



**CASA OSPITALE
DON PIETRO ARESI**

24053 BRIGNANO GERA D'ADDA

Via Facchinetti – Tel (0363)81 41 27
Fax. (0363)38 24 00

RICHIESTA DI FREQUENZA AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Il/la sottoscritt.....
nat...a.....il.....
residente acap.....
via.....tel.....
in qualità di.....

D o m a n d a

in qualità di (grado di parentela) del sig.....
(nome).....(cognome).....
nat...a.....il.....
residente a cap.....
via.....

di potere frequentare il Centro Diurno Integrato presso la Casa Ospitale Don Pietro Aresi di Brignano

intende usufruire del servizio di trasporto quotidiano SI NO
(a discrezione dell'Ente)

Si allegano i seguenti documenti:

1. Scheda socio-sanitaria personale, redatta dal medico curante;
2. Dichiarazione per il trattamento dei dati personali;
3. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
4. Fotocopia carta d'identità;
5. Fotocopia tessera sanitaria;

Il/la richiedente si impegna in nome e per conto dell'interessato/a a versare mensilmente la retta vigente.

Si dichiara di approvare il “ Regolamento Interno per la frequenza al Centro Diurno Integrato” allegato alla presente domanda.

Si autorizza l'uso dei dati personali ai sensi e per gli effetti della Legge 196/2003

Brignano G.A.,.....

In fede

.....

SCHEDA SANITARIA

da compilarsi a cura del Medico attualmente responsabile del richiedente

a) Cognome Nome Sesso M F

Nato/a a il

Peso: Kg. Altezza: cm.....

b) **ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA** (particolarmente riferita a ricoveri ospedalieri).....

.....
.....
.....
.....

c) **ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA** (allegare fotocopie di visite specialistiche, dimissioni ospedaliere, esami recenti)

.....
.....

d) **TERAPIA ATTUALE**

.....
.....
.....

e) **MOBILITA'** :

- Trasferimento letto/sedia

1	<input type="checkbox"/>	Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico.
2	<input type="checkbox"/>	Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona.
3	<input type="checkbox"/>	Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona.
4	<input type="checkbox"/>	Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia.
5	<input type="checkbox"/>	Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento.

- Deambulazione

1	<input type="checkbox"/>	Dipendenza rispetto alla locomozione.
2	<input type="checkbox"/>	Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
3	<input type="checkbox"/>	Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere a manovrare gli ausili.
4	<input type="checkbox"/>	Paziente autonomo nella deambulazione ma necessità di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
5	<input type="checkbox"/>	Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 metri senza aiuto o supervisione.

- Locomozione su sedia a rotelle

1	<input type="checkbox"/>	Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
2	<input type="checkbox"/>	Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
3	<input type="checkbox"/>	Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
4	<input type="checkbox"/>	Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficili.
5	<input type="checkbox"/>	Autonomo:deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

- Igiene personale

1	<input type="checkbox"/>	Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista.
2	<input type="checkbox"/>	E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale.
3	<input type="checkbox"/>	E' necessario assisterlo in una o più circostanze dell'igiene personale.
4	<input type="checkbox"/>	E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
5	<input type="checkbox"/>	Totale indipendenza.

- Alimentazione

1	<input type="checkbox"/>	Paziente totalmente dipendente, va imboccato.
2	<input type="checkbox"/>	Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
3	<input type="checkbox"/>	Riesce ad alimentarsi sotto supervisione -l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
4	<input type="checkbox"/>	Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non e' indispensabile
5	<input type="checkbox"/>	Totale indipendenza nel mangiare.

f) COGNITIVITA' E COMPORAMENTO:

- Confusione (Stato mentale)

1	<input type="checkbox"/>	Paz. completamente confuso. Comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata.
2	<input type="checkbox"/>	E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe.
3	<input type="checkbox"/>	Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
4	<input type="checkbox"/>	E' perfettamente lucido.

- Irritabilità (Stato relazionale)

1	<input type="checkbox"/>	Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
2	<input type="checkbox"/>	Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
3	<input type="checkbox"/>	Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
4	<input type="checkbox"/>	Non mostra segni di irritabilità ed è calmo.

