

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI DI SALUTE E ALLO SVOLGIMENTO  
DEGLI ATTI MEDICI DI TUTELA DELLA SALUTE**

La Signora \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

**Ospite del servizio Centro Diurno Integrato** gestito dall' associazione  
"Pro Casa Anziani Niardo onlus – C.D.I. Ninì Calzoni,

avente sede a Niardo in Via Adamo n. 1, C.F. 90008530173,

Partita I.V.A. n. 03587150982, di seguito per brevità denominata "associazione",

oppure

Il/la Signor \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno (solo nel caso in cui il decreto di nomina preveda l'assistenza in ordine alle situazioni di carattere sanitario)

che esprime il consenso in nome e per conto del/la **Signor** \_\_\_\_\_,  
**Ospite del servizio** \_\_\_\_\_ gestito dalla fondazione, il  
quale allo stato è impossibilitato ad esprimere valido consenso;

oppure

Il/la Signor \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

**rappresentante unico di tutta la famiglia** che esprime il consenso in nome e per conto del/la

**Signor** \_\_\_\_\_,

ospite del servizio \_\_\_\_\_ gestito dall' associazione, il quale si trova in una  
situazione di incompetenza e pertanto è impossibilitato ad esprimere valido consenso;

## **DICHIARA**

### **DI AVER RICEVUTO DALLA DOTTORESSA ANTONINI NOEMI, DIRETTORE SANITARIO DELL'ASSOCIAZIONE LE SEGUENTI INFORMAZIONI:**

1. (per utenti su CDI, SOLLIEVO e tutti quelli che mantengono il proprio medico) L'Ospite ammesso al servizio **C.D.I.** mantiene il proprio medico di base con il quale i medici della struttura/associazione collaborano nelle funzioni di tutela della salute dell'Ospite stesso.
- 1bis. (per utenti accreditati)L'Ospite ammesso al servizio C.D.I. viene seguito dai medici della struttura/fondazione che collaborano tra loro nelle funzioni di tutela della salute dell'Ospite stesso.
2. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.
3. L'associazione tutela la salute fisica e psichica dell'Ospite nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
4. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari effettuati sono di norma volontari.
5. L'associazione non effettua interventi sanitari su persone che non hanno capacità di dare il consenso se non per diretto beneficio delle stesse.
6. Quando in ragione di una situazione di urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, i medici dell'associazione procederanno immediatamente a qualsiasi intervento indispensabile per la tutela della salute della persona interessata.
7. I medici dell'associazione svolgono esclusivamente atti medici connessi con la diagnosi e la cura dell'ospite.
8. In presenza di documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere di sottoporsi ad atti medici, i medici dell'associazione sono tenuti, ai sensi del codice deontologico, a desistere da atti diagnostici e/o curativi.
9. I medici dell'associazione intervengono in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita.
10. I medici dell'associazione comunicano con l'Ospite tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuovere la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.
11. I medici dell'associazione informano e tengono nel massimo conto le istanze del legale rappresentante dell'Ospite qualora sia stato nominato
12. In caso di opposizione da parte del rappresentante legale al trattamento necessario e indifferibile a favore di Ospite incapace, i medici dell'associazione ne informano l'autorità giudiziaria; se vi è pericolo per la vita o grave rischio per la salute dell'incapace, procedono senza ritardo e secondo necessità alle cure indispensabili.

13. In caso di prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza, i medici dell'associazione forniscono tutte le informazioni con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti.

14. L'associazione utilizza il fascicolo sanitario e sociale prescritto dalla Regione Lombardia quale requisito obbligatorio di accreditamento.

- Il fascicolo risponde alla finalità di porre a disposizione degli operatori un quadro il più possibile completo delle informazioni che riguardano l'Ospite e quindi migliorarne la presa in carico e la cura.
- Il fascicolo è gestito sia in forma cartacea che elettronica.
- Il fascicolo è strutturato in modo che i dati amministrativi siano separati dalle informazioni sanitarie. Sono previsti profili diversi di abilitazione degli operatori che hanno accesso al fascicolo in funzione della differente tipologia di operazioni a questi consentite.
- Può rendersi necessaria la trasmissione del fascicolo o di parte di esso a medici esterni all'associazione a scopo di cura dell'Ospite.

