

A.S.P. PERGOLA
AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
Sede - Via Mameli n. 6 - 61045 PERGOLA (PU) - Tel./Fax 0721/734325
www.asp-pergola.it - Email info@asp-pergola.it - P.e.c. postacert@pec.asp-pergola.it

**REGOLAMENTO DEL COMITATO DEGLI OSPITI E DEI FAMILIARI DEL
CENTRO ANZIANI**

Art. 1 – Il presente Regolamento istituisce e disciplina il funzionamento dell’organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari, denominato “Comitato degli ospiti e dei familiari del Centro Anziani”, di seguito detto “COMITATO”, ai sensi dell’art. 12 della vigente Carta dei Servizi del Centro Anziani.

Art. 2 – Il Comitato svolge compiti di:

- a) collaborazione per la migliore qualità del servizio e per la piena e tempestiva diffusione delle informazioni utili agli ospiti ed alle famiglie;
- b) promozione di iniziative integrative finalizzate ad elevare la qualità di vita degli ospiti-.

Art. 3 – Il Comitato è tenuto a rispettare i Regolamenti dell’Ente.

Art. 4 – Il Comitato è composto da n. 3 membri eletti dall’assemblea degli ospiti e dei familiari, al proprio interno.

L’assemblea è costituita da tutti gli ospiti e da un familiare per ogni ospite.

L’assemblea si riunisce validamente con la presenza di almeno il 20% degli aventi diritto.

Le funzioni di Segretario dell’assemblea sono svolte da un componente della stessa.

La prima riunione dell’assemblea degli ospiti e dei familiari è convocata dal Presidente dell’Ente mediante apposito manifesto da affiggersi presso la sede del Centro Anziani nonché diffuso tramite mezzi telematici almeno 20 giorni prima della data di convocazione;

Art. 5 – Alla prima riunione, i membri del Comitato, i cui nominativi dovranno essere comunicati all’A.S.P. PERGOLA, eleggono al loro interno il Presidente ed il Segretario.

Il Presidente ha il compito di:

- convocare il Comitato;
- coordinare il lavoro del Comitato;
- mantenere i rapporti con l’Amministrazione dell’Ente;
- farsi portavoce presso l’Amministrazione dell’Ente delle problematiche degli ospiti e dei familiari.

Il Segretario ha il compito di:

- mettere in atto le procedure per la convocazione del Comitato;
- redigere e custodire i verbali delle riunioni-.

Art. 6 – Il Comitato resta in carica per la durata di anni 3.

In caso di cessazione di uno dei membri del Comitato, per dimissioni od altra causa, l'assemblea degli ospiti e dei familiari provvede alla surrogazione, su convocazione del Presidente del Comitato. In caso di cessazione del Presidente del Comitato l'assemblea degli ospiti e dei familiari viene convocata dai restanti membri.

Prima della scadenza, il Presidente del Comitato convoca l'assemblea degli ospiti e dei familiari per la nomina del nuovo Comitato.

Art. 7 – L'Ente è obbligato a mettere a disposizione del Comitato una sala per le riunioni dello stesso.

Qualora il Comitato ritenga necessaria la presenza di un dipendente dell'Ente ad una sua riunione, il Presidente del Comitato dovrà farne richiesta scritta e motivata al Presidente dell'Ente.

.....

Al Sig. PRESIDENTE
dell' A.S.P PERGOLA
Via Mameli n. 6
61045 PERGOLA (PU)

...1...sottoscritt.....
.....
nat...a..... il.....
e residente a.....
in via.....tel.....
mail.....;

CHIEDE

- ☐ di essere ospitat..... nell'Istituto per Anziani gestito da Codesto Ente;
- ☐ in qualità di....., il ricovero, nell'Istituto per Anziani gestito da Codesto Ente, del/Ila Sig....., nat... a.....
.....il.....e residente a.....
.....in Via.....

...1...sottoscritt.....si impegna /no in caso di accoglimento della presente richiesta:

- ☐ a corrispondere mensilmente ed anticipatamente la retta di ricovero negli importi che risultano fissati al momento della sottoscrizione del presente contratto, ed in quelli che venissero in seguito stabiliti dall'Amministrazione dell'Ente;
- ☐ oppure al pagamento della retta sarà provveduto come segue:.....
.....
.....
.....