- Irrequietezza (Stato comportamentale)

1	<input type="checkbox"/>	Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino pre brevi periodi di tempo.
2	<input type="checkbox"/>	Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
3	<input type="checkbox"/>	Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
4	<input type="checkbox"/>	Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

g) COMORBILITA':

Gravità: (1=lieve - 5=gravissimo)

Cardiaca (solo cuore)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					

Gravità: (1=lieve - 5=gravissimo)

Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Epatiche (solo fegato)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Renali (solo rene)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Altre Patologie Genito - Urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Sistema Muscolo-Scheletrico - Cute (muscoli, scheletro, tegumenti)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Endocrine - Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					
Psichiatrico - Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Diagnosi:.....					

h) CONTINENZA SFINTERI:

Incontinenza vescicale

SI' NO

Porta catetere vescicale

SI' NO

Incontinenza anale

SI' NO

Data

Timbro e firma del Medico

.....

SCHEDA SOCIALE

DA COMPILARSI A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE

COGNOME **NOME**

Nato/a a il.....

INVALIDITA': SI NO PERCENTUALE: _____

LEGGE 104: SI NO

DIAGNOSI: _____

MEDICO di BASE: _____

PERSONE CON CUI VIVE: (indicare l'eventuale presenza di badanti, anche solo per servizio notturno)

COGNOME E NOME	LEGAME	ETA'	TELEFONO

REFERENTI E PERSONE SIGNIFICATIVE:

COGNOME E NOME	RESIDENZA	TELEFONO	FREQUENZA	LEGAME

NOTE:

.....
.....

CONDIZIONI ABITATIVE:

Abitazione	<input type="checkbox"/> di proprietà	<input type="checkbox"/> in affitto	<input type="checkbox"/> in usufrutto	<input type="checkbox"/> a riscatto
Piano	<input type="checkbox"/> terra	<input type="checkbox"/> primo piano	<input type="checkbox"/> oltre il piano	
Ascensore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non necessario	
Stato abitativo	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> non adeguato	<input type="checkbox"/> pessime condizioni	
Servizi igienici	<input type="checkbox"/> interni alla casa	<input type="checkbox"/> esterni	<input type="checkbox"/> esterni e non accessibili	
Barriere architettoniche	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> interne alla casa	<input type="checkbox"/> esterne alla casa	
Telesoccorso	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no		

CONDIZIONI ECONOMICHE:

.....

.....

SERVIZI ATTIVI:

<input type="checkbox"/> SAD Frequenza _____	<input type="checkbox"/> ADI Frequenza _____	<input type="checkbox"/> PASTI A DOMICILIO	<input type="checkbox"/> TELESOCORSO _____
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	------------------------------------------------------

INTERESSI PERSONALI:**INDIVIDUALI:**

<input type="checkbox"/> FUNZIONI RELIGIOSE	<input type="checkbox"/> RICEVERE O FARE VISITE AD AMICI	<input type="checkbox"/> ATTITUDINI CULINARIE	<input type="checkbox"/> CURA DELL'ORTO, GIARDINAGGIO
<input type="checkbox"/> LAVORO A MAGLIA, CUCITO	<input type="checkbox"/> BALLO, CANTO	<input type="checkbox"/> LAVORI ARTIGIANALI.....	<input type="checkbox"/> PASSEGGIARE
<input type="checkbox"/> FUNZIONI RELIGIOSE	<input type="checkbox"/> RICEVERE O FARE VISITE AD AMICI	<input type="checkbox"/> CURA ANIMALI DOMESTICI	<input type="checkbox"/> ALTRO _____

DI GRUPPO E DI SOCIALIZZAZIONE:

<input type="checkbox"/> CONVERSAZIONE E COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/> GIOCO CARTE, SCACCHI, TOMBOLA ECC.	<input type="checkbox"/> PARTECIPAZIONE A GITE, PELLEGRINAGGI, ECC	<input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONISMO
<input type="checkbox"/> PASSEGGIARE	<input type="checkbox"/> ALTRO _____		

CULTURALI:

<input type="checkbox"/> ASCOLTO RADIO , TV	<input type="checkbox"/> CRUCIVERBA	<input type="checkbox"/> LETTURA QUOTIDIANI, LIBRI	<input type="checkbox"/> FREQUENZA CINEMA O TEATRO
<input type="checkbox"/> ALTRO _____			

