



Fondazione  
Scarpari Forattini  
onlus

**Residenza Sanitaria Assistenziale**

# Carta dei Servizi



**Allegati RSA**





# SOMMARIO

<b>Domanda di ingresso – Residenti Regione Lombardia .....</b>	<b>3</b>
<b>Domanda di ingresso – Residenti Fuori Regione Lombardia.....</b>	<b>7</b>
<b>Regolamento per l’accesso.....</b>	<b>11</b>
<b>Scheda Clinica Informativa .....</b>	<b>17</b>
<b>Contratto d’Ingresso .....</b>	<b>20</b>
<b>Elenco documenti da consegnare all’ingresso .....</b>	<b>31</b>
<b>Dotazione biancheria.....</b>	<b>32</b>
<b>Questionario di rilevazione del gradimento dei servizi.....</b>	<b>33</b>
<b>Modulo per suggerimenti e/o reclami .....</b>	<b>36</b>
<b>Carta dei diritti dell’anziano .....</b>	<b>37</b>

**DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE  
RESIDENTI REGIONE LOMBARDIA**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ACCOGLIMENTO DI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_  
 Stato Civile \_\_\_\_\_ Invalidità \_\_\_\_\_ % Ind. Accompagnamento  Si  No

**IN POSTO LETTO ACCREDITATO A CONTRATTO**

	<b>Retta giornaliera</b>	<b>Deposito cauzionale</b>
<b>RICOVERO ORDINARIO</b>		
<i>[Casi a medio-alta intensità assistenziale con disturbi comportamentali medio-lievi]</i>		
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato (min. 90 gg) .....	€ 70,00	€ 2.000,00
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg) .....	€ 76,00	€ 2.000,00
<input type="checkbox"/> <b>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</b> .....	€ 10,00	
<b>NUCLEO ALZHEIMER</b>		
<i>[Demenze/Alzheimer certificati con disturbi comportamentali medio-gravi]</i>		
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato (min. 90 gg) .....	€ 76,00	€ 2.200,00
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg) .....	€ 82,00	€ 2.200,00
<input type="checkbox"/> <b>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</b> .....	€ 10,00	

**IN POSTO LETTO PRIVATO**

	<b>Retta giornaliera</b>	<b>Deposito cauzionale</b>
<b>ACCREDITATO</b>		
<i>[Casi a medio-alta intensità assistenziale/demenze con disturbi comportamentali]</i>		
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato (min. 90 gg) .....	€ 89,00	€ 2.800,00
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg) .....	€ 95,00	€ 2.800,00
<input type="checkbox"/> <b>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</b> .....	€ 10,00	

Segue ➔

## AUTORIZZATO DI SOLLIEVO

[Casi urgenti per mancanza rete di supporto]

- Tempo determinato (min.30 gg - max 60 gg, prorogabile a 90 gg).... € 89,00 € 2.700,00
- MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA** ..... € 10,00

Provenienza:

<input type="checkbox"/> Dal domicilio	<input type="checkbox"/> Da altra RSA	<input type="checkbox"/> Da Ospedale	<input type="checkbox"/> Da IDR

### Allegati alla domanda:

- Regolamento datato e sottoscritto da chi presenta la domanda
- Dichiarazione impegno di spesa
- Scheda Clinica Informativa e Ucla

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

### Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consento al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE IMPEGNO DI SPESA

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Firmatario della domanda di ingresso per il/la sig./ra \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di impegnarsi  
 di non impegnarsi

al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### E

di indicare le seguenti altre persone /Enti obbligati al pagamento della retta:

\* Signor/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* Il Comune di \_\_\_\_\_  
Nella persona del \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Con atto \_\_\_\_\_ che sarà allegato al Contratto d'Ingresso

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione nonché al versamento del deposito cauzionale previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### I pagamenti possono essere effettuati:

- Mediante addebito diretto Sepa sul conto corrente
- Mediante bonifico bancario a favore della Fondazione utilizzando il seguente codice IBAN:  
IT 02 Z 01030 57960 000010101075  
(Banca M.P.S. Ag. Schivenoglia)



**DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE  
RESIDENTI FUORI REGIONE LOMBARDIA**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'ACCOGLIMENTO DI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_  
 Stato Civile \_\_\_\_\_ Invalidità \_\_\_\_\_ % Ind. Accompagnamento  Si  No

**IN POSTO LETTO PRIVATO**

	<b>Retta giornaliera</b>	<b>Deposito cauzionale</b>
<b>ACCREDITATO</b>		
<i>[Casi a medio-alta intensità assistenziale/demenze con disturbi comportamentali]</i>		
<input type="checkbox"/> Tempo indeterminato (min. 90 gg) .....	€ 89,00	€ 2.800,00
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 90 gg) .....	€ 95,00	
<input type="checkbox"/> <b>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</b> .....	€ 10,00	
<b>AUTORIZZATO DI SOLLIEVO</b>		
<i>[Casi urgenti per mancanza rete di supporto]</i>		
<input type="checkbox"/> Tempo determinato (min.30 gg - max 60 gg, prorogabile a 90 gg) .	€ 89,00	€ 2.700,00
<input type="checkbox"/> <b>MAGGIORAZIONE STANZA SINGOLA</b> .....	€ 10,00	

Provenienza:

<input type="checkbox"/> Dal domicilio	<input type="checkbox"/> Da altra RSA	<input type="checkbox"/> Da Ospedale	<input type="checkbox"/> Da IDR

**Allegati alla domanda:**

- Regolamento datato e sottoscritto da chi presenta la domanda
- Dichiarazione impegno di spesa
- Scheda Clinica Informativa e Ucla

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati**

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consento al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE IMPEGNO DI SPESA

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Firmatario della domanda di ingresso per il/la sig./ra \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di impegnarsi  
 di non impegnarsi

al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### E

di indicare le seguenti altre persone /Enti obbligati al pagamento della retta:

\* Signor/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ In qualità di \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (anche ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) nonché al versamento del deposito cauzionale previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* Il Comune di \_\_\_\_\_  
Nella persona del \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Con atto \_\_\_\_\_ che sarà allegato al Contratto d'Ingresso

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione nonché al versamento del deposito cauzionale previsto dall'art. 5 del Regolamento di ingresso in RSA con le modalità e nei termini meglio specificati agli artt. 7 e 9 del Contratto di ingresso in RSA, ben noti alle parti.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

#### I pagamenti possono essere effettuati:

- Mediante addebito diretto Sepa sul conto corrente
- Mediante bonifico bancario a favore della Fondazione utilizzando il seguente codice IBAN:  
IT 02 Z 01030 57960 000010101075  
(Banca M.P.S. Ag. Schivenoglia)

## REGOLAMENTO PER L'ACCESSO ALLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

[Ultimo aggiornamento: Gennaio 2024]

### Art. 1 \_ TIPOLOGIA DI POSTI LETTO

1.1 Fondazione mette a disposizione le seguenti tipologie di posto letto di Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani:

TIPOLOGIA DI POSTO LETTO	CHI PUÒ ACCOGLIERE	DURATA DEL RICOVERO
<b>Accreditato a Contratto</b>	Persone ultrasessantacinquenni residenti in Regione Lombardia affette da pluripatologie non più assistibili a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo determinato (min. 30 - max 90 gg)</li> <li>• Tempo indeterminato (min. 90 gg)</li> </ul>
<b>Accreditato a Contratto Alzheimer</b>	Persone residenti in Lombardia con demenza certificata associata a disturbi del comportamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo determinato (min. 30 - max 90 gg)</li> <li>• Tempo indeterminato (min. 90 gg)</li> </ul>
<b>Accreditato</b>	Persone ultrasessantacinquenni [anche provenienti da altre Regioni] che presentano una situazione di non autosufficienza che richiede una media-alta intensità assistenziale, anche con disturbi comportamentali di media entità	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo determinato (min. 30 - max 90 gg)</li> <li>• Tempo indeterminato (min. 90 gg)</li> </ul>
<b>Autorizzato di Sollievo</b>	Persone ultrasessantacinquenni [anche provenienti da altre Regioni] che presentano una situazione di non autosufficienza e si trovano in una situazione temporanea di mancanza della rete di supporto	Solo a tempo determinato (min. 30 - max 60 gg, prorogabile a 90 gg)

### Art. 2 \_ FORMAZIONE DELLA LISTA D'ATTESA E MODALITA' DI INGRESSO

2.1 L'ingresso nella Residenza Sanitaria Assistenziale avviene mediante scorrimento delle liste d'attesa delle domande redatte con la modulistica disponibile presso l'ufficio amministrativo e sul sito della Fondazione [www.scarpari.it](http://www.scarpari.it). La modulistica comprende:

- La domanda d'ingresso compilata e sottoscritta da un referente (familiare, AdS, ecc.)
- La dichiarazione di impegno di spesa
- La Scheda Clinica Informativa e la Scheda UCLA-NPI compilata dal medico curante
- Il presente Regolamento debitamente sottoscritto per visione e accettazione

Le domande s'intendono perfezionate solamente se complete di tutti i documenti richiesti.

