO STATO CIVILE                 |                     | COGNOME DEL CONIUGE |  | NOME DEL CONIUGE |                   |  |
| Documento d'identità: | NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITÀ |                     |                     | RILASCIATO DA:                         |                  | DATA DEL RILASCIO |  |

Dati anagrafici di altra persona richiedente:

|                       |  |                     |                     |  |                  |                   |  |
|-----------------------|--|---------------------|---------------------|--|------------------|-------------------|--|
| _l_ sottoscritt_      |  | COGNOME:            |                     |  | NOME:            |                   |  |
| nat_ a                | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA         | PROV.               | il                  | DATA DI NASCITA                        | CODICE FISCALE   |                   |  |
| residente a           | C.A.P.                                   | COMUNE DI RESIDENZA | PROV.               | INDIRIZZO (via, piazza, numero civico) |                  | TELEFONO          |  |
| Stato civile          | INDICARE LO STATO CIVILE                 |                     | COGNOME DEL CONIUGE |  | NOME DEL CONIUGE |                   |  |
| Documento d'identità: | NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITÀ |                     |                     | RILASCIATO DA:                         |                  | DATA DEL RILASCIO |  |

che agisce a nome e per conto della persona della quale si chiede l'ammissione in Casa in qualità di:

|   |                                 |                                      |                                   |                                |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno | <input type="checkbox"/> Tutore | <input type="checkbox"/> Procuratore | <input type="checkbox"/> Figlio/a | <input type="checkbox"/> _____ |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

**CHIEDE**

L'accoglimento presso codesta Casa,

ovvero l'accoglimento del \_\_ Sig. \_\_

|          |       |
|----------|-------|
| COGNOME: | NOME: |
|----------|-------|

|                             |  |                                  |
|-----------------------------|--|----------------------------------|
| Con alloggiamento in camera | <input type="checkbox"/> a due o tre posti letto | <input type="checkbox"/> singola |
|-----------------------------|--|----------------------------------|

**A tal fine si impegna:**

1. a comunicare tempestivamente eventuali rinunce;
2. ad osservare il Regolamento della Casa;
3. ad accettare eventuali provvedimenti motivati di dimissione.

**Dichiara**

1. di avere preso atto dell'ammontare della retta giornaliera di degenza;
2. di garantire che tale retta ed i suoi eventuali aumenti sarà corrisposta da *(nome, cognome e relazione di parentela)* \_\_\_\_\_ come da regolare impegnativa prodotta contestualmente alla presente;
3. ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di avere ricevuto dalla Casa di Riposo di Clauzetto completa informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi ed in particolare di quelli considerati sensibili dall'art. 4, comma 1, lettera d del medesimo Decreto, o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con la Casa di Riposo, Consulenti, Enti Previ-

denziali ed Assistenziali, Istituti di Credito, Enti Pubblici Nazionali, Regionali e Provinciali, eccetera, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa.

**Comunica**

i seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali l'Ente può rivolgersi in caso di necessità:

| <i>Cognome e Nome</i> | <i>Relazione di parentela</i> | <i>Indirizzo</i> | <i>Telefono</i> |
|-----------------------|-------------------------------|------------------|-----------------|
|                       |                               |                  |                 |
|                       |                               |                  |                 |
|                       |                               |                  |                 |
|                       |                               |                  |                 |

**Dichiara**

- di confermare l'impegnativa preliminare di spesa sottoscritta il \_\_\_\_\_

ALTRA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

---

---

---

Distinti saluti.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

|                                |        |  |
|--------------------------------|--------|--|
| Impossibilitato a firmare per: | Teste: |  |
|                                | Teste: |  |

## IMPEGNATIVA PRELIMINARE

Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**  
**“FONDAZIONE G. FABRICIO”**  
Via Villa Dote n. 17  
33090 CLAUZETTO (PN)

|                       |  |                     |                     |  |                  |                   |  |
|-----------------------|--|---------------------|---------------------|--|------------------|-------------------|--|
| _I_ sottoscritt_      |  | COGNOME:            |                     |  | NOME:            |                   |  |
| nat_ a                | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA         | PROV.               | il                  | DATA DI NASCITA                        | CODICE FISCALE   |                   |  |
| residente a           | C.A.P.                                   | COMUNE DI RESIDENZA | PROV.               | INDIRIZZO (via, piazza, numero civico) |                  | TELEFONO          |  |
| Stato civile          | INDICARE LO STATO CIVILE                 |                     | COGNOME DEL CONIUGE |  | NOME DEL CONIUGE |                   |  |
| Documento d'identità: | NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA |                     |                     | RILASCIATO DA:                         |                  | DATA DEL RILASCIO |  |

in relazione alla domanda di ammissione del \_\_ Sig. \_\_

|             |                                  |                     |       |  |                |          |  |
|-------------|----------------------------------|---------------------|-------|--|----------------|----------|--|
|             |                                  | COGNOME:            |       |  | NOME:          |          |  |
| nat_ a      | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA | PROV.               | il    | DATA DI NASCITA                        | CODICE FISCALE |          |  |
| residente a | C.A.P.                           | COMUNE DI RESIDENZA | PROV. | INDIRIZZO (via, piazza, numero civico) |                | TELEFONO |  |