In caso di mancata accettazione degli eventuali futuri aumenti della retta ...1....
sottoscritto:

- ☐ si impegna a lasciare l'Istituto;
- ☐ si impegna a ritirare dall'Istituto1.... Sig.....
e a ricondurl..... al proprio domicilio.

...1...sottoscritt....dichiara di aver preso visione di tutte le norme previste dalla vigente Carta dei Servizi e di accettarle incondizionatamente.

Luogo e data.....

Firma

.....
Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità del/i firmatario/i.

Allegato modello privacy

IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA (solo nel caso di domanda diretta dell'anziano con redditi insufficienti)

I...sottoscritt.. , , nato il..... e residente

a.....

I...sottoscritt.. , , nato il..... e residente

a.....

I ...sottoscritt.. , , nato il..... e residente

a.....

*in qualità di..... in relazione alla
presente richiesta di ammissione al Vs. Centro per Anziani*

SI IMPEGNA.....

*unitamente al richiedente Sig..... , al pagamento in solido della retta
di ricovero vigente presso il Vs. Istituto per tutto il periodo di soggiorno del Sig.....*

Luogo e data.....

F I R M A

Allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità del/i firmatario/i.

A.S.P. PERGOLA

Sede - Via Mameli n. 6 - 61045 PERGOLA (PU) - Tel./Fax 0721/734325
www.asp-pergola.it - Email info@asp-pergola.it - P.e.c. postacert@pec.asp-pergola.it
CF_81002430411

DOCUMENTI PER L'AMMISSIONE AL CENTRO PER ANZIANI

AL MOMENTO DELLA RICHIESTA DI INGRESSO

- Domanda di ammissione e modello privacy;
- Copia del documento d'identità del richiedente, da allegare alla domanda;
- Atto di impegno integrazione retta o similare, se necessario;
- Esito valutazione UVI/UVD;

AL MOMENTO DELL'INGRESSO

- ✓ Documento di identità dell'interessato qualora non precedentemente consegnato;
- ✓ Stato di famiglia e certificato di residenza (autocertificazione);
- ✓ Tessera sanitaria;
- ✓ Certificato medico (rilasciato dal medico di base su fac-simile allegato);
- ✓ Referti medici specialistici, dimissioni ospedaliere o cartelle cliniche relative alle visite e ai ricoveri effettuati dall'interessato;
- ✓ Eventuali piani terapeutici compilati dallo specialista e consegna dei farmaci relativi;
- ✓ Eventuali ausili posseduti;
- ✓ Eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile;
- ✓ Eventuale copia di verbale nomina amministratore di sostegno/tutore;
- ✓ Modulo richiesta prestazioni aggiuntive ed accettazione Carta dei servizi;
- ✓ Prospetto nominativi familiari o persone referenti (nome, indirizzo, telefono, e-mail);

RETTE IN VIGORE DALL'01.01.2025:

IDONEITA' RESIDENZA PROTETTA Euro 49,00 giornalieri

IDONEITA' CASA DI RIPOSO Euro 44,00 giornalieri

n.b. La retta deve intendersi al netto del contributo dell'A.S.T PESARO URBINO. per quanto attiene i posti convenzionati.

- All'atto dell'ingresso in Istituto dovrà essere costituita cauzione infruttifera, mediante versamento diretto presso la Tesoreria di questa A.S.P. (Banca di Credito Cooperativo di Pergola-Agenzia di Città)
IBAN IT 43 W 08731 68491 000000045078, pari ad una mensilità della retta, con la causale:
"Deposito cauzionale pagamento retta Sig./ra.....";
- In caso di ricovero in ospedale la retta sarà ridotta del 50%;
- L'eventuale assistenza ospedaliera è a totale carico dell'assistito.

La domanda dovrà essere indirizzata al Presidente dell'A.S.P. PERGOLA, Via Mameli n. 6, 61045 Pergola (PU) – Tel. 0721/734325.