2.2 La domanda, completa di tutti i documenti richiesti, viene valutata dal Direttore Sanitario e dall'Assistente Sociale e inserita in una delle 5 liste d'attesa relative alla tipologia di posto letto scelto (v. tabella riportata all'art. 1). La formazione della graduatoria delle cinque liste d'attesa è basata sui seguenti criteri di priorità e di situazione sanitaria:

#### A. Priorità

- Posto letto accreditato a contratto ordinario e a contratto in nucleo Alzheimer:



- Utente già ospite della RSA nelle altre tipologie di posto letto (accreditato, autorizzato, autorizzato di sollievo).
- Utente in carico alla Fondazione su altri servizi domiciliari (RSA Aperta, Cure Domiciliari, Alloggio Protetto per Anziani, SAD privato).
- Posto letto accreditato, autorizzato e autorizzato di sollievo:
  - Utente in carico alla Fondazione su altri servizi domiciliari (RSA Aperta, Cure Domiciliari, Alloggio Protetto per Anziani, SAD privato).
  - Convenzioni o accordi stipulati con Enti, come ad esempio la convenzione con L'Unione Comuni Modenesi Area Nord per ricoveri di sollievo.

#### B. Punteggio in base alla situazione socio-sanitaria

- Posto letto accreditato a contratto in Nucleo Alzheimer: il punteggio è determinato dalla somma dei valori delle scale UCLA-NPI e MMSE.
- Posto letto accreditato a contratto, accreditato e autorizzato di sollievo: il punteggio è determinato dalla somma dei valori assegnati in base alla gravità dal punto di vista clinico, alla capacità motoria, al grado di deterioramento cognitivo e alla presenza o meno di disturbi comportamentali, come riportati nella seguente tabella:

		Posto letto accreditato a contratto	Posto letto accreditato	Posto letto autorizzato di sollievo
Gravità sanitaria	Grave	10	0	0
	Media	6	10	6
	Lieve	0	6	10
Deficit cognitivo	Assente	1	1	10
	Lieve/Moderato	10	10	6
	Grave	6	6	0
Mobilità	Deambulante	1	1	30
	Protesi/Ausili	10	10	20
	Carrozzina	20	30	10
	Allettato	30	20	0
Disturbi comportamentali	Assenti	1	1	20
	Lievi	10	20	10
	Gravi	20	10	1

2.3 La graduatoria di punteggio è stilata in ordine decrescente. A parità di punteggio, si dà priorità alla data di presentazione della domanda (dalla più vecchia alla più recente).

2.4 Una volta inserita in graduatoria, la domanda sarà valida per un anno, salvo che vengano aggiornate le Schede sanitarie. Contrariamente, la cancellazione della domanda dalla lista d'attesa avviene per revoca della stessa da parte del richiedente (perché ha già provveduto al ricovero in altra struttura o per cessato interesse al ricovero) o per decesso dell'interessato.

2.5 Fondazione, al liberarsi di un posto letto, prende contatto telefonicamente con il familiare o con la persona o servizio che ha sottoscritto la domanda di ingresso per la tipologia di posto letto che si è liberato, scorrendo la lista d'attesa in ordine decrescente.

2.6 L'accettazione o il rifiuto del posto devono avvenire entro 2 ore dalla comunicazione. In caso di accettazione del posto letto il ricovero deve avvenire entro 2 giorni. Nel caso in cui ciò non sia possibile, viene data la possibilità di prenotare il posto letto, con addebito della retta giornaliera per i giorni di prenotazione.

2.7 Prima dell'ingresso Fondazione fornisce l'elenco indicante la tipologia e la quantità degli indumenti necessari all'Ospite e l'elenco dei documenti da produrre riguardanti l'Ospite e l'Obbligato.

2.8 Il giorno dell'ingresso l'Obbligato deve sottoscrivere la seguente documentazione:

- Autocertificazione di residenza e stato di famiglia

- Informativa e consenso al trattamento dei dati
- Contratto d'ingresso

### **Art. 3 \_ MODALITA' DI USCITA: CASI DI DIMISSIONE E DECESSO DELL'OSPITE**

3.1 Ogni nuovo ingresso si intende effettuato in via di esperimento, con facoltà dell'Amministrazione di dimettere l'Ospite in caso questi, per le sue condizioni fisiche o psichiche, non possa essere adeguatamente assistito.

3.2 L'Amministrazione di Fondazione può disporre la dimissione dell'Ospite, previa comunicazione scritta, anche nei seguenti casi:

- a. Per cessazione delle condizioni che hanno determinato l'accoglimento.
- b. Per comportamento dell'Ospite non conforme alla vita comunitaria.
- c. Per mancato pagamento della retta di degenza,
- d. Per lesione di rapporto fiduciario tra Ospite e/o suo familiare con gli Operatori della struttura, a insindacabile giudizio del Direttore Sanitario.

In questi casi, Fondazione si attiverà affinché la procedura avvenga in forma assistita con il Comune di residenza dell'Ospite e la competente autorità sanitaria; verrà inoltre data tempestiva comunicazione per iscritto ad ATS Val Padana o alla ASL competente.

3.3 L'Ospite può essere dimesso, previo rilascio di una dichiarazione che esoneri l'Amministrazione da ogni responsabilità, nei seguenti casi:

- a. Per sua volontà, fatta salva la sua capacità di autodeterminazione.
- b. Per richiesta della persona che si è assunta l'onere della retta.
- c. Per richiesta del Comune o dell'Ente che ne ha disposto il ricovero.

Nei succitati casi e per tutte le tipologie di posto letto la richiesta di dimissioni deve essere effettuata con 5 giorni di preavviso, pena l'addebito della retta giornaliera per i giorni di mancato preavviso.

3.4 Al momento della dimissione, viene rilasciata all'interessato la lettera di dimissione contenente le diagnosi, il motivo del ricovero, il decorso clinico, gli accertamenti eseguiti, il piano terapeutico e il progetto riabilitativo individuale. La lettera dovrà essere consegnata dall'interessato al suo Medico di Medicina Generale per la continuità delle cure a domicilio.

3.5 In caso di decesso, e qualora non vi siano diverse disposizioni in vita dell'Ospite, il denaro e gli oggetti di valore in suo possesso vengono depositati presso l'Ufficio della Fondazione a disposizione degli eredi. Il denaro e gli oggetti di valore non ritirati dagli eredi entro un anno dal decesso dell'Ospite, si intendono acquisiti alla Fondazione in via definitiva. Gli indumenti e/o altri beni di proprietà dell'ospite deceduto, se non ritirati dagli eredi entro 10 giorni, saranno smaltiti da Fondazione. La condizione di erede va dimostrata mediante atto notorio o certificazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

3.6 In caso di dimissione, il denaro e gli oggetti di valore custoditi da Fondazione vengono consegnati all'Ospite o al suo familiare unitamente alla lettera di dimissione. Gli indumenti rimasti in guardaroba dovranno essere ritirati entro 10 giorni; in caso contrario, salvo diversi accordi, Fondazione potrà procedere allo smaltimento.

### **Art. 4 \_ RETTE DI DEGENZA**

4.1 Le rette giornaliere, le maggiorazioni e gli sconti per le varie tipologie di posto letto e le loro modifiche sono determinate dal Consiglio di Amministrazione della Fondazione e pubblicate sul sito della Fondazione [www.scarpari.it](http://www.scarpari.it), sul sito di ATS Val Padana e sulla Carta dei Servizi, ogni anno e tutte le volte che le medesime subiscono variazioni. Sempre il Consiglio di Amministrazione determina i servizi inclusi o esclusi dalla retta giornaliera deliberata.