**ESPRIME QUINDI IL PROPRIO CONSENSO AFFINCHE' VENGANO SVOLTI I SEGUENTI ATTI MEDICI A FAVORE:**

**Della/Del Signor/ra \_\_\_\_\_**

- (1)  **Atti medici connessi con la diagnosi e la cura.**

Firma leggibile dell'interessato o del suo rappresentante

\_\_\_\_\_

- (2)  **Tenuta del fascicolo sanitario e sociale.**

Firma leggibile dell'interessato o del suo rappresentante

\_\_\_\_\_

- (3)  **Raccolta e utilizzo in forma anonima di dati sanitari per attività di studio e ricerca.**

Firma leggibile dell'interessato o del suo rappresentante

\_\_\_\_\_

Si informa che l'associazione non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria, dall'acquisire il consenso agli atti medici di cui ai punti nn.1 e 2. Pertanto, in assenza di espressione di consenso su tali atti, l'ospite interessato non può essere ammesso o permanere presso Centro Diurno Integrato "Ninì Calzoni" di Niardo.

## DICHIARA ALTRESI' DI ESSERE STATO INFORMATO CHE:

1. il consenso espresso con il presente atto può essere revocato, anche parzialmente , in qualsiasi momento e per qualsiasi ragione.

La revoca del consenso espresso sugli atti medici connessi con la diagnosi e la cura (punto n.1) e sulla tenuta del fascicolo sanitario e sociale (punto n.2) determineranno la non ammissione e la dimissione dell'ospite.

2. I medici dell'associazione provvederanno a richiedere **apposito ulteriore consenso scritto** per lo svolgimento dei seguenti atti medici:

- procedimenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona da intraprendersi in caso di necessità;
- trasfusioni;
- vaccinazioni non obbligatorie.

3. Il fascicolo sanitario e sociale del/la Signor/ra \_\_\_\_\_ potrà essere rilasciato a:

- il diretto interessato;
- il tutore;
- il curatore;
- l'amministratore di sostegno;
- il sottoscrittore del presente atto;
- persona munita di delega;
- autorità giudiziaria;
- enti previdenziali (INAIL, INPS ecc);
- servizio sanitario nazionale;
- eredi legittimi.

4. Il consenso al trattamento sanitario non è richiesto quando la vita della persona incapace di intendere o di volere sia in pericolo per il verificarsi di un evento acuto a causa del quale il suo consenso o dissenso non possa essere ottenuto.

5. L'associazione "Pro Casa Anziani Niardo onlus" - C.D.I. Ninì Calzoni ha aderito al progetto regionale CRS-SIS avente quale obiettivo il collegamento telematico di tutti gli operatori del mondo socio sanitario lombardo finalizzato all'ottimizzazione dei servizi resi ai resi ai cittadini (ulteriori informazioni sul progetto SISS possono essere reperite sul sito: [www.crs.lombardia.it](http://www.crs.lombardia.it).)

**DISPONE CHE VENGANO DATE INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEL/DELLA SIGNOR/RA \_\_\_\_\_**

**ALLE SEGUENTI PERSONE:**

---

---

---

---

**DISPONE CHE IN CASI URGENTI VENGANO CONTATTATE LE SEGUENTI PERSONE:**

---

---

---

---

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

**Firma leggibile dell'interessato e del suo rappresentante**

---

**Firma leggibile del medico della fondazione**

---

**IL PRESENTE ATTO DEVE ESSERE INSERITO NEL FASCICOLO SANITARIO E SOCIALE**

**ASSOCIAZIONE**  
**“PRO CASA ANZIANI NIARDO ONLUS”**

Via Adamo 1 25050 Niardo Brescia  
Tel. 0364 33 50 36 fax 0364 33 86 40  
C.F.: 90008530173 P. IVA 03587150982  
E mail: [cdi\\_niardo@libero.it](mailto:cdi_niardo@libero.it)  
PEC<: [cdiniardo@pec.it](mailto:cdiniardo@pec.it)  
Sito web: [www.cdiniardo.it](http://www.cdiniardo.it)

**CONTRATTO DI INGRESSO**  
**AL CENTRO DIURNO INTEGRATO**

5 GENNAIO 2016  
REV. 1 APRILE 2017

# CONTRATTO DI INGRESSO

## **Ai sensi di:**

- L'articolo 7, della legge regionale della Lombardia n.3, del 12 marzo 2008, "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario" (BURL n. 12, 1° suppl. ord. del 17 Marzo 2008 )
  - DGR 1185/2013 (unità d'offerta che prevedono la compartecipazione al costo):