SFERA DELLE AUTONOMIE:

SCALA ADL "ACTIVITIES OF DAILY LIVING" (ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA)

Fare il bagno:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a. non riceve alcuna assistenza; | 3 |
| b. riceve assistenza nel lavare solo una parte del corpo; | 2 |
| c. riceve assistenza nel lavare più di una parte del corpo o rimane non lavato. | 1 |
-

Vestirsi:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a. prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza; | 3 |
| b. prende gli abiti e si veste completamente senza assistenza, tranne per le attività che richiedono l'utilizzo di manualità fine (es. bottoni, scarpe ...); | 2 |
| c. riceve assistenza nel prendere gli abiti o nel vestirsi o rimane parzialmente o completamente non vestito. | 1 |
-

Uso dei servizi:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a. va ai servizi, si pulisce e si riveste senza assistenza; è in grado di maneggiare la padella o la comoda; | 3 |
| b. riceve assistenza nell'andare ai servizi o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'usare la padella o la comoda; | 2 |
| c. non va ai servizi per i bisogni corporali. | 1 |
-

Spostarsi:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a. entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia senza assistenza (può usare bastone, deambulatore ...); | 3 |
| b. entra ed esce dal letto come pure si siede e si alza dalla sedia con assistenza; | 2 |
| c. non si alza dal letto. | 1 |
-

Continenza:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a. controlla completamente da solo la minzione e la defecazione; | 3 |
| b. ha occasionali incidenti; | 2 |
| c. il controllo della minzione e della defecazione è condizionato dalla sorveglianza: usa il catetere o è incontinente. | 1 |
-

Alimentarsi:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| a. si alimenta da solo senza assistenza; | 3 |
| b. si alimenta da solo, eccetto che nel tagliare la carne o nello spalmare il burro sul pane; | 2 |
| c. riceve assistenza nell'alimentarsi o viene alimentato parzialmente o completamente per sondino o per via endovenosa. | 1 |
-

ADL: N.A.P. 13-18 / N.A.T. 6-12

NOTE:.....

SCHEDA IADL: *(Instrumental Activities of Daily Living) valuta la capacità del soggetto nelle attività di vita quotidiane*

Usare il telefono:

- a. Usa il telefono di propria iniziativa: cerca il numero e lo compone;
 - b. Compone solo i numeri ben conosciuti/ risponde al telefono ma non compone i numeri;
 - c. Non è capace di usare il telefono.
-

Fare la spesa:

- a. Si prende autonomamente cura di tutte le necessità di acquisti nei negozi;
 - b. Necessita di essere accompagnato per qualsiasi acquisto nei negozi;
 - c. E' del tutto incapace di fare acquisti nei negozi.
-

Preparare il cibo :

- a. Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati;
 - b. Scalda pasti preparati o prepara cibi ma non mantiene dieta adeguata;
 - c. Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti.
-

Governo della casa :

- a. Mantiene la casa da solo o con occasionale aiuto (ad es. lavori pesanti);
 - b. Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa;
 - c. Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa.
-

Mezzi di trasporto:

- a. Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto;
 - b. Può spostarsi solo con taxi o auto e solo con assistenza;
 - c. Non esce di casa.
-

Assunzione farmaci :

- a. Prende le medicine che gli sono state prescritte, si ricorda orario e modalità;
 - b. Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate;
 - c. Non è in grado di prendere le medicine da solo.
-

Uso del denaro:

- a. Maneggia le proprie finanze in modo indipendente;
 - b. E' in grado di fare piccoli acquisti;
 - c. E' incapace di maneggiare i soldi.
-

NOTE:.....
.....

Firma

.....