4.2 La retta è contabilizzata mensilmente, moltiplicando la quota giornaliera per le giornate effettive mensili, senza alcuna riduzione nei casi di assenza temporanea dell'Ospite.

4.3 Per ogni tipologia di ricovero è previsto un periodo minimo di permanenza (v. tabella riportata all'art. 1). In caso di dimissione anticipata dell'ospite (per volontà sua o di chi sottoscrive il contratto di ingresso) rispetto i periodi minimi di permanenza, sarà addebitato l'importo dell'intero periodo previsto, indipendentemente dai giorni di effettiva presenza.

4.4 In caso di dimissione, non viene contabilizzato l'ultimo giorno di degenza se l'Ospite viene dimesso nell'arco della mattinata e non usufruisce del pranzo. Qualora usufruisse del pranzo, è dovuto il pagamento di una quota forfait definita dal Consiglio di Amministrazione. In caso di decesso, non viene contabilizzato l'ultimo giorno di degenza.

4.5 Il pagamento della retta deve essere effettuato entro il giorno 15 del mese successivo al periodo fatturato mediante addebito diretto sul conto corrente (SDD). In caso di ritardato pagamento saranno applicati interessi di mora come indicato nel contratto d'ingresso.

4.6 Per l'Ospite inserito su posto letto accreditato a contratto il servizio di Medicina Generale è svolto da Fondazione.

4.7 Sui posti letto accreditati e autorizzati di sollievo, i costi sono totalmente a carico dell'Ospite, che conserva il proprio Medico di Medicina Generale per la prescrizione di farmaci e ausili. Per tali posti l'accoglimento della domanda è subordinato alla presenza di un caregiver attivo che assicuri la messa a disposizione di farmaci, materiale sanitario, ausili per incontinenti, protesica e quant'altro non erogabile dalla Residenza Sanitaria Assistenziale.

4.8 La tabella riepiloga i vari Servizi compresi o esclusi nelle rette di degenza:

<b>Servizio</b>	<b>Posto letto accreditato a contratto</b> <b>Posto letto accreditato a contratto Alzheimer</b>	<b>Posto letto accreditato</b> <b>Posto letto autorizzato</b> <b>Posto letto autorizzato di sollievo</b>
Assistenza medica	Compresa	Limitata al controllo e all'attuazione delle prescrizioni del Medico curante
Assistenza infermieristica	Compresa	Compresa
Farmaci e parafarmaci	Compresi	Esclusi
Presidi per incontinenza	Compresi	Esclusi
Protesica e ausili	Compresi	Esclusi
Assistenza di base	Compresa	Compresa
Prestazioni riabilitative funzionali al mantenimento delle capacità residue	Compresa	Compresa
Interventi psico-educativi e attività di animazione	Compresi	Compresi
Assistenza sociale	Compresa	Compresa
Servizi alberghieri (lavanderia, pulizie ambienti, ristorazione)	Compresi	Compresi
Podologo	Escluso	Escluso
Parrucchiere	Escluso	Escluso
Barbiere	Escluso	Escluso
Assistenza religiosa	Compresa	Compresa
Trasporti	Esclusi	Esclusi

## Art. 5 \_ DEPOSITO CAUZIONALE: VERSAMENTO E RESTITUZIONE

5.1 L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero in favore della Fondazione, determinato dal Consiglio di Amministrazione e di importo non superiore ad una mensilità di retta di degenza, come meglio specificato in dettaglio nel contratto di ingresso. Tale deposito cauzionale deve intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi e delle obbligazioni pecuniarie a qualsiasi titolo dovuti in favore della Fondazione medesima durante la permanenza dell'Ospite in struttura nonché quale ristoro di eventuali danneggiamenti arrecati dall'Ospite durante la degenza.

5.2 Il deposito cauzionale verrà restituito al termine della permanenza dell'Ospite presso la struttura, a condizione che non si siano verificate, durante il periodo di ricovero, mancanze od inadempienze in ordine ai corrispettivi dovuti in favore della Fondazione e/o eventuali danneggiamenti, imputabili all'Ospite, a proprietà o beni della Fondazione stessa. La restituzione del deposito cauzionale avverrà, pertanto, mediante bonifico bancario che la Fondazione effettuerà entro la fine del mese successivo al regolare pagamento dell'ultima retta di degenza ed eventuali altre pendenze. Per converso, in caso di inadempimento dell'obbligazione di pagamento delle rette di degenza sarà consentito alla Fondazione trattenere, a titolo di compensazione parziale e/o totale, l'intero importo del deposito cauzionale versato dall'Ospite o dal soggetto garante, fatto salvo in ogni caso il diritto della Fondazione al recupero delle maggiori somme dovute mediante separata azione a tutela del credito.

5.3 Relativamente alle modalità operative tramite le quali verrà a perfezionarsi l'incombente della restituzione del deposito cauzionale, si precisa quanto segue:

- **in caso di decesso dell'Ospite** la restituzione del deposito cauzionale avverrà, previa presentazione di atto notorio o certificazione sostitutiva dell'atto di notorietà, in quota parte a favore di tutti gli eredi, che dovranno sottoscrivere l'apposito modulo rilasciato da Fondazione sul quale vanno indicati i codici Iban riferibili a ciascun erede su cui effettuare il versamento. La restituzione potrà essere effettuata anche mediante unica soluzione a favore di un unico erede solo se quest'ultimo risulti munito di procura notarile sottoscritta da ciascuno degli altri eredi, delega autorizzante la Fondazione a dare corso alla restituzione del deposito in favore dell'erede delegato mediante bonifico su codice IBAN comune e concordemente individuato da tutti gli eredi deleganti.
- **in caso di dimissione dell'Ospite** la restituzione del deposito cauzionale verrà, invece, effettuata - con efficacia liberatoria - sulle coordinate bancarie indicate dal soggetto garante su apposito modulo all'uopo messo a disposizione dalla Fondazione.

Schivenoglia, lì \_\_\_\_\_

PER ACCETTAZIONE

\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di cui agli **art. 1341 e seguenti Codice Civile**, si approvano specificamente ed espressamente, dopo analitica lettura, le clausole del presente regolamento di cui ai seguenti articoli:

**Art. 3 (Modalità di uscita: casi di dimissione e decesso dell'ospite)**

**Art. 4 (Retta di degenza)**

**Art. 5 (Deposito cauzionale: versamento e restituzione)**

Schivenoglia, lì \_\_\_\_\_

PER ACCETTAZIONE

\_\_\_\_\_

SCHEDA CLINICA INFORMATIVA  
per il trasferimento del paziente

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

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

<b>Sintesi diagnostica</b>	→	..... ..... ..... .....
<b>Evento indice e data insorgenza</b>	→	..... .....
<b>Altre Patologie in atto ed eventuali allergie</b>	→	..... ..... .....
<b>Terapia in atto</b>	→	..... ..... .....

Disfagia **Si**  **No**  Afasia/disartria **Si**  **No**

Nutrizione  per os  Sondino n-g  PEG  Parenterale

Respirazione  normale  Ossigeno  Ventilazione meccanica  con tracheostomia

Aspirazione secrezioni bronchiali **Si**  **No**

Presenza deficit sensoriali  Visivi  Uditivi

Portatore di:

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

Presenza Piaghe da decubito **Si**  **No**       Eventuali sedi .....  
 Altre lesioni: **Si**  **No**  .....

Segue →

<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato	<input type="checkbox"/> grave	
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati	<input type="checkbox"/> gravi	
<b>↳ Specificare</b>	..... .....			

### ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
<b>Capacita' di fare il bagno</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacita' di vestirsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Uso dei servizi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Continenza Sfinterica</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Capacita' di alimentarsi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cammina</b>	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
<b>Allettato</b>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

### SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

Abitazione	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
Vive solo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Supporto familiare /caregiver	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
↳ Con quali risultati?	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo

Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**

.....

.....



(timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....

## 1. UCLA – NPI (Neuropsychiatric Inventory)

COGNOME E NOME: .....

	N.A.	Frequenza (a)						Gravità (b)						Distress Caregiver				
Deliri	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Allucinazioni	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Agitazione	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Depressione/Disforia	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Ansia	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Euforia/Esaltazioni	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Apatia/Indifferenza	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Disinibizione	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Irritabilità/Labilità	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Attività motoria	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Alterazione del sonno	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5
Disturbi dell'alimentazione	[ ]	0	1	2	3	4		0	1	2	3	___	0	1	2	3	4	5

Punteggio totale: .....