## **Diritti della persona e della famiglia**

1. Le persone che accedono alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie hanno diritto a:

- a) scegliere liberamente le unità d'offerta, compatibilmente con il requisito dell'appropriatezza delle prestazioni;
- b) fruire delle prestazioni erogate alle condizioni e in conformità ai requisiti e agli standard stabiliti dalle norme vigenti e dalla programmazione regionale e comunale;
- c) essere informate sulle prestazioni di cui è possibile usufruire, sulle condizioni e sui requisiti per accedere alle prestazioni stesse, nonché sulle relative modalità di erogazione, ed esprimere il consenso sulle proposte d'intervento che le riguardano;
- d) accedere alle prestazioni, nel rispetto della riservatezza e della dignità personale e della disciplina in materia di consenso informato;
- e) rimanere, ove possibile, nel proprio ambiente familiare e sociale o comunque mantenere nella misura massima possibile le relazioni familiari e sociali;
- f) essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti;
- g) ricevere una valutazione globale, di norma scritta, del proprio stato di bisogno.

2. i gestori delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie residenziali e semiresidenziali assicurano:

a) la presenza dei familiari o delle persone di fiducia da loro delegate e la costante informazione sulla condizione degli utenti medesimi e sulle cure ad essi prestate;

b) l'accesso alle strutture dei ministri di culto, dei volontari e delle altre persone la cui presenza sia richiesta dagli utenti.

- La deliberazione della giunta regionale lombarda n. 8496 del 26 novembre 2008, "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità d'offerta sociosanitarie".



**TRA**

L'Associazione "Pro Casa Anziani Niardo ONLUS" avente sede a Niardo (BS),  
Via Adamo n° 1, C.F. 90008530173 e P.IVA 03587150982, di seguito per brevità  
denominata "associazione", accreditata dalla regione Lombardia in qualità di soggetto  
gestore del servizio Centro Diurno Integrato:  
rappresentata dalla Sig.ra Ghetti Alessandra in qualità di Legale Rappresentante pro  
tempore, della associazione

**E**

**il/la Signor** \_\_\_\_\_, nato

a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, di seguito per brevità

denominato contraente, in qualità di

diretto interessato all'ammissione;

oppure

tutore

curatore

amministratore di sostegno

**del/la Signor** \_\_\_\_\_

interessato/a all'ammissione, il quale allo stato è impossibilitato ad esprimere valido  
consenso;

oppure

\_\_\_\_\_ (specificare il grado di parentela)

rappresentante unico di tutta la famiglia che stipula il presente contratto per conto

**del/la Signor** \_\_\_\_\_,

interessato all'ammissione, il quale allo stato è impossibilitato ad esprimere valido  
consenso;

## **SI STIPULA UN CONTRATTO DI INGRESSO AL SERVIZIO CENTRO DIURNO INTEGRATO (C.D.I.)**

### **ART. 1**

1. Il contraente si avvale del servizio C.D.I. gestito dalla Associazione "Pro Casa Anziani Niardo ONLUS" di Niardo (BS) per l'acquisizione di prestazioni di assistenza sociosanitaria integrata a favore

del/la Signor \_\_\_\_\_, nato il

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data Ingresso \_\_\_\_\_ Full-time  Part.time

Giorni settimana frequentati \_\_\_\_\_

Retta \_\_\_\_\_

### **ART. 2**

1. L'Associazione eroga, mediante le proprie risorse umane, strutture e attrezzature, prestazioni di assistenza sociosanitaria ai livelli strutturali, gestionali e organizzativi e, più in generale, qualitativi definiti dalla normativa regionale lombarda, dalla carta dei servizi, dal codice etico e dal presente contratto di ingresso. Le norme regionali di riferimento sono elencate nell' allegato al presente contratto.

2. L'Associazione si impegna a fare conoscere ai familiari e /o all'Ospite medesimo gli obiettivi che vengono stabiliti dall'equipe del personale mediante stesura del documento di Piano Assistenza Individuale (P.A.I.)

3. L'Associazione non effettua attività di custodia dei beni degli Ospiti.

4. L'Associazione stipula contratti assicurativi contro il rischio di incendio e responsabilità civile verso terzi e dipendenti.

5. Ogni modifica al presente contratto dovrà essere effettuata per scritto e firmata da entrambi i contraenti

### **ART. 3**

1. L'Ospite, al momento dell'ingresso, dovrà essere dotato del corredo personale correlato da numero per l'identificazione.