### si obbliga per sé e per gli eredi

1. a corrispondere mensilmente la retta di degenza in vigore per l'Ospite su indicat\_, entro i primi giorni di ogni periodo, nonché tutti gli aumenti della predetta retta giornaliera di degenza che verranno stabiliti dal Consiglio di amministrazione della Casa di Riposo;
2. al pagamento delle eventuali spese medicinali e cure particolari da prestarsi all'Ospite medesimo;
3. al pagamento delle spese di accompagnamento per visite specialistiche ed indagini diagnostico-strumentali fuori sede;
4. a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'Ospite in parola su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente;
5. a provvedere tempestivamente per le onoranze funebri in caso di decesso dell'Ospite presso codesta Casa di Riposo.
6. a stipulare il contratto di ospitalità all'atto dell'ammissione dell'Ospite

### Dichiara

- che quanto sopra avrà effetto dalla data di ammissione del \_\_ ricoverand \_\_;
- che l'impegnativa sarà valida per tutta la durata della degenza dell'Ospite in parola.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento :

Tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il Funzionario ricevente \_\_\_\_\_

Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**  
**“FONDAZIONE G. FABRICIO”**  
Via Villa Dote n. 17  
33090 CLAUZETTO (PN)  
Tel. 0427 80205

## **RISERVATA ALL'UFFICIO**

### **ISTRUTTORIA DELLA PRATICA DI AMMISSIONE**

**DEL SIG.** \_\_\_\_\_

#### **Documentazione prodotta:**

- Domanda di ammissione
- Impegnativa – Obbligazione;
- Scheda di segnalazione dei Servizi di rete;
- Deliberazione/Determina del Comune di residenza;
- Relazione del Servizio sociale di base;
- Esito valutazione U.V.;
- Certificato di stato di famiglia o autocertificazione;
- Eventuale copia del verbale di accertamento dell'invalidità civile;
- Consenso al trattamento dei dati personali;
- Altro \_\_\_\_\_
- NOTE: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

L'Istruttore

### **AUTORIZZAZIONE**

**Vista la domanda di ammissione presentata per il ricovero del**

**Sig.** \_\_\_\_\_

**Con i poteri del Consiglio di Amministrazione, si autorizza l'ammissione.**

data \_\_\_\_\_

Il Presidente

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER I SERVIZI DI RETE  
E PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO**

DATA DI RICEVIMENTO | \_\_\_\_\_ |

FASCICOLO N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <i>Da compilare sempre a cura del segnalante</i>  | <b>DATA DI SEGNALAZIONE</b>                |
| _____   |  |
| <i>Da compilare solo in caso di segnalazione di ricoverato in Casa ospedaliera o residenziale</i> |  |
| <b>DATA DI RICOVERO</b>   _____   | <b>DATA PREVISTA DI DIMISSIONE</b>   _____ |

|   |                   |
|---|-------------------|
| <b><u>DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO</u></b>                    |                   |
| COGNOME NOME _____  | C.R.A.   _____    |
| <i>DATA DI NASCITA</i> / _____ <i>COMUNE DI RESIDENZA</i> _____ |                   |
| <b>DOMICILIO ATTUALE</b> _____                                  |                   |
| <b>PERSONA DI RIFERIMENTO</b> _____                             | <b>TEL.</b> _____ |
| <b>MEDICO DI MEDICINA GENERALE</b> _____                        |                   |
| <b>RELIGIONE</b> _____  |                   |

|  |            |
|--|------------|
| <b><u>OPERATORE SOCIO-SANITARIO CHE HA COMPILATO LA SCHEDA</u></b>               |            |
| COGNOME NOME _____   |            |
| <input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE DELL'ASSISTITO (NOME) _____ |            |
| <input type="checkbox"/> U.O./ SERVIZIO _____                                    | SEDE _____ |
| <b>QUALIFICA PROFESSIONALE</b> _____   |            |
| <input type="checkbox"/> ALTRI (SPECIFICARE) _____                               |            |
| TEL. _____ contattabile dalle ore _____ alle ore _____                           |            |

|  |
|--|
| L'ASSISTITO FRUISCE DI: <input type="checkbox"/> nessun servizio formale <input type="checkbox"/> servizio sociale <input type="checkbox"/> servizio assistenza domiciliare sanitaria <input type="checkbox"/> R.S.A. residenza per anziani <input type="checkbox"/> dipartimento salute mentale <input type="checkbox"/> dipartimento dipendenze <input type="checkbox"/> servizio ospedaliero <input type="checkbox"/> altro _____ |
|--|

**PATOLOGIE IN ATTO** (al primo posto indicare la prevalente che ha determinato la segnalazione ICD)

|    |       |  |
|----|-------|--|
| 1. | ..... |  |
| 2. | ..... |  |
| 3. | ..... |  |
| 4. | ..... |  |
| 5. | ..... |  |
| 6. | ..... |  |