Data \_\_\_\_\_

Firma del compilatore \_\_\_\_\_

### Note alla compilazione:

#### **Disturbi:**

Deliri: di persecuzione, di latrocinio, di gelosia  
 Allucinazioni: deformata percezione sensoriale (visiva, uditiva)  
 Agitazione: aggressività verbale o verso gli altri, ostilità all'assistenza e all'aiuto  
 Depressione/Disforia: tono dell'umore depresso  
 Ansia: sensazione di insicurezza, allarme, paura  
 Euforia/Esaltazione: tono dell'umore eccessivo, non motivato  
 Apatia/Indifferenza: perdita di interesse e di motivazione  
 Disinibizione: perdita delle inibizioni sociali e sessuali  
 Irritabilità/Labilità: facile propensione all'ira, crisi di pianto  
 Attività motoria/Wandering: vagabondaggio; movimento afinalistico, ripetitivo, ossessivo  
 Alterazione del sonno: alterazione ritmo sonno-veglia, disturbi del sonno, risveglio precoce  
 Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione: alterazione dell'appetito-bulimia, opposizione

#### **Frequenza:**

0 = Mai  
 1 = Raramente, meno di una volta alla settimana  
 2 = Talvolta, circa una volta alla settimana  
 3 = Frequentemente, più volte alla settimana ma non tutti i giorni  
 4 = Molto frequentemente, quasi costantemente, una o più volte al giorno

#### **Gravità:**

0 = Assente  
 1 = Lieve (il sintomo non produce disturbo al paziente)  
 2 = Moderata (il sintomo comporta disturbo per il paziente)  
 3 = Severa (il sintomo è molto disturbante per il paziente, spesso richiede la somministrazione di farmaci)

#### **Stress emotivo o psicologico del Caregiver:**

0 = Nessuno  
 1 = Minimo  
 2 = Lieve  
 3 = Moderato  
 4 = Severo  
 5 = Grave

## 2. PUNTEGGIO MMSE: \_\_\_\_\_/30

(data somministrazione del test \_\_\_\_\_ a cura del dott. \_\_\_\_\_)

## CONTRATTO D'INGRESSO in RSA

A seguito dell'istanza di ingresso presso la RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE "Scarpari Forattini Onlus", di seguito denominata per brevità Residenza:

TRA

La FONDAZIONE Scarpari Forattini Onlus (di seguito denominata per brevità Fondazione) con sede in Via G. Garibaldi n. 25 – Schivenoglia (MN) – Cod. Fisc. 80017860208 – Part. Iva 01317830204 legalmente rappresentata dal Presidente pro-tempore Gianfranco Caleffi

E

Il/La signor/a....., nato/a a .....  
Prov. .... il ..... e residente a ..... Prov. .... in via .....  
..... n. ...., Codice Fiscale ....., Codice Sanitario  
..... in qualità di Ospite della Residenza

- In POSTO ACCREDITATO A CONTRATTO a tempo indeterminato dal ..... o determinato dal.....al.....salvo proroga **eventualmente:** con prenotazione posto letto dal .....
- In POSTO ACCREDITATO A CONTRATTO ALZHEIMER a tempo indeterminato dal ..... o determinato dal.....al.....salvo proroga **eventualmente:** con prenotazione posto letto dal ...
- In POSTO ACCREDITATO a tempo indeterminato dal ..... o determinato dal.....al.....salvo proroga **eventualmente:** con prenotazione posto letto dal .....
- In POSTO AUTORIZZATTO DI SOLLIEVO dal ..... al ..... salvo proroga (per ulteriori 30 gg) **eventualmente:** con prenotazione posto letto dal .....

**Le casistiche descritte sono riportate ESCLUSIVAMENTE sullo schema tipo da tenere su file e da inviare agli organi di controllo. Gli originali consegnati agli ospiti per la sottoscrizione devono riportare ESCLUSIVAMENTE la tipologia contrattuale scelta**

E

Il/La signor/a ..... nato/a a .....  
Prov. .... il ....., residente a ..... Prov. ....



via ..... n. ...., Tel ....., Cell .....,  
Fax ....., e-mail ....., Codice fiscale .....

che accetta con questa scrittura di divenire obbligato in solido per le prestazioni di cui al presente contratto (di seguito per brevità denominato Obbligato) in qualità di garante e titolare dell'obbligo del pagamento della retta.

**Oppure**

Il Comune di ..... Prov. ...., nella persona del Responsabile del Servizio Sig. ...., che con Determinazione n. .... del ..... (allegata al presente contratto) si assume impegno di spesa per l'integrazione delle rette del/la Sig./ra .....

### **PREMESSO**

Che la Fondazione Scarpari Forattini Onlus è autorizzata al funzionamento per n. 110 posti letto e contrattualizzata con l'ATS Val Padana di Mantova per n. 75 posti letto di Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.);

che l'accesso alla struttura è subordinato al rispetto della graduatoria generata con i criteri individuati nel vigente Regolamento per l'accesso;

che a fronte della documentazione sanitaria acquisita la Fondazione dichiara la disponibilità a prendere in carico l'ospite e a erogare appropriate prestazioni in cambio dell'impegno da parte del contraente al pagamento della retta;

che, in ottemperanza a quanto previsto dalla vigente normativa regionale, l'ospite e/o gli obbligati sono stati informati sulle prestazioni offerte, sulle condizioni per accedervi, sulla possibilità di accedere ad altre unità di offerta accreditate in ragione dei bisogni personali di assistenza espressi, ed hanno optato per il servizio sopra indicato e secondo quanto previsto dal presente contratto;

che il/la/i Sig./ra /Sig.ri ..... che sottoscrive/ono il presente contratto si rende/ono garante/i del corretto adempimento delle obbligazioni contrattuali a carico dell'Ospite; egli/ella/essi sarà/saranno interpellato/a/e/i dalla Direzione per ogni necessità e comunicazione riguardante l'Ospite e si impegna/no al trasferimento dell'Ospite quando ricorrano le situazioni previste dal presente contratto e dal Regolamento per l'accesso alla R.S.A.;

che l'ingresso in R.S.A. dell'Ospite non potrà aver corso senza la sottoscrizione del presente atto da parte degli Obbligati in solido.

### **SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:**

#### **ART. 1**

Le premesse e il Regolamento per l'accesso alla R.S.A. costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

#### **PRESTAZIONI A CARICO DELLA FONDAZIONE**

## **ART. 2**

Il trattamento nella Residenza comprende, nella quota di retta pagata, tutti i servizi e le prestazioni previste dalla normativa della Regione Lombardia vigente in materia di autorizzazione al funzionamento e accreditamento. La Fondazione garantisce l'erogazione dei servizi contemplati nella Carta dei Servizi della Fondazione, della quale l'obbligato dichiara di aver preso visione: prestazioni sanitarie, assistenziali e riabilitative; prestazioni occupazionali e ricreative; segretariato sociale; servizi alberghieri. Sono compresi gli obblighi di custodia di beni, nel limite della disponibilità logistica della struttura, di assicurazione, di rispetto della privacy, di rispetto dei protocolli assunti, di rendere nota la Carta dei servizi, di costituire documentazione sanitaria e socio-sanitaria. La Fondazione si impegna, altresì, ad assolvere a tutti gli obblighi che, a prescindere dal presente contratto, derivino dalla L.R. 3/2008 e s.m.i. e/o dalla normativa vigente.

## **ART. 3**

Non sono comprese nella retta giornaliera le spese per il servizio di parrucchiere, barbiere e podologo. Sono altresì escluse le spese di trasporto a qualsiasi titolo, che restano a totale carico dell'utente o dell'obbligato e il cui importo, se effettuato da Fondazione, è definito all'art. 7.5. I trasporti effettuati da terzi (es. Croce Rossa) vengono addebitati direttamente dall'ente che effettua il servizio, secondo le tariffe da questo determinate.