CASA OSPITALE D.P. ARESI
ONLUS
VIA FACCHINETTI, 2
24053 BRIGNANO GERA D'ADDA (BG)
TEL. 0363/814127 FAX. 0363/382400

DICHIARAZIONE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____ in
qualità di _____ del/la Sig./ra _____
ospite della Casa Ospitale Don Pietro Aresi Onlus sita in Brignano Gera D'Adda, con
la compilazione del presente modulo, previa lettura dei propri diritti di cui all'art. 37 del
Decreto Legislativo del 30 giugno 2003 n. 196, esprime libero consenso ai seguenti
trattamenti:

1. esposizione dati anagrafici (per l'organizzazione delle feste di compleanno);
2. utilizzo di fotografie per uso interno alla struttura (esposizione cartelloni);
3. utilizzo di fotografie per uso esterno alla struttura (giornalino, sito internet);
4. registrazione di filmati video ad uso interno alla struttura;

Ai sensi dell'art. 37 D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, i dati raccolti con la presente scheda
non potranno essere ceduti a terzi, ma sono destinati ad essere archiviati, anche
elettronicamente, nel pieno rispetto della normativa vigente e potranno essere trattati
solo ed esclusivamente da parte dei dipendenti o collaboratori della Casa Ospitale Don
Pietro Aresi, a ciò appositamente incaricati.

Data

Firma



CASA OSPITALE D.P. ARESI
ONLUS
VIA FACCHINETTI, 2
24053 BRIGNANO GERA D'ADDA (BG)
TEL. 0363/814127 FAX. 0363/382400

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
Tel. _____

a conoscenza che in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n. 445/2000,

D I C H I A R A

In qualità di _____

Che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____ e ospite presso la
Fondazione Casa Ospitale Don Pietro Aresi – ONLUS, ha un reddito lordo
inferiore / superiore a Euro 38.500,00.

Pertanto autorizzo il personale dell'Ente, ad apporre la firma sulle prescrizioni
mediche per l'esenzione del ticket.

Il/La dichiarante



CASA OSPITALE D.P. ARESI
ONLUS
VIA FACCHINETTI, 2
24053 BRIGNANO GERA D'ADDA (BG)
TEL. 0363/814127 FAX. 0363/382400

FONDAZIONE CASA OSPITALE DON PIETRO ARESI REGOLAMENTO DELLE ASSISTENTI PRIVATE O BADANTI

L'inserimento dell'Assistente privata o Badante presso la Fondazione avviene dopo che la domanda, presentata dal familiare referente, è stata valutata ed accettata dal Direttore Sanitario, previo parere del Responsabile incaricato.

L'Assistente privata, e per lei il familiare referente, ha preso visione ed è stata resa edotta circa le norme che ne regolano l'attività.

Condivide i principi etici che indirizzano l'assistenza geriatrica.

Si attiene strettamente al compito individuato, impegnandosi a svolgerlo con serietà.

Evita invasioni di campo e di ruoli, sostituendosi alle Figure Professionali preposte.

Ha un atteggiamento di grande rispetto, comprensione e tolleranza nei confronti degli Ospiti della R.S.A. e del C.D.I.

Non assume comportamenti irrispettosi verso gli Ospiti e ne rispetta la dignità.

Si impegna a non divulgare notizie di tipo sanitario e personale di cui è venuta a conoscenza, osservando le norme della legge sulla privacy.

Ha un atteggiamento collaborativo ed educato verso gli Operatori che lavorano nella struttura, riconoscendo i ruoli delle varie Figure Professionali.

Si attiene alle prescrizioni ed alle indicazioni del Personale della Fondazione e non deve agire di sua iniziativa con interventi non concessi.

In caso di bisogno interpella gli Operatori.

Osserva gli orari ed i divieti.

Evita di criticare la gestione della Fondazione e le persone che vi prestano la loro opera.

E' consapevole che il proprio operato, per quanto apprezzato, deve essere valutato dal Responsabile che ha il dovere di intervenire, qualora se ne rendesse necessario, esigendo di modificare la modalità della prestazione.

Sa che deve riferirsi, per qualunque problema, al Responsabile incaricato che risponde direttamente al Presidente ed al Direttore Sanitario.

Deve indossare il documento di riconoscimento (cartellino con fotografia e ruolo) fornito dall'Ufficio Amministrativo.



CASA OSPITALE D.P. ARESI
ONLUS
VIA FACCHINETTI, 2
24053 BRIGNANO GERA D'ADDA (BG)
TEL. 0363/814127 FAX. 0363/382400

ASSISTENTI PRIVATE / BADANTI IN R.S.A. E C.D.I.