Sito internet: www.asp.pergola.it

A.S.P. PERGOLA

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

Sede - Via Mameli n. 6 - 61045 PERGOLA (PU) - Tel./Fax 0721/734325
www.asp-pergola.it - Email info@asp-pergola.it - P.e.c. postacert@pec.asp-pergola.it

Modulo reclami / suggerimenti

Il sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Residente in Via _____ n. _____

a _____

in qualità di (indicare la parentela) _____

Tel. _____

del/la Sig./ra _____

accolto/a presso : ☐ Corpo A ☐ Corpo B ☐ Corpo C

DESIDERA EVIDENZIARE alla Direzione che

DESIDERA COMUNICARE, inoltre, alla Direzione (esprimere eventuali suggerimenti)

Ai sensi del Reg. UE n. 2016/679 autorizzo l'A.S.P. Pergola al trattamento dei dati di cui sopra.

Data _____

Firma _____

Il presente modulo può essere:

- consegnato alla segreteria amministrativa
- inviato al fax 0721 734325
- inviato alla mail info@asp-pergola.it

L'ASP provvederà a dare all'ospite e ai suoi familiari pronta risposta per le segnalazioni e i reclami che si presentano di immediata e prevedibile soluzione; nei casi più complessi, predispone lettera di risposta entro 30 giorni dalla presentazione.

Contemporaneamente saranno avviate le procedure per eliminare le cause accertate degli eventuali disservizi.

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE
DEGLI OSPITI E DEI FAMILIARI**

OSPITE ☐

FAMILIARE ☐

ALTRA PERSONA DI RIFERIMENTO ☐

*Gentile Signora/Signore,
abbiamo bisogno dei Suoi suggerimenti per migliorare i servizi che offriamo .
Le chiediamo di compilare il questionario in totale libertà, segnalando ciò che è insufficiente o, al
contrario, ciò che Le risulta gradito.
Il questionario, che può essere compilato in forma anonima, va introdotto nell'apposito
contenitore, collocato all'ingresso principale del Centro Anziani.*

N.B. Barrare con una X una sola risposta per ogni domanda.

1 - Da quanto tempo Lei/il Suo familiare è stato accolto come ospite in questa struttura:

da meno di un anno	da 1 a 2 anni	da 2 a 5 anni	oltre i 5 anni
☐	☐	☐	☐

2 – E' soddisfatto dell'accoglienza nei primi 6 mesi di ospitalità, relativamente alle informazioni, alla presentazione dei servizi e alla presa in carico (scelte di cura/assistenza e approccio umano/relazionale)? - *da compilare solo per ospiti accolti da meno di 1 anno*

Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
☐	☐	☐	☐

3 - E' soddisfatto dell'operato del Coordinatore del servizio per:

	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
presa in carico dei problemi	☐	☐	☐	☐
disponibilità al colloquio	☐	☐	☐	☐
cortesia e rispetto	☐	☐	☐	☐

4 - E' soddisfatto delle cure prestate?

	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
dagli infermieri	☐	☐	☐	☐
dagli operatori socioassistenziali	☐	☐	☐	☐
dal fisioterapista	☐	☐	☐	☐

5 – E' soddisfatto delle attività di animazione e socializzazione?
(laboratori, tombola, lettura del giornale giochi di carte, uscite, gite, pranzi ecc.).

Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

6 – Ritiene che le seguenti figure professionali operino con correttezza e gentilezza ?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
infermieri				
operatori socioassistenziali				
fisioterapista				
animatrici				

7 - E' soddisfatto del livello di igiene e di cura della persona?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

8 - E' soddisfatto del servizio di ristorazione e del vitto ?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
qualità				
quantità				
tempi e modi della somministrazione				

9 - E' soddisfatto della pulizia?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
della stanza				
degli spazi comuni				
dei servizi igienici				

10- E' soddisfatto del servizio di guardaroba e di lavanderia?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
qualità del lavaggio				
cura della biancheria				
tempi di rientro				

11 - L'arredamento della camera è:				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente
gradevole				
confortevole				
funzionale				

12 – Ritiene che il personale sia rispettoso della privacy?				
	Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

13 – E' soddisfatto del trattamento complessivo ricevuto?				
---	--	--	--	--

Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

14 - Si sente coinvolto dal personale della struttura nelle decisioni relative alle cure e all'assistenza?			
Molto	Abbastanza	Poco	No, per niente

15 - Desidererebbe essere:		
più coinvolto	meno coinvolto	va bene così

16 - Ogni quanto frequenta la struttura:			
Quasi tutti i giorni	1 volta alla settimana	circa 1-2 volte al mese	meno di una volta al mese

[illegible]

Data _____

*Grazie per la
collaborazione!*