**VALUTAZIONE MEDICO-CLINICA**

|  |                                  |   |               |               |           |    |
|--|----------------------------------|---|---------------|---------------|-----------|----|
| <b>STATO DI NUTRIZIONE</b>                   | BUONO                            | DISCRETO                                  | SCADUTO       | DEAMBULAZIONE | SI        | NO |
| <b>STATO DI IDRATAZIONE</b>                  | BUONO                            | DISCRETO                                  | SCADUTO       | ALLETTATO     | SI        | NO |
| <b>CUTE</b>                                  | NORMALE                          | LESIONI DA DECUBITO _____                 |               |               |           |    |
| <b>APP LINFOGHIANDOLE</b>                    | NORMALE                          | <input type="checkbox"/> PATOLOGICO _____ |               |               |           |    |
| <b>CAPO-COLLO</b>                            | NORMALE                          | PATOLOGICO _____                          |               |               |           |    |
| <b>TIROIDE</b>                               | <input type="checkbox"/> NORMALE | ____ PATOLOGICA _____                     |               |               |           |    |
| <b>CUORE</b>                                 | NORMALE                          | PATOLOGICO _____                          | PA _____      | Fc _____      | R/A _____ |    |
| <b>APP VASCOLARE VENOSO</b>                  | <input type="checkbox"/> NORMALE | PATOLOGICA _____                          |               |               |           |    |
| <b>APP VASCOLARE ARTERIOSO</b>               | <input type="checkbox"/> NORMALE | PATOLOGICA _____                          |               |               |           |    |
| <b>TORACE</b>                                | <input type="checkbox"/> NORMALE | <input type="checkbox"/> PATOLOGICO _____ | DISPNEA SI NO |               |           |    |
| <b>ADDOME</b>                                | <input type="checkbox"/> NORMALE | PATOLOGICO _____                          |               |               |           |    |
| <b>FEGATO</b>                                | <input type="checkbox"/> NORMALE | PATOLOGICO _____ B _____                  |               |               |           |    |
| <b>APP MUSCOLOSCELETRICO</b>                 | <input type="checkbox"/> NORMALE | PATOLOGICO _____                          |               |               |           |    |
| <b>SNC</b>                                   | NORMALE                          | PATOLOGICO _____                          |               |               |           |    |
| <b>PSICHE</b>                                | <input type="checkbox"/> NORMALE | <input type="checkbox"/> PATOLOGICA _____ |               |               |           |    |
| <b>APP. URO-GENITALE</b>                     | NORMALE                          | PATOLOGICO _____                          |               |               |           |    |
| <b>APP. ENDOCRINO</b>                        | NORMALE                          | PATOLOGICO _____                          |               |               |           |    |
| <b>ORGANI DI SENSO (VISTA UDITO FAVELLA)</b> | NORMALE                          | PATOLOGICO _____                          |               |               |           |    |

**SCALA DI STABILITÀ / INSTABILITÀ CLINICA (DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO)**

- A. stabile:** soggetto senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli superiori a 60 giorni
- B. moderatamente stabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di 30-60 giorni
- C. moderatamente instabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico ad intervalli di più di una volta al mese, ma meno di una volta la settimana
- D. instabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico presumibilmente una o più di una volta/settimana, ma non quotidiano
- E. molto instabile:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano
- F. acuzie:** soggetto con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano

RILEVAZIONE DOLORE Numeric Rate Scale: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (barrare il valore)



0 = assente



2 = lieve



4 = moderato



6 = medio



8 = forte



10 = intollerabile

BISOGNI/PROBLEMI

|   |       |
|---|-------|
| <i>barrare una o più voci</i>                 |       |
| <input type="checkbox"/> SOCIALI              | _____ |
| <input type="checkbox"/> INFERMIERISTICI      | _____ |
| <input type="checkbox"/> RIABILITATIVI        | _____ |
| <input type="checkbox"/> MEDICO-SPECIALISTICI | _____ |
| _____   | _____ |
| <b>PAZIENTE CHE NECESSITA DI</b>              | _____ |
| <input type="checkbox"/> CURE PALLIATIVE      | _____ |
| <input type="checkbox"/> AUSILI / PRESIDI     | _____ |
| <input type="checkbox"/> CASA PROTETTA O      | _____ |
| ALTRA SITUAZIONE                              | _____ |
| TUTELARE                                      | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |
|   | _____ |

Autosufficienza precedente all'evento motivo della segnalazione

- Totalmente autosufficiente
- Parzialmente autosufficiente
- Totalmente non autosufficiente

TERAPIA/PROGRAMMA IN ATTO:

|       |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

DATA .....

FIRMA

\_\_\_\_\_



Parrocchia San Martino Vescovo e Sacro Cuore di Gesù

**CASA DI RIPOSO**  
**FONDAZIONE G. FABRICIO**  
Via Villa Dote 17 - 33090 CLAUZETTO (PN)

Informativa agli Ospiti ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

Le comunichiamo che, per l'instaurazione e la gestione della sua assistenza, questo Ente entrerà in possesso di dati personali Suoi e dei Suoi familiari dal momento della presentazione della domanda di ammissione.