### **ART. 4**

1. L'Ospite deve essere iscritto come Socio della medesima per accedere a tutti i servizi che l'Associazione promuove.

### **ART. 5**

1. Il contraente si impegna al pagamento della retta mensile nella misura e con le modalità determinate dal consiglio di amministrazione dell'Associazione e illustrate negli allegati alla carta dei servizi.

2. L'Associazione si riserva la facoltà di variare l'importo della retta. L'eventuale variazione verrà comunicata al contraente almeno dieci giorni prima dell'applicazione.

3. La nuova retta si intende accettata qualora il contraente non comunichi la non accettazione entro dieci giorni dalla decorrenza della nuova retta.
4. Il ritardo nel pagamento della retta comporta l'applicazione di interessi di mora nella misura del 5%.
5. In caso di assenza volontaria o ospedaliera il contraente si impegna a versare una quota fissa per il mantenimento del posto. La quota viene stabilita dal consiglio di amministrazione e può essere soggetta a variazione.

#### **ART. 6**

1. L'Associazione non richiede la presenza di familiari e/o assistenti privati per lo svolgimento di compiti assistenziali quali igiene, aiuto al pasto etc. che sono affidati al proprio personale in possesso di idonea qualificazione professionale.
2. Il contraente, qualora decidesse per libera scelta di avvalersi di personale privato o volontari per lo svolgimento delle prestazioni di cui sopra, dovrà darne comunicazione scritta all'ufficio relazioni con il pubblico dell'Associazione

#### **ART. 7**

1. Il contraente può chiedere l'intervento del difensore civico del comune di Niardo nei casi in cui sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni oggetto del presente contratto. Può altresì accedere all'Ufficio di relazioni con il pubblico e all'Ufficio di pubblica tutela dell'ASST della Montagna per ogni eventuale necessità.

#### **ART. 8**

1. Il presente contratto ha durata dal \_\_\_\_\_ sino alla data di dimissione o di decesso dell'Ospite.
2. Il contraente può chiedere la dimissione dal C.D.I. con conseguente recesso unilaterale dal contratto mediante disdetta da comunicarsi per iscritto con preavviso di quindici giorni.

#### **ART. 9**

##### **TUTELA DELLA PRIVACY (L. 675/96)**

- E' garantito il rispetto della normativa vigente sulla tutela dei dati personali (legge 675/1996 e successive modifiche ed integrazioni).
- L'Associazione mette in atto tutti gli accorgimenti necessari, a livello sia informatico che cartaceo, per tutelare la riservatezza dei dati di tutti gli ospiti.
- Nel modulo di domanda per l'ingresso in struttura è riportata l'informativa circa le modalità e le finalità di tenuta dei dati personali e sensibili.
- I dati sensibili potranno essere trasmessi ad altri soggetti pubblici esclusivamente per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, qualora sia previsto da specifiche disposizioni di legge.
- Tali soggetti li cureranno autonomamente in qualità di titolari del trattamento.
- Come previsto dalla legge 675/1996, il degente ha diritto di conoscere tutti i dati personali in possesso dell'Ente e le modalità di trattamento, ha diritto di opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano e ha diritto alla riservatezza circa i dati concernenti il suo stato di salute.
- 
-

## ART. 10

1. L'Associazione può procedere alla dimissione dell'Ospite nei seguenti casi:

a) per mancato pagamento della retta per tre mesi consecutivi o non accettazione della nuova retta come disciplinato dal comma 3 dell'articolo 5.

b) Qualora sopravvenga una situazione che renda impossibile la permanenza dell'Ospite al C.D.I. accertata e documentata dal direttore sanitario della fondazione.

In tale fattispecie la procedura di dimissione dell'Ospite sarà effettuata con preventiva comunicazione al Comune di residenza di questo e all'ASST della Montagna ai fini di garantire la dimissione in forma assistita.

c) Assenza superiore a quindici giorni non motivata da ricovero ospedaliero o da altre ragioni ritenute giustificative dell'assenza ad insindacabile giudizio del consiglio di amministrazione della fondazione.

d) Revoca del consenso prestato al trattamento dei dati personali e/o dei dati di salute e/o del consenso allo svolgimento degli atti medici di tutela della salute contraddistinti ai punti 1 e 2 dell'allegato B.

e) L'Ospite e/o Familiare ha facoltà di concordare i giorni di frequenza settimanali, in caso la frequenza sia inferiore ai 7 gg./settimanali, sarà applicata una quota fissa per i giorni restanti, deliberata dal C.d.A. dell'Associazione.