Non sono compresi, altresì, eventuali ticket richiesti dal sistema sanitario nazionale per esami diagnostici in strutture convenzionate, né, per i posti privati e non contrattualizzati, i ticket richiesti per farmaci e ausili. Inoltre, la retta non comprende la fornitura di protesi quali occhiali, dentiere, arti artificiali, ecc., spese telefoniche, prestazioni richieste dall'utente o dai suoi famigliari (non prescritte direttamente dalla Struttura) ed ogni altra prestazione non prevista espressamente nella Carta dei Servizi.

La retta giornaliera di degenza per i posti privati e privati di sollievo non comprende i farmaci e i presidi sanitari.

## **ART. 4**

La Struttura garantisce la stipula delle assicurazioni previste dalla vigente normativa.

Gli ospiti sono comunque invitati a non trattenere presso sé oggetti di valore o denaro.

La struttura non si assume alcuna responsabilità in caso di furto o loro smarrimento, se non in custodia presso l'Ente.

## **ART. 5**

La Direzione Sanitaria provvede ad assegnare il posto letto libero. Successivamente potrà prescrivere variazioni del posto letto (es. piano di degenza e stanza di degenza) in base alle variate necessità dell'Ospite stesso o per motivi di ordine organizzativo relativi alla gestione dei reparti.

## **ART. 6**

La Fondazione garantisce il rispetto delle abitudini dell'ospite e il confronto con i suoi familiari. Nel caso in cui il famigliare, direttamente o avvalendosi di terza persona, desideri in qualsiasi forma intervenire nell'assistenza dell'ospite (spostamenti, assistenza al pasto, ecc.) dovrà fornirne specifica richiesta alla Direzione Sanitaria della Residenza, che potrà autorizzarla salvo diverse indicazioni di carattere organizzativo o sanitario.

## **PRESTAZIONI A CARICO DELL'UTENTE E DELL'OBBLIGATO**

**ART. 7** L'utente e/o l'obbligato sono tenuti al pagamento della retta. Il calcolo della retta decorre dalla data di ingresso dell'Ospite in RSA salvo il caso di prenotazione del posto letto. In caso di prenotazione del posto letto, la retta decorre dalla data di prenotazione stessa. La tariffa giornaliera della prenotazione del posto letto è la medesima di quella applicata per il contratto sottoscritto e indicata nel successivo art. 7.1.

**(di seguito: inserire solo la retta della tipologia di soggiorno scelto)**

7.1 La quota giornaliera del soggiorno in posto letto accreditato a contratto a tempo indeterminato (permanenza minima 90 giorni) è fissata in € 70,00=. Qualora dovesse rendersi necessario lo spostamento

dell'ospite, sulla base di valutazione sanitaria, in Nucleo Alzheimer, ove vengono accolte persone con demenza certificata e disturbi del comportamento, la retta è quella determinata nella Carta dei Servizi e sarà stipulato nuovo contratto;

Maggiorazioni/Sconti:

- a) maggiorazione STANZA SINGOLA (se e quando disponibile) € 10,00= al giorno
- b) Per gli inserimenti per cui non è previsto il versamento del deposito cauzionale, la retta giornaliera è maggiorata di € 4,00=
- c) Sconto di € 6,00= per l'inserimento di più ospiti con lo stesso familiare in qualità di Garante

L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero di € 2.000,00= da intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi a qualsiasi titolo dovuti nonchè quale ristoro di eventuali danni arrecati dall'Ospite durante la degenza.

**La quota giornaliera del soggiorno in posto letto accreditato a contratto** a tempo determinato (minimo 30 massimo 90 giorni) è fissata in € 76,00=. Qualora dovesse rendersi necessario lo spostamento dell'ospite, sulla base di valutazione sanitaria, in Nucleo Alzheimer, ove vengono accolte persone con demenza certificata e disturbi del comportamento, la retta è quella determinata nella Carta dei Servizi e sarà stipulato nuovo contratto;

Maggiorazioni/Sconti:

- a) maggiorazione STANZA SINGOLA (se e quando disponibile) € 10,00= al giorno
- b) Per gli inserimenti per cui non è previsto il versamento del deposito cauzionale, la retta giornaliera è maggiorata di € 4,00=
- c) Sconto di € 6,00= per l'inserimento di più ospiti con lo stesso familiare in qualità di Garante

L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero di € 2.000,00= da intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi a qualsiasi titolo dovuti nonchè quale ristoro di eventuali danni arrecati dall'Ospite durante la degenza.

**La quota giornaliera del soggiorno in posto letto accreditato a contratto Alzheimer** a tempo indeterminato (permanenza minima 90 giorni) è fissata in € 76,00=;

Maggiorazioni/Sconti:

- a) maggiorazione STANZA SINGOLA (se e quando disponibile) € 10,00= al giorno
- b) Per gli inserimenti per cui non è previsto il versamento del deposito cauzionale, la retta giornaliera è maggiorata di € 4,00=
- c) Sconto di € 6,00= per l'inserimento di più ospiti con lo stesso familiare in qualità di Garante

per un totale retta di € .....= giornalieri

L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero di € 2.200,00= da intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi a qualsiasi titolo dovuti nonchè quale ristoro di eventuali danni arrecati dall'Ospite durante la degenza.

**La quota giornaliera del soggiorno in posto letto accreditato a contratto Alzheimer** a tempo determinato (minimo 30 massimo 90 giorni) è fissata in € 82,00=;

Maggiorazioni/Sconti:

- a) maggiorazione STANZA SINGOLA (se e quando disponibile) € 10,00= al giorno
- b) Per gli inserimenti per cui non è previsto il versamento del deposito cauzionale, la retta giornaliera è maggiorata di € 4,00=
- c) Sconto di € 6,00= per l'inserimento di più ospiti con lo stesso familiare in qualità di Garante

per un totale retta di € .....= giornalieri

L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero di € 2.200,00= da intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi a qualsiasi titolo dovuti nonché quale ristoro di eventuali danni arrecati dall'Ospite durante la degenza.

**La quota giornaliera del soggiorno in posto letto accreditato** a tempo indeterminato (permanenza minima 90 giorni) è fissata in € 89,00=.

Maggiorazioni/Sconti:

- a) maggiorazione STANZA SINGOLA (se e quando disponibile) € 10,00= al giorno
- b) Per gli inserimenti per cui non è previsto il versamento del deposito cauzionale, la retta giornaliera è maggiorata di € 4,00=
- d) Sconto di € 7,00= per l'inserimento di più ospiti con lo stesso familiare in qualità di Garante

per un totale retta di € .....= giornalieri

L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero di € 2.800,00= da intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi a qualsiasi titolo dovuti nonché quale ristoro di eventuali danni arrecati dall'Ospite durante la degenza.

**La quota giornaliera del soggiorno in posto letto accreditato** a tempo determinato (minimo 30 massimo 90 giorni) è fissata in € 95,00=.

- a) maggiorazione STANZA SINGOLA (se e quando disponibile) € 10,00= al giorno
- b) Per gli inserimenti per cui non è previsto il versamento del deposito cauzionale, la retta giornaliera è maggiorata di € 4,00=
- d) Sconto di € 7,00= per l'inserimento di più ospiti con lo stesso familiare in qualità di Garante

per un totale retta di € .....= giornalieri

L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero di € 2.800,00= da intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi a qualsiasi titolo dovuti nonché quale ristoro di eventuali danni arrecati dall'Ospite durante la degenza.

**La quota giornaliera del soggiorno in posto letto autorizzato di sollievo (minimo 30 massimo 60** giorni, prorogabili a 90 giorni) è fissata in € 89,00=.

Maggiorazioni/Sconti:

- a) maggiorazione STANZA SINGOLA (se e quando disponibile) € 10,00= al giorno
- b) Per gli inserimenti per cui non è previsto il versamento del deposito cauzionale, la retta giornaliera è maggiorata di € 4,00=

d) Sconto di € 7,00= per l'inserimento di più ospiti con lo stesso familiare in qualità di Garante

per un totale retta di € .....= giornalieri

L'ingresso in struttura è subordinato al previo versamento da parte dell'Ospite o da parte di uno qualsiasi degli Obbligati in solido (ivi compresi Tutori, Curatori e Amministratori di sostegno) di un deposito cauzionale infruttifero di € 2.700,00= da intendersi a titolo di cauzione e garanzia del regolare pagamento dei corrispettivi a qualsiasi titolo dovuti nonché quale ristoro di eventuali danni arrecati dall'Ospite durante la degenza.