La informiamo pertanto che, in base all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, tali dati saranno trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici e telematici per la gestione dei rapporti con questo Ente, con gli Enti di previdenza ed assistenza, con l'Amministrazione dello Stato, con la Regione, la Provincia, il Comune, con gli Istituti di Credito per il pagamento delle rette di degenza, nonché con le altre Persone ed Enti preposti al fine di adempiere a tutti gli obblighi legali, contrattuali, fiscali, sanitari, assistenziali e statistici connessi.

Il conferimento dei dati è doveroso per quanto è richiesto dai predetti obblighi e pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli in tutto o in parte può comportare l'impossibilità per l'Ente di dare esecuzione all'ammissione, o di svolgere correttamente tutti gli adempimenti connessi al rapporto di assistenza.

L'Ente potrà trattare dati che il Decreto succitato definisce "sensibili" (art. 4, comma 1, lettera d)) in quanto idonei in particolare a rilevare lo stato di salute della persona assistita.

Tutti i dati predetti e gli altri costituenti il Suo rapporto d'assistenza con questo Ente verranno conservati anche dopo la cessazione del rapporto medesimo e per l'espletamento di tutti i residui adempimenti.

Salvo che per la gestione sanitaria, di competenza del Suo Medico di fiducia che compilerà un diario clinico soggetto al segreto professionale, Titolare del Trattamento è la **Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio** con sede in Clauzetto (PN), il Responsabile del trattamento e della protezione dei Suoi dati personali è il Sig. Gerometta Italice Josè.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, che per sua comodità riproduciamo integralmente:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

**Consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'articolo 23 del D.L.gs. 196/2003**

Il/La sottoscritto/a.....in conformità a quanto disposto dal D.Lgs. 30.06.2006 n.196, dichiara di essere informato sul trattamento dei dati personali forniti e dà il proprio consenso alle predette comunicazioni e ai trattamenti realizzati da tali soggetti utilizzati ai soli fini indicati nell'informativa, consapevole che, in mancanza del proprio consenso, la Casa di Riposo non potrà dare esecuzione né mantenere il rapporto con l'interessato medesimo.

- Per quanto riguarda il consenso a comunicare il proprio status a parenti e visitatori da parte della Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio.

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

- Per quanto riguarda l'esposizione della propria immagine e/o del proprio nominativo sulla porta della camera, nelle locandine delle feste di compleanni, nelle tabelle con indicazioni per diete e prestazioni da parte della Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio.

dà il proprio consenso

nega il proprio consenso

Si intende comunque confermato il proprio consenso alla possibilità di effettuare fotografie durante le feste di compleanno da parte degli Animatori.

Inoltre indica quale medico designato per la comunicazione dei dati idonei a rilevare il proprio stato di salute Il/la Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

Clauzetto, data .....

L'interessato per consenso .....

**Consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'articolo 23 del D.L.gs. 196/2003 non prestato dall'interessato per incapacità**

Il/La sottoscritto/a .....  
In qualità di .....del Sig/Sig.ra.....  
fa presente che le condizioni psico/fisiche del/la suddetto/a non sono tali da consentire l'informazione diretta per cui, per conto del medesimo,

Clauzetto, data .....

L'interessato per consenso .....

**Modello unico di segnalazione al Distretto Sanitario**

Al Distretto Sanitario  
di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Oggetto: segnalazione per la valutazione dell'ammissione in Casa residenziale per anziani.**

**Dati anagrafici della persona richiedente o per la quale si chiede la valutazione:**

|                       |                                  |  |                     |                 |  |  |                   |
|-----------------------|----------------------------------|--|---------------------|-----------------|--|--|-------------------|
| _I_sottoscritt_       |                                  | COGNOME:                                 |                     |                 | NOME:                                  |  |                   |
| nat_a                 | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA | PROV.                                    | il                  | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE                         |  |                   |
| residente a           | C.A.P.                           | COMUNE DI RESIDENZA                      |                     | PROV.           | INDIRIZZO (via, piazza, numero civico) |  | TELEFONO          |
| Stato civile          | INDICARE LO STATO CIVILE         |  | COGNOME DEL CONIUGE |                 | NOME DEL CONIUGE                       |  |                   |
| Documento d'identità: |                                  | NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITÀ |                     |                 | RILASCIATO DA:                         |  | DATA DEL RILASCIO |

**Dati anagrafici di altra persona richiedente:**

|                       |                                  |  |    |                 |  |  |                   |
|-----------------------|----------------------------------|--|----|-----------------|--|--|-------------------|
| _I_sottoscritt_       |                                  | COGNOME:                                 |    |                 | NOME:                                  |  |                   |
| nat_a                 | COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA | PROV.                                    | il | DATA DI NASCITA | CODICE FISCALE                         |  |                   |
| residente a           | C.A.P.                           | COMUNE DI RESIDENZA                      |    | PROV.           | INDIRIZZO (via, piazza, numero civico) |  | TELEFONO          |
| Documento d'identità: |                                  | NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITÀ |    |                 | RILASCIATO DA:                         |  | DATA DEL RILASCIO |

che agisce a nome e per conto della persona della quale si chiede la valutazione per l'ammissione in Casa in qualità di:

- Amministratore di sostegno     Tutore     Procuratore     Figlio/a     \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di esprimere la Vs. valutazione al fine dell'ammissione

- definitiva  
 temporanea (indicare il periodo, massimo 3 mesi) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 centro diurno  
 altro \_\_\_\_\_

presso le seguenti strutture residenziali per anziani (indicare le strutture presso le quali si chiede l'ammissione in ordine di preferenza):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'ad. 13 D.Lgs. 196/2003 e di aver preso atto che il trattamento dei dati personali sarà effettuato per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, inerenti alla procedura per l'inserimento presso la/e strutture protette per le quali è stata formulata richiesta di ammissione, e conseguentemente:

## ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali dell'Ente, ad altri Enti Pubblici, medici, strutture sanitarie ed altro, sia in ambito nazionale che all'estero, con particolare ed espresso riferimento ai dati sensibili necessari per la gestione del ricovero e la tutela socio-sanitaria.

Allega:

- fotocopia della propria carta d'identità
- fotocopia della carta d'identità e della carta dei servizi (tessera sanitaria) del familiare per il quale è richiesta l'ammissione

Clauzetto, lì \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**- Allegato n. 3: IL CONTRATTO DI OSPITALITÀ**

## CONTRATTO DI OSPITALITÀ

Tra i sottoscritti

Ente giuridico canonico denominato **Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio della Parrocchia San Martino Vescovo e Sacro Cuore di Gesù** con sede legale in Clauzetto (PN) – Via Villa Dote n.17 – Codice Fiscale 90003080935 - Partita I.V.A. 00542110937, nella Persona del suo Presidente/Delegato Sig. .... nat\_ a ..... (Prov. di .....)  
il .....  
domiciliato per la carica presso la sede amministrativa dell'Ente (di seguito denominato Casa di Riposo)  
*- da una parte -*

e

\_1\_ Sig. \_ .....  
nat\_ a ..... (Prov. di .....) il .....  
residente a ..... (Prov. di .....)  
via ..... N. .... Tel. ....  
Codice fiscale e/o Partita I.V.A. ....(di seguito denominato Contraente)

che interviene e si obbliga nel presente contratto in solito con .....  
.....  
.....  
*- dall'altra parte -*

Premesso che:

a) La Casa di Riposo, accreditata presso la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, fornisce le prestazioni previste dalla vigente normativa regionale in materia di funzionamento delle Casa per Anziani ed Inabili e dal Regolamento di funzionamento della Casa di Riposo medesima;

b) \_1\_ Contraente è interessato/a a far assistere a tempo indeterminato in regime di ospitalità nella Casa di Riposo il/la

Sig. \_ .....  
nat\_ a ..... (Prov. di .....) il .....  
Residente a ..... (Prov. di .....)  
via ..... N. .... Tel. ....  
Codice fiscale ....(di seguito denominato/a Ospite)

Relazione con il/la Contraente (parentela/tutore/amministratore di sostegno/altro) .....  
che ha presentato domanda di ammissione presso la Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio di Clauzetto (PN);

tutto ciò premesso, da considerarsi parte integrante del presente contratto, si conviene e si stipula quanto segue:

### **Art. 1. Oggetto del contratto**

**1.1** - Con riferimento alla normativa ed ai Regolamenti richiamati in premessa al punto a), la Casa di Riposo assicura all'Ospite il servizio assistenziale e sanitario quale ausilio e sollievo alle condizioni socio/sanitarie dell'Ospite medesimo secondo le modalità stabilite dal Regolamento per gli Ospiti della Casa di Riposo che il/la Contraente dichiara di conoscere e di esserne in possesso.

### **Art. 2. Corrispettivi – retta di degenza – Garanzie - altre spese assistenziali e sanitarie**

**2.1** - Per le prestazioni ordinarie di cui all'oggetto del presente contratto, il Contraente si obbliga a corrispondere alla Casa di Riposo, nelle modalità previste dal citato Regolamento, la retta giornaliera di degenza dovuta per l'Ospite ed ogni sua periodica variazione stabilita con apposita delibera dal Consiglio di amministrazione della Casa di Riposo.

