

# Regolamento del Centro Diurno “Le Storie”

Approvato con Atto Monocratico n. 5 del 23/05/2024

## **INDICE**

ARTICOLO 1 – DESTINATARI DEL SERVIZIO  
ARTICOLO 2 – FINALITA' DEL SERVIZIO  
ARTICOLO 3 – PRESTAZIONI  
ARTICOLO 4 – PRESTAZIONI NON COMPRESSE NELLA RETTA  
ARTICOLO 5 – METODOLOGIA DI INTERVENTO  
ARTICOLO 6 – PERSONALE  
ARTICOLO 7 – MODALITA' DI ACCESSO  
ARTICOLO 8 – RETTA E MODALITA' DI PAGAMENTO  
ARTICOLO 9 – RIDUZIONE O AMPLIAMENTO DEI SERVIZI  
ARTICOLO 10 – DIMISSIONE DAL SERVIZIO  
ARTICOLO 11 – MOROSITA'

### **ARTICOLO 1 – DEFINIZIONE/ DESTINATARI DEL SERVIZIO**

Il Centro Diurno Demenza è un punto della rete dei servizi previsto dalla Regione Emilia-Romagna in favore della popolazione anziana colpita da disturbi del comportamento (alterazione sonno/veglia, aggressività, wandering, affaccendamento, ecc.) o cognitivi, legati alla memoria, al disorientamento. Si configura come una struttura socio-saniatria