#### 7.2 Inserire solo la casistica relativa al posto letto scelto:

La retta per i posti letto accreditati a contratto, accreditati e autorizzati di sollievo, viene addebitata con fatturazione mensile e deve essere pagata entro il giorno 15 del mese successivo il periodo fatturato.

7.3 **Inserire solo per chi deve pagare entro il 15 del mese successivo nel caso inserire la dicitura OMESSO:** In caso di ritardato pagamento sono applicati gli interessi di mora con le seguenti modalità:

- dal 1° al 30° giorno tasso ufficiale B.C.E. + 2%
- dal 31° giorno tasso ufficiale B.C.E. + 6%

#### 7.4 **Inserire solo per chi deve versare il deposito cauzionale nel caso inserire la dicitura OMESSO:**

Il deposito cauzionale verrà restituito al termine della permanenza dell'Ospite presso la struttura, a condizione che non si siano verificate, durante il periodo di ricovero, mancanze in ordine a quanto dovuto alla Fondazione e/o eventuali danneggiamenti, imputabili all'Ospite, a proprietà o beni della Fondazione stessa.

La restituzione del deposito cauzionale avverrà, pertanto, entro la fine del mese successivo al regolare pagamento anche dell'ultima retta di degenza, nonché nel rispetto di quanto previsto e disciplinato nell'art.5 del *Regolamento per l'accesso alla Residenza Sanitaria Assistenziale* già sottoscritto dall'Ospite (e/o dai soggetti fideiussori/garanti) all'atto di presentazione della domanda di ingresso e da intendersi qui pedissequamente richiamato ed accettato oltre che ben noto alle parti firmatarie.

In caso di inadempimento dell'obbligazione di pagamento delle rette di degenza, le parti firmatarie convengono, sin da ora, che in tale ipotesi sarà consentito alla Fondazione di trattenere, a titolo di compensazione, l'intero importo della cauzione versata, fatto salvo il recupero delle maggiori somme dovute dall'Ospite (e/o dai soggetti fideiussori/garanti) mediante separata azione a tutela del credito.

7.5 In caso di utilizzo dei mezzi della Fondazione per i trasporti protetti o sociali individuali, vengono applicate le seguenti tariffe, addebitate tramite fattura trimestrale:

- € 0,52 per chilometro percorso
- € 21,00/h se accompagnato da un Operatore
- € 10,00 una tantum se accompagnato da un Volontario

### ART. 8

**Inserire solo se sussiste il caso:** Per i soggiorni a tempo indeterminato è prevista una permanenza minima di 90 giorni, per i soggiorni a tempo determinato è prevista una degenza minima di 30 giorni.

In caso di dimissione dell'ospite (per volontà sua o di chi sottoscrive il presente contratto) all'interno dei periodi minimi di permanenza previsti dal presente contratto, sarà addebitato l'importo dell'intero periodo previsto, indipendentemente dai giorni di effettiva presenza.

In caso di dimissione oltre i periodi minimi di permanenza previsti dal presente contratto, non viene contabilizzato l'ultimo giorno di degenza se l'ospite viene dimesso nell'arco della mattinata e non usufruisce del pranzo. Qualora usufruisse del pranzo, è dovuto il pagamento di una quota forfait di € 35,00=.

In caso di decesso dell'ospite all'interno dei periodi minimi di permanenza previsti dal presente contratto, la retta sarà contabilizzata fino al giorno del decesso.

Ai fini del mantenimento del posto letto, la retta è dovuta anche in caso di ricovero in ospedale o di assenze temporanee per cause non dipendenti dal gestore.

## **ART. 9**

Ogni fideiussore/obbligato in solido garantisce personalmente il pagamento della retta mensile dovuta a seguito della permanenza dell'Ospite presso la Fondazione, nonché qualsiasi obbligazione pecuniaria che l'Ospite si trovasse in qualunque momento ad avere verso la Fondazione, a qualsiasi titolo derivante dal presente contratto di ingresso, entro il limite massimo di € 15.000,00 (quindicimila/00 euro). Sono espressamente esclusi nella fattispecie il beneficio della preventiva escussione del debitore principale e l'applicazione dell'art. 1957 c.c. che deve intendersi quindi qui derogato per concorde volontà delle parti. Ove il credito vantato dalla Fondazione superi l'importo di € 15.000,00 (quindicimila/00 euro) diverrà insindacabile facoltà della Fondazione interrompere le prestazioni rese in favore dell'ospite o, in via alternativa, pretendere dal soggetto fideiussore la prestazione di ulteriore, congrua garanzia idonea a soddisfare integralmente quanto dovuto in favore della Fondazione.

## **ART. 10**

10.1 A fronte delle prestazioni erogate dalla R.S.A. in favore dell'Ospite, i sottoscrittori del presente contratto si obbligano in solido al pagamento mensile dell'importo della retta, nelle modalità indicate dalla Fondazione.

10.2 L'importo della retta di degenza viene fissata dal Consiglio di Amministrazione, generalmente una volta l'anno, che provvede alla comunicazione dell'avvenuta variazione agli Obbligati, mediante comunicazione scritta inviata alla persona di riferimento.

10.3 La decorrenza dell'aumento della retta non può essere retroattiva.

10.4 Gli Obbligati, nel termine di giorni quindici, avranno facoltà di recedere dal presente contratto mediante comunicazione scritta da far pervenire alla sede della Fondazione. Il contratto si intende risolto con l'uscita dalla struttura a cura e spese degli Obbligati entro cinque giorni dal ricevimento della manifestazione di recesso. Nel silenzio degli Obbligati il corrispettivo così come variato si intenderà accettato.

## **ART. 11**

L'Ospite ed il Garante si impegnano a fornire tutti i documenti richiesti per il perfezionamento della pratica di accoglimento il cui elenco è fornito dall'Ufficio Amministrativo.

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

Gli obbligati sono tenuti ad informare la Fondazione in caso di assenza o ferie in modo da essere reperiti in caso di necessità.

## **CERTIFICAZIONI FISCALI**

### **ART. 12**

La Fondazione rilascerà ad ogni ospite una certificazione delle rette ai fini fiscali entro i tempi utili per la presentazione della dichiarazione dei redditi.

## **IPOTESI DI RECESSO, DI RISOLUZIONE DEL CONTRATTO O DI DIMISSIONI**

### **ART. 13**

13.1 La Struttura non garantisce il mantenimento del posto letto qualora si verificano le seguenti condizioni:

- nel caso in cui un familiare somministri o autorizzi la somministrazione di qualsiasi tipo di medicinale o trattamenti alla persona, di bevanda o cibo, o senza previa autorizzazione della Direzione Sanitaria della Struttura, correttamente riportata nel fascicolo-socio sanitario;
- nel caso di lesione del rapporto fiduciario tra l'ospite e/o il suo familiare e gli operatori della Struttura ad insindacabile giudizio del Direttore Sanitario;

- nel caso in cui l'evoluzione psico-fisica dell'Ospite richieda un trattamento sanitario che la struttura non sia in grado di garantire.

13.2 La Fondazione potrà recedere unilateralmente dal presente contratto, previa comunicazione scritta da inoltrarsi a mezzo lettera raccomandata A/R agli Obbligati, nel caso di reiterati ritardi e/o mancati pagamenti delle quote di rette a carico dell'Ospite. In questi casi, il recesso interverrà a condizione che la Fondazione abbia adempiuto ai propri obblighi normativamente sanciti. Altri motivi di recesso unilaterale dal contratto vengono individuati nell'impossibilità da parte dell'organizzazione socio-sanitaria della Fondazione di gestire l'Ospite, ovvero in caso di ripetuta violazione da parte dell'Ospite delle regole di convivenza previste dalla Carta dei Servizi e ciò faccia insorgere seri e comprovati motivi di incompatibilità con la vita dell'Istituzione o qualora le stesse incompatibilità vengano a sorgere nei confronti di uno o più parenti dell'Ospite.

13.3 In caso di recesso del contratto e/o dimissioni dell'Ospite la Fondazione si attiverà affinché la procedura avvenga in forma assistita dal Comune di residenza dell'Ospite e dalla competente A.S.L. cui verrà data tempestiva comunicazione per iscritto.

13.4 La contestazione della qualità e/o congruità del servizio prestato dalla Fondazione all'Ospite, anche nel caso in cui venga invocata dall'Utenza quale causa di risoluzione del contratto per inadempimento, non costituisce giusto motivo di mancato pagamento della quota di retta dovuta.