**2.2** - Il/La Contraente è a conoscenza in particolare che:

a) la retta è dovuta integralmente sino alla data di dimissione dell'Ospite predetto e, conseguentemente, anche nei casi di sua assenza temporanea dalla Casa di Riposo, in quest'ultimo caso secondo le riduzioni stabilite dal Regolamento.

b) Il pagamento della predetta retta va effettuato, in via anticipata, entro il giorno 10 di ogni mese direttamente presso gli Uffici di amministrazione della Casa di Riposo in contanti nei termini di legge o con assegno bancario ovvero mediante bonifico bancario nel conto corrente indicato nella modulistica fornita all'atto dell'ammissione dell'Ospite, in quest'ultimo caso avendo cura di indicare il nominativo dell'Ospite ed il mese per il quale avviene il pagamento della retta.

c) Il pagamento della retta decorre dalla data di conferma del posto da parte della Segreteria della Casa di Riposo. All'atto del ricovero il Contraente si obbliga ad effettuare il primo pagamento della retta calcolata come sopra specificato.

d) L'addebito a carico del Contraente degli interessi per eventuali ritardati pagamenti decorre dal giorno successivo a quello della comunicazione di sollecito di pagamento da parte della Casa di Riposo.

e) L'eventuale disdetta del presente contratto non produrrà alcun effetto ove non coincida con la cessazione della degenza dell'Ospite interessato, per cui permarrà l'obbligo assunto dal Contraente del pagamento della retta di ospitalità sino a che perdurerà la degenza stessa.

f) Qualora l'obbligazione al pagamento della retta venisse assunta, nel corso della degenza, da altra Persona o Ente ovvero dal Comune di provenienza dell'Ospite, ne sarà data tempestiva e formale notizia all'Amministrazione della Casa di Riposo che si riserva di prenderne atto.

g) In ogni caso il presente contratto deve essere corredato, a cura del Contraente medesimo, di una garanzia suppletiva del Comune di provenienza dell'Ospite finalizzata ad assicurare il pagamento della retta di degenza.

**2.3** - Dal computo della retta di degenza sono escluse:

a) le spese per medicinali e cure particolari da prestarsi all'Ospite indicato su prescrizione del Medico curante.

b) le spese di accompagnamento per visite specialistiche ed indagini diagnostiche fuori sede non rientranti tra quelle sostenute dalla Casa di Riposo e periodicamente comunicate agli interessati.

c) ogni eventuale altra spesa di carattere personale dell'Ospite.

Per tali spese deve essere effettuato, contestualmente al primo pagamento della retta di degenza, un deposito obbligatorio anticipato di € 50,00 (Euro Cinquanta/00) da versare in contanti o con assegno bancario presso gli Uffici di Amministrazione della Casa di Riposo. Dell'utilizzo del predetto deposito, ricevuto in forma infruttifera per conto dell'Ospite, la Casa di Riposo si obbliga a fornire adeguata documentazione giustificativa. Detto deposito non andrà versato mensilmente, bensì ad estinzione dello stesso, previa richiesta al Contraente da parte della Segreteria della Casa di Riposo.

**2.4** – Il Contraente prende atto che gli oneri a suo carico, connessi alla degenza dell'Ospite, sono esclusivamente quelli previsti dal presente contratto e prende atto altresì che al personale d'assistenza è fatto espresso divieto di accettare mance o regalie.

**2.5** – La Casa di Riposo, all'atto della dimissione dell'Ospite, si impegna a restituire il residuo delle somme anticipate sia a titolo di retta di degenza che di altre spese assistenziali e sanitarie.

### **Art. 3. Altri impegni e obbligazioni**

**3.1** – Salvo diversa disposizione scritta dell'Ospite, il/la Contraente provvede al ritiro ed alla consegna all'Ospite della corrispondenza recapitata presso la Segreteria della Casa di Riposo ed indirizzata all'Ospite medesimo e ad ogni eventuale adempimento correlato.