## ART. 11

1. Il contraente si impegna a comunicare alla associazione ogni modificazione del titolo giuridico (tutore, amministratore di sostegno ecc.) di rappresentanza posseduto alla data di sottoscrizione del presente contratto.

Data

\_\_\_\_\_

Il Direttore

\_\_\_\_\_

Il contraente

\_\_\_\_\_

Amministratore di Sostegno

\_\_\_\_\_

## **Il contraente dichiara di:**

- avere preso visione della sede del servizio ed essere stato sufficientemente informato sullo stesso;
- aver ricevuto la carta dei servizi con i relativi allegati;
- aver ricevuto il codice etico della associazione;
- aver ricevuto in forma chiara e aver compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (codice in materia di protezione dei dati personali), ed espresso in forma scritta il consenso al trattamento dei dati;
- aver ricevuto nel corso di un colloquio con il Direttore Sanitario un'informazione comprensibile ed esauriente sugli aspetti sanitari della presa in carico dell'Ospite, sui possibili interventi diagnostico-terapeutici e di avere espresso in forma scritta il consenso al trattamento dei dati di salute e allo svolgimento degli atti medici di tutela della salute;
- aver ricevuto informazioni sulla retta vigente e sulla documentazione da presentare all'ingresso dell'Ospite al C.D.I.;
- essere stato informato dall'Associazione che:

- le visite all'Ospite possono essere effettuate liberamente in ogni giorno dell'anno dalle ore 8.00 alle ore 18.00.

Il Direttore Sanitario è presente nella struttura il Lunedì, Mercoledì e Venerdì nei seguenti orari:  
8.30 / 12.00

- Il presidente, il direttore sanitario e il direttore ricevono gli Ospiti e i familiari previo appuntamento.
- Per ragioni igienico-sanitarie non è permesso lasciare alimenti deperibili all'Ospite.  
Piccoli generi di conforto non deperibili possono essere lasciati all'Ospite oppure consegnati agli operatori.
- Tutta la posta indirizzata all'Ospite che perviene all'Associazione è consegnata direttamente allo stesso.
- Annualmente l'Associazione trasmette al contraente la certificazione utile per fruire di eventuali benefici fiscali.
- L'Associazione ha adottato la revisione del documento di valutazione dei rischi a tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (ai sensi del d.lgs. n.81/2008) che è disponibile presso gli uffici per chiunque desiderasse prenderne visione.

- L'accesso alla cucina/sala pranzo e agli altri locali di servizio è consentito solo agli operatori.
- Sono riservati esclusivamente agli operatori l' applicazione e la sostituzione di pannolini e medicazioni nonché l'effettuazione di bagni/docce.
- E apposta presso la sede dell'Associazione la cassetta raccogli questionari Customer Sactisfaction e proposte di progetti.  
Questa cassetta può essere utilizzata dagli operatori, ospiti, familiari e volontari dell'Associazione per formulare proposte e suggerimenti di qualsivoglia genere che verranno valutati da un gruppo di lavoro e, se ritenuti meritevoli di apprezzamento, attuati.
- Nella sede dell'Associazione è vietato fumare. L'inosservanza del divieto è punita con la sanzione amministrativa da 27,50 a 275,00 euro; la misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino ai dodici anni.

L'Associazione Pro Casa Anziani Niardo ONLUS, gestore dell'Unità d'Offerta CDI, dichiara di aver stipulato polizza assicurativa responsabilità civile generale stipulata con l'Assicurazione Groupama agenzia di Breno

Data \_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

## **ALLEGATI:**

**A** Modulo per l'espressione del consenso al trattamento dei dati personali.

**B** Modulo per l'espressione del consenso al trattamento dei dati di salute e allo svolgimento degli atti medici di tutela della salute.

**C** CARTA DEI SERVIZI

**D** DOMANDA DI AMMISSIONE AL CDI

**E** SCHEDA UTENTE

**F** ELENCO DOCUMENTI DA PRODURRE

**G** SCHEDA INFORMATIVA

**H** SCHEDA SANITARIA ( **a cura del medico curante**)

**I** SCHEDA SOCIALE ( **a cura dell'assistente sociale del territorio di residenza**)

**L** CERTIFICATO DI RESIDENZA O AUTOCERTIFICAZIONE

**M** TARIFFARIO VIGENTE

**N** CONSENSO PRIVACY REG. EU 679/2016