13.5 L'ospite può essere dimesso, previo rilascio di una dichiarazione che esoneri la Fondazione da ogni responsabilità, nei seguenti casi:

- per sua volontà, fatta salva la sua capacità di autodeterminazione;
- per richiesta della persona che si è assunta l'onere della retta;
- per richiesta del Comune o dell'Ente che ne ha disposto il ricovero.

La richiesta di dimissioni deve essere effettuata almeno 5 giorni, in caso contrario saranno addebitati i giorni di mancato preavviso.

## **TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.lgs. 196/2003 e s.m.i. legge sulla privacy)**

### **Art. 14**

14.1 L'Ospite e/o l'avente diritto in riferimento al D. Lgs.196/2003 e successive modifiche e integrazioni concernente "Codice in materia di protezione dei dati personali", dichiara/dichiarano di essere stati informati sulle finalità e sulle modalità del trattamento cui sono destinati i dati.

I dati saranno trattati per fini di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione e non verranno comunicati a terzi fatta eccezione per altre strutture socio-sanitarie del territorio (Asl, Azienda Ospedaliera, altre Rsa) e gli enti pubblici (Comune, Provincia, Regione).

La comunicazione, ai sopra menzionati enti, dei dati personali che riguardano gli utenti avverrà solo in caso di necessità o al fine di una ottimizzazione dei servizi erogati.

14.2 Con la sottoscrizione del presente contratto, l'Ospite, ai sensi dell'art. 9, comma 2, D. Lgs. 196/03, delega ....., sottoscrittore dello stesso, a formulare richieste, ricevere informazioni, al ritiro della documentazione relativamente alla sua persona e, in particolare, al suo stato di salute, durante il soggiorno presso la Residenza Sanitaria Assistenziale, secondo quanto disposto dal Regolamento per il diritto di accesso ai documenti amministrativi e sanitari.

Infine, viene data comunicazione dei soggetti ai quali i dati potranno essere comunicati.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Legale Rappresentante della Fondazione.

### **ART. 15**

Nel caso la normativa in materia di contratto di ingresso in RSA dovesse mutare, le parti convengono già fin d'ora che il contratto verrà sostituito/integrato con il recepimento delle variazioni normative.

Il presente Contratto costituisce la manifestazione completa degli accordi raggiunti fra le Parti ed annulla e sostituisce qualsiasi eventuale, diversa e precedente pattuizione, anche verbale, tra le stesse intercorsa.

Le Parti si danno reciprocamente atto che l'eventuale nullità di una o più clausole non comporterà la nullità e lo scioglimento dell'intero Contratto, né della restante parte della clausola stessa e si impegnano a

sostituire secondo buona fede le clausole invalide od inefficaci con altre che realizzino con quanto possibile la stessa funzione.

L'eventuale tolleranza di una delle Parti di comportamenti dell'altra costituenti violazioni delle disposizioni del presente Contratto non costituirà rinuncia ai diritti che derivano dalle disposizioni violate, né al diritto di esigere il corretto adempimento di tutti i termini e le condizioni stabilite dal Contratto.

Le Parti convengono che ogni modifica al presente Contratto dovrà necessariamente rivestire la forma scritta. La disapplicazione, anche reiterata, di una o più clausole del presente Contratto non può costituire abrogazione tacita.

Ogni modifica od integrazione al presente Contratto, per tanto, non sarà valida e vincolante se non risulterà dato o scritto debitamente firmato per accettazione da ambo le Parti.

Il presente contratto non può essere ceduto dalle parti salvo che con il consenso scritto delle parti stesse.

**ART. 16**

Per qualunque controversia inerente e/o relativa e/o conseguente alla interpretazione ed esecuzione del presente contratto le parti firmatarie individuano ed eleggono in via esclusiva la competenza del Foro giudiziario di Mantova (Tribunale, Giudice di Pace, ecc.)

Schivenoglia, lì .....

**LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO**

L'OSPITE

GLI OBBLIGATI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE (o delegato)

\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti di cui agli **art. 1341 e seguenti del Codice Civile** le parti firmatarie dichiarano di avere attentamente letto e valutato il presente contratto, di esserne pienamente e consapevolmente edotte approvandolo in ogni sua parte. In particolare le parti danno atto di avere riletto attentamente ed approvato espressamente e specificamente le seguenti clausole contrattuali, valutate e/o valutabili, anche solo in via potenziale, come "vessatorie":

- **art. 1 (parti integranti e sostanziali del contratto)**
- **art. 4 (oggetti di valore)**
- **artt. 7.1; 7.2; 7.3; 7.4; 7.5 (prestazioni a carico dell'utente e dell'obbligato)**
- **art. 8 (periodo minimo di permanenza)**
- **art. 9 (garanzia di pagamento delle rette)**
- **artt. 10.1; 10.2; 10.4 (determinazione rette di degenza e facoltà di recesso)**
- **art. 13.1; 13.2; 13.3; 13.4; 13.5 (ipotesi di recesso, di risoluzione del contratto o di dimissioni)**
- **art. 15 (modifiche unilaterali)**
- **art. 16 (controversie)**

Schivenoglia, lì .....

**LETTO, CONFERMATO E SOTTOSCRITTO**

L'OSPITE

GLI OBBLIGATI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE (o delegato)

\_\_\_\_\_

Se per impedimento fisico o per incapacità alla scrittura, l'ospite non fosse in grado di apporre la propria firma, essa verrà sostituita con una "X". Si prevede siano infermiera coordinatrice e medico di struttura a procedere alla verifica della tutela della dignità e della volontà dell'Ospite, confermando che la "X" è stata apposta dall'ospite, il quale è stato messo a conoscenza di quanto sopra riportato.

1° Testimone Nome e Cognome (leggibile).....

Firma .....

2° Testimone Nome e Cognome (leggibile).....

Firma .....

## DOCUMENTI DA CONSEGNARE ALL'INGRESSO

### Documenti riguardante l'Ospite:

- Carta d'Identità: originale e in corso di validità
- Tessera Sanitaria: originale e in corso di validità
- Vaccinazione anti-Covid19: copia certificato vaccinale
- Esenzione Ticket: copia
- Verbale di Invalidità: copia
- Tessera Elettorale: originale
- Denuncia dei Redditi / Cud: copia
- Decreto nomina Amministratore di Sostegno [se presente]: copia
- Documentazione sanitaria recente

### Documenti riguardante l'Obbligato:

- Carta d'Identità: copia
- Codice Fiscale: copia
- Deposito Cauzionale: copia del versamento
- Denuncia dei redditi / Cud: copia

# DOTAZIONE BIANCHERIA



## ELENCO INDUMENTI UOMO



**SI PREGA DI NON PORTARE INDUMENTI IN LANA O DELICATI.  
LA LAVANDERIA NON RISPONDE DELL'EVENTUALE ROVINA DI  
TALI CAPI.**

	Quantità consigliata		Quantità consegnata all'ingresso	Ripristino 1					Ripristino 2				
				Data	Capi eliminati	Capi ripristinati *	Firma operatore	Firma famiglia	Data	Capi eliminati	Capi ripristinati *	Firma operatore	Firma famiglia
<b>BIANCHERIA INTIMA</b>	5	MAGLIETTE M/M											
	6	MUTANDE											
	6	PIGIAMI											
	SU RICHIESTA DELLA RSA	TUTONI											
<b>ESTATE</b>	5	TUTE ESTIVE											
	2	PANTALONI											
	5	MAGLIETTE											
	2	CAMICIE (se autosuff.)											
<b>INVERNO</b>	5	TUTE INVERNALI											
	2	PANTALONI											
	5	FELPE / PILE											
	2	CAMICIE (se autosuff.)											
<b>ALTRO</b>	7	CALZE											
	1	SCARPE CON STRAPPO											
		FAZZOLETTI DI CARTA											
	1	FORBICINE PER UNGHIE											
	1	RASOIO ELETTRICO											

Firma familiare all'ingresso

Firma operatore all'ingresso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ELENCO INDUMENTI DONNA



**SI PREGA DI NON PORTARE INDUMENTI IN LANA O DELICATI.  
LA LAVANDERIA NON RISPONDE DELL'EVENTUALE ROVINA DI  
TALI CAPI.**