- 3.2** – Il Contraente, nella sua qualità di persona che assiste l’ospite nei rapporti con la Casa di Riposo, si attiene per il rispetto da parte dell’Ospite medesimo e dei suoi parenti e conoscenti, delle norme Regolamentari e di Sicurezza rese note e delle disposizioni in vigore presso la Casa di Riposo.
- 3.3** – Il Contraente si impegna a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell’Ospite su richiesta motivata e formalizzata dalla Presidenza della Casa di Riposo.
- 3.4** - Il Contraente si impegna a provvedere alle onoranze funebri nel caso di decesso dell’Ospite presso la Casa di Riposo.
- 3.5** – Il Contraente ritirerà gli effetti personali dell’Ospite dimesso o deceduto entro 15 giorni dall’evento decedendo, dopo tale data, ogni responsabilità della Casa di Riposo.
- 3.6** – Il Contraente prende atto che la Casa di Riposo non è responsabile della sparizione di oggetti o di valori custoditi dall’ Ospite ovvero non depositati presso l’Amministrazione.
- 3.7** – Il Contraente prende atto che l’Amministrazione della Casa di Riposo può in qualsiasi momento, sentiti gli interessati, modificare l’assegnazione della camera o l’abbinamento degli Ospiti.
- 3.8** – La Casa di Riposo fornirà l’assistenza necessaria all’Ospite all’interno della Casa stessa e/o nel quadro delle proprie attività mentre il Contraente assicura l’assistenza dell’Ospite all’esterno della Casa di Riposo sia per quanto riguarda i ricoveri e le visite mediche presso Ospedali, Ambulatori, ecc. che per lo svolgimento di pratiche varie (ivi incluse pratiche giuridiche, pensionistiche e fiscali) a carico dell’Ospite, o altre assenze.
- 3.9** – Il Contraente prende atto che la Casa di Riposo, pur avendo messo in atto una serie di attenzioni, misure, precauzioni e coperture assicurative allo scopo di garantire i più alti standard di sicurezza, non si assume alcuna responsabilità né per incidenti fortuiti alla persona, né per eventuali atti pregiudizievoli a sé o agli altri che possano essere compiuti dall’Ospite.
- 3.10** - Eventuali danni o manomissioni di mobili, immobili ed impianti che dovessero essere arrecati per incuria o negligenza dell’Ospite, sono risarciti alla Casa di Riposo a cura del Contraente.
- 3.11** – Qualora il Contraente o chi per esso intenda affiancare all’Ospite assistenti personali o badanti, deve dare preventiva informazione all’Amministrazione della Casa di Riposo comunicando il/i nominativo/i delle persone incaricate del servizio ed ogni eventuale successiva variazione. In tale contesto e sui conseguenti rapporti giuridici, retributivi, assicurativi, previdenziali e fiscali intrattenuti con le persone incaricate, non ne deriverà alcuna responsabilità per l’Amministrazione della Casa di Riposo. Eventuali assistenti personali o badanti non devono interferire con il normale servizio reso dalla Casa di Riposo né possono rappresentare ad alcun titolo l’Ospite.
- 3.12** – Il Contraente si impegna a non pretendere per l’Ospite prestazioni o servizi non compresi o previsti dal normale programma assistenziale.

#### **Art. 4. Clausole finali**

- 4.1** – Il Contraente dichiara ed assicura che tutta la documentazione prodotta a corredo della domanda di ammissione dell’Ospite, per la parte di specifica competenza, è autentica e veritiera sotto ogni profilo.
- 4.2** - Tutte le clausole del presente contratto, sia singolarmente che nel complesso, sono espressamente accettate senza riserva alcuna.
- 4.3** - Qualsiasi controversia dovesse sorgere nell’interpretazione o applicazione del presente contratto le parti stabiliscono quale Foro territoriale competente quello di Pordenone.
- 4.4** - Le spese del presente atto ed ogni altra spesa inerente sono a carico dei sottoscritti, ivi comprese le spese di registro in caso d’uso.

Clauzetto, .....

Il/La Contraente .....

Documento valido di riconoscimento:

Tipo: .....

Numero: .....

Rilasciato da: .....

Data del rilascio: .....

Per conferma ed accettazione degli artt. 1, 2, 3 e 4 del presente contratto

Clauzetto, .....

Il/La Contraente .....

Per la Casa di Riposo

Clauzetto, .....

Il Presidente/Delegato

.....



Parrocchia San Martino Vescovo e Sacro Cuore di Gesù

**CASA DI RIPOSO**  
**FONDAZIONE G. FABRICIO**  
Via Villa Dote 17 - 33090 CLAUZETTO (PN)

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

La informiamo ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati da Lei forniti sono indispensabili per l'esecuzione di obblighi derivanti da un contratto in cui Lei è parte. In particolare i suoi dati personali saranno trattati per la gestione amministrativa, contabile e per la tutela dei crediti dell'Ente, per la gestione dei rapporti dell'Ente con Professionisti, Consulenti, Pubbliche Amministrazioni, per la gestione di adempimenti di obblighi previsti dalla normativa comunitaria, dalla legge o da un regolamento.

Il trattamento dei Suoi dati sarà improntato a principi di correttezza, liceità, completezza e pertinenza nei limiti strettamente necessari all'espletamento del rapporto stesso, facendo presente che L'Ente potrà avere l'esigenza di comunicare tutti o parte dei Suoi dati a soggetti esterni quali: consulenti fiscali e contabili, istituti di credito, previdenziali ed assicurativi, nonché con le altre Persone ed Enti preposti al fine di adempiere a tutti gli obblighi legali e contrattuali.

Tali dati saranno trattati con il supporto di mezzi cartacei, informatici e telematici. La banca dati è organizzata in modo tale che l'accesso ai dati è consentito al solo personale espressamente incaricato dal Responsabile del trattamento.

Qualora Lei ritenga di non fornire il Suo consenso, questo Ente si troverà nell'impossibilità di dare esecuzione al rapporto o di svolgere tutti gli adempimenti connessi.

Titolare del Trattamento è la **Casa di Riposo – Fondazione G. Fabricio** con sede in Clauzetto (PN) in Villa Dote n. 17, Responsabile del trattamento e della protezione dei Suoi dati personali il Sig. Gerometta Italo José.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03, che per sua comodità riproduciamo integralmente:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Clauzetto, data .....

L'interessato per consenso .....

**Consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi dell'articolo 23 del D.L.gs. 196/2003**

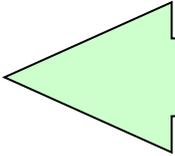
L'interessato .....  
consente che L'Ente effettui il trattamento dei dati personali da lui indicati e forniti, compresi quelli sensibili, per le finalità di cui all'informativa.

Clauzetto, data .....

L'interessato per consenso .....

**- Allegato n. 4: DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER L'AMMISSIONE IN STRUTTURA**

| <b>DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER L'AMMISSIONE IN STRUTTURA</b>  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documento valido di riconoscimento;</li> <li>▪ Numero di codice fiscale;</li> <li>▪ Tessera Sanitaria</li> <li>▪ Elenco ausili assegnati all'ospite dall'A.S.S. di provenienza (quelli non idonei sono restituiti tramite i familiari)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Documento profilassi antitetanica (eventuale);</li> <li>▪ Foto recente formato tessera;</li> <li>▪ Altri documenti mancanti</li> <li>▪ Versamento di € 50,00 quale fondo spese farmaci</li> <li>▪ <b>All'ingresso prendere contatto con il Responsabile del Servizio di Fisioterapia per approntare la scheda fisioterapica</b></li> </ul> |

| <b>CORREDO PERSONALE DELL'OSPITE (a discrezione)</b>   |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6 tute ginniche</li> <li>▪ 4 camicie da notte</li> <li>▪ 4 pigiami</li> <li>▪ 10 mutande</li> <li>▪ 10 magliette di cotone con maniche corte</li> <li>▪ 5 canottiere di cotone con spalla larga</li> <li>▪ 10 paia di calzini</li> <li>▪ 8 asciugamani</li> <li>▪ 3 completi lenzuola x letto singolo</li> <li>▪ 1 paio di pantofole</li> <li>▪ Capi di vestiario personale non delicato</li> <li>▪ Occorrente per igiene e cura personale</li> <li>▪ (spazzolino da denti, pettine, 4 manopole, ecc.)</li> </ul> |  <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0ffe0; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;"><b><u>IMPORTANTE</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b>TUTTO IL CORREDO PERSONALE<br/>DEVE ESSERE NUMERATO CON</b></p> <p style="text-align: center;"><b>IL N. _____</b></p> <p style="text-align: center;"><b>IN FETTUCINA DI TELA PRESTAMPATA</b></p> </div> |
| <p><b>NB: il numero, negli indumenti, deve essere messo al collo interno.</b><br/> <b>Gli indumenti senza numero potrebbero andare perduti.</b><br/> <b>La Casa non risponde in caso di smarrimento di effetti personali senza numero<br/>o rovinati in lavanderia perché troppo delicati</b><br/> <b>PROVVEDERE ALLA PERIODICA SOSTITUZIONE DEI CAPI DI VESTIARIO DETERIORATI</b></p>   |  |

| <b>MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLE RETTE DI DEGENZA</b>   |            |       |       |     |       |       |                     |
|---|------------|-------|-------|-----|-------|-------|---------------------|
| <p>Gli importi mensili delle rette di degenza devono essere versati <b>entro i primi dieci giorni</b> d'ogni periodo e possono essere accreditati sul conto corrente di seguito indicato, avendo cura di specificare nella causale di versamento il nominativo dell'assistito ed il periodo di riferimento:</p> |            |       |       |     |       |       |                     |
| BANCA   | Filiale di | Paese | CIN E | CIN | ABI   | CAB   | C/C                 |
| Friulovest Banca  | Lestans    | IT    | 79    | Z   | 08805 | 68130 | <b>006004100215</b> |

I predetti pagamenti possono essere effettuati anche presso i ns. Uffici, aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 13.00. sempre entro i primi 10 giorni di ogni mese,

**AVVERTENZE PER I FAMILIARI**

|  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ orario visite: tutti i giorni dalle 09.00 alle 18.00;</li> <li>➤ rispettare la quiete degli ospiti;</li> <li>➤ rispettare il regolamento interno;</li> <li>➤ rispettare le norme di sicurezza e, in caso d'emergenza, astenersi dal compiere azioni che possano intralciare i soccorsi e/o compromettere l'altrui incolumità;</li> <li>➤ non introdurre alcolici;</li> <li>➤ non fumare negli ambienti interni;</li> <li>➤ comunicare alla direzione ogni variazione d'indirizzo e n. telefonico;</li> <li>➤ <u>parcheggiare gli automezzi all'esterno dell'ente; accesso con automezzi consentito eccezionalmente solo per il tempo strettamente necessario ad operazioni di carico e scarico;</u></li> <li>➤ rispettare gli orari d'ufficio (tutti i giorni dalle 09.00 alle 13.00 escluso il sabato e festivi);</li> <li>➤ versare con la prescritta regolarità mensile le rette di degenza;</li> <li>➤ non pretendere per l'ospite trattamenti e prestazioni non previsti dal normale programma di servizio ed evitare di elargire mance al personale dipendente;</li> <li>➤ concordare con il Responsabile di struttura o l'Infermiera professionale di turno ogni eventuale assenza dell'ospite.</li> </ul> |
|--|