E' data facoltà alle famiglie degli ospiti che frequentano il Centro Diurno Integrato o che sono ricoverati nella Residenza Sanitaria Assistenziale di affiancare al proprio congiunto un'assistente privata o badante.

Le norme che regolano l'attività dell'assistente privata si rifanno a quelle del volontariato.

Il parente referente presenta regolare domanda (All. 2) al Direttore Sanitario che delega la gestione delle assistenti private/badanti alla Caposala.

Il parente si assume la responsabilità delle azioni e comportamenti dell'assistente privata da lui pagata e si impegna ad esigere dalla stessa un atteggiamento consono con le finalità concordate.

Spetta al parente spiegare esaurientemente i limiti dell'intervento assistenziale.

Sul modulo di richiesta sono chiaramente espressi l'incarico affidato e la presa visione delle norme che ne regolano lo svolgimento.

L'assistente privata o badante deve portare il cartellino di riconoscimento con fotografia rilasciato dall'Ufficio Amministrativo.

Il suo comportamento non deve in alcun modo contrastare od interferire con il lavoro e le direttive del medico responsabile del reparto, dell'infermiere professionale, dell'A.S.A., del fisioterapista, dell'educatrice professionale.

L'assistente privata deve attenersi alle prescrizioni ed alle indicazioni del personale e non deve agire di sua iniziativa con interventi non concessi.

Gli operatori sono a disposizione per qualsiasi necessità dell'ospite e pertanto devono essere interpellati in caso di bisogno.

Considerate la delicatezza e la fragilità emotiva proprie della particolare fase di vita delle persone ricoverate, e ricordando gli stretti vincoli imposti dalla legge sulla privacy, l'assistente privata o badante, e per lei il familiare referente, si impegna a non diffondere le notizie sui dati sensibili di cui è venuta a conoscenza.

In particolare deve ricordare che il suo compito è quello di assistere solo uno specifico ospite: eviterà ogni atteggiamento di critica ed invadenza verso gli altri ospiti e si porrà in modo rispettoso nei confronti della Fondazione.

L' Educatore Professionale conserva l'elenco delle assistenti private o badanti, vigila sul loro operato, risolve eventuali conflitti con gli operatori, tiene i rapporti con il familiare referente.

In accordo con il Direttore Sanitario, ha piena autonomia ed autorità per imporre qualunque decisione necessaria, fino alla revoca dell'incarico.



CASA OSPITALE D.P. ARESI
ONLUS
VIA FACCHINETTI, 2
24053 BRIGNANO GERA D'ADDA (BG)
TEL. 0363/814127 FAX. 0363/382400

All. 2 modulo richiesta assistente privata o
badante

FONDAZIONE CASA OSPITALE DON PIETRO ARESI

Egr. Direttore Sanitario

Spett. Ufficio Amministrativo

Io sottoscritto/a....., nato/a il
...../...../....., a, residente in vian°....., a
....., tel. n°, cell. n°
....., in qualità di referente del sig./sig.ra
....., nato/a il
...../...../....., ospite della R.S.A./C.D.I, chiedo di potere inserire il/la sig./sig.ra
....., con l'incarico di Assistente privato/a
o Badante.

L'intervento rientra esclusivamente nell'ambito di:

- visita e compagnia all'Ospite
- somministrazione degli alimenti
- aiuto nella deambulazione assistita
-
-
-

Ho preso visione del regolamento e l'ho spiegato all'Assistente; sono stato reso edotto/a sulle norme comportamentali da osservare e le ho spiegate all'Assistente, in particolare sul rispetto della riservatezza nei confronti degli Ospiti, per cui mi impegno a non fare divulgare eventuali notizie di tipo sanitario e personale di cui l'Assistente verrà a conoscenza.

Inoltre sono consapevole della necessità che l'Assistente mantenga un atteggiamento collaborativo e rispettoso verso gli Operatori che lavorano nella struttura.

Per qualunque problema so di dovermi rivolgere al Responsabile che mi è stato indicato.

Brignano Gera d'Adda,/...../.....

firma

L'Assistente

firma