	Quantità consigliata		Quantità consegnata all'ingresso	Ripristino 1					Ripristino 2				
				Data	Capi eliminati	Capi ripristinati *	Firma operatore	Firma famiglia	Data	Capi eliminati	Capi ripristinati *	Firma operatore	Firma famiglia
<b>BIANCHERIA INTIMA</b>	5	MAGLIETTE M/M											
	6	MUTANDE											
	6	PIGIAMI o CAMICIE DA NOTTE											
	SU RICHIESTA DELLA RSA	TUTONI											
<b>ESTATE</b>	5	TUTE ESTIVE											
	4	PANTALONI											
	4	MAGLIETTE											
	2	GOLFINI COTONE											
	4	VESTITI (se autosuff.)											
	4	GONNE (se autosuff.)											
<b>INVERNO</b>	5	TUTE INVERNALI											
	4	PANTALONI											
	4	MAGLIE IN PILE											
	2	FELPE											
	4	VESTITI (se autosuff.)											
	4	GONNE (se autosuff.)											
<b>ALTRO</b>	7	CALZE											
	1	SCARPE CON STRAPPO											
		FAZZOLETTI DI CARTA											
	1	FORBICINE PER UNGHIE											

Firma familiare all'ingresso

Firma operatore all'ingresso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELLE FAMIGLIE

Gentile Familiare / Amministratore di Sostegno / Tutore

Anche quest'anno abbiamo il piacere di inviarle il "Questionario di soddisfazione", finalizzato ad avere un suo riscontro circa l'organizzazione di Fondazione con l'intento di orientarci a un continuo miglioramento.

**Al fine di comprendere meglio alcune risposte, le chiediamo di indicarci il Nucleo dove è ricoverato il suo parente/assistito:**

Glicine/Alzheimer     Verde     Azzurro     Giallo     Blu     Tortora     Non so

	Molto Positivo	Positivo	Negativo	Molto Negativo	Non saprei rispondere
<b>1. Che giudizio dà all'aspetto del suo parente/assistito, in termini di:</b>					
<b>A. Cura</b>					
<b>B. Pulizia e ordine nell'igiene personale</b>					
<b>C. Pulizia e ordine nell'abbigliamento</b>					
<b>2. Ha avuto dei riscontri da parte del suo parente/assistito circa il servizio mensa? Se sì, come è stato giudicato?</b>					
<b>3. Che giudizio dà agli spazi in cui trascorre il tempo con il suo parente/assistito, in termini di privacy e comfort?</b>					
<b>4. Che giudizio dà alla pulizia della stanza del suo parente/assistito?</b>					
<b>5. Che giudizio dà alla pulizia degli spazi comuni?</b>					
<b>6. Come giudica il servizio della parrucchiera in termini di qualità della cura dei capelli?</b>					
<b>7. Come giudica il servizio del Podologo?</b>					
<b>8. Come giudica il servizio di lavanderia e guardaroba?</b>					
<b>9. Che giudizio dà alla cortesia e disponibilità dei Medici?</b>					
<b>10. Che giudizio dà alla cortesia e disponibilità degli Infermieri?</b>					
<b>11. Che giudizio dà alla cortesia e disponibilità degli Oss?</b>					
<b>12. Che giudizio dà alla cortesia e disponibilità dei Fisioterapisti?</b>					

13. Che giudizio dà alla cortesia e disponibilità della Psicologa?					
14. Che giudizio dà alla cortesia e disponibilità dell'Assistente Sociale					
15. Che giudizio dà alla cortesia e disponibilità del personale dell'ufficio Amministrativo?					
16. Che giudizio dà alla nostra Newsletter in termini di contenuti?					
17. Che opinione esprime circa la filosofia di Fondazione di non ricorrere a metodi di contenimento degli Ospiti -sia fisici sia farmacologici- tranne che nei casi estremi e per lo stretto tempo necessario?					
18. Consiglierebbe la nostra RSA ad altre persone?					

Vuole fornirci qualche chiarimento alle risposte date?

---



---



---



---

Vuole darci qualche suggerimento concreto e costruttivo?

---



---



---



---

Grazie della collaborazione

## MODULO PER SUGGERIMENTI E/O RECLAMI

Gentile Signora, Egregio Signore,

Se ritiene che questa residenza non abbia rispettato nei suoi confronti i principi fondamentali o gli standard indicate nella Carta dei Servizi, la invitiamo a compilare il presente modulo e a riconsegnarlo al personale di questo Ufficio.

La preghiamo di fornirci tutte le informazioni necessarie a risolvere il problema segnalato nel più breve tempo possibile.

Se lascerà il suo recapito, sarà nostra cura contattarla entro 20 giorni dalla data di consegna del modulo per fornirle una risposta.

Qualora, ricevuta la risposta, non fosse soddisfatto dell'esito, in base alla Legge Regionale 48/88 potrà rivolgersi al difensore civico regionale.

Utilizzi questo modulo anche per farci pervenire i suoi suggerimenti su come migliorare il Servizio.

Grazie per la collaborazione  
L'AMMINISTRAZIONE

Motive del reclamo/segnalazione

---

---

---

---

Data dei fatti segnalati \_\_\_\_\_

Suggerimento

---

---

---

---

Richiesta di incontro con il funzionario/dirigente \_\_\_\_\_

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

Indirizzo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Data di consegna del modulo \_\_\_\_\_

## “CARTA DEI DIRITTI DELLA PERSONA ANZIANA”

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 e culturale attiva, un contributo di energie e di esperienze del quale la società può valersi.

Esistono delle condizioni nelle quali l’anziano è 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 persona anziana ha diritto:

- Di sviluppare e conservare la propria individualità e libertà
- Di conservare e vedere rispettate, in osservanza dei principi costituzionali, le proprie credenze, opinioni e sentimenti
- Di conservare le proprie modalità di condotta sociale, se non lesive dei diritti altrui, anche quando esse dovessero apparire in contrasto con i componenti dominanti nel suo ambiente di appartenenza
- Di conservare la libertà di scegliere dove vivere
- Di essere accudita e curata nell’ambiente che meglio garantisce il recupero della funzione lesa
- Di vivere con chi desidera
- Di avere una vita di relazione
- Di essere messa in condizione di esprimere le proprie attitudini personali, le proprie originalità e creatività
- Di essere salvaguardata da ogni forma di violenza fisica e morale
- 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

**Fondazione Scarpari Forattini onlus**  
**Via Garibaldi n.25 – 46020 Schivenoglia (MN)**  
**Telefono: 0386/58121 • Fax: 0386/58192**  
**E-mail: [info@scarpari.it](mailto:info@scarpari.it) • Pec: [scarpari@messaggipec.it](mailto:scarpari@messaggipec.it)**  
**Sito internet: [www.scarpari.it](http://www.scarpari.it)**

## CONTATTI DIRETTI

### *UFFICIO AMMINISTRATIVO*

CENTRALINO: [bbulgarelli@scarpari.it](mailto:bbulgarelli@scarpari.it) ~ [nferri@scarpari.it](mailto:nferri@scarpari.it)  
ASSISTENTE SOCIALE: [cpizzoli@scarpari.it](mailto:cpizzoli@scarpari.it)  
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO: [abarbi@scarpari.it](mailto:abarbi@scarpari.it)  
RESPONSABILE CONTROLLO E MONITORAGGIO GESTIONE: [cgabrielli@scarpari.it](mailto:cgabrielli@scarpari.it)  
UFFICIO ACQUISTI: [dbuzzi@scarpari.it](mailto:dbuzzi@scarpari.it)  
UFFICIO PERSONALE: [vnaledi@scarpari.it](mailto:vnaledi@scarpari.it)

### *REPARTI RSA*

UFFICIO ACCOGLIENZA: [accoglienza@scarpari.it](mailto:accoglienza@scarpari.it)  
DIREZIONE SANITARIA: [fbruno@scarpari.it](mailto:fbruno@scarpari.it)  
SERVIZIO INFERMIERISTICO: [aloi@scarpari.it](mailto:aloi@scarpari.it)  
SERVIZIO PSICO-EDUCATIVO: [eghirardi@scarpari.it](mailto:eghirardi@scarpari.it)  
SERVIZIO RIABILITATIVO: [cluppi@scarpari.it](mailto:cluppi@scarpari.it)  
SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALE: [amorresi@scarpari.it](mailto:amorresi@scarpari.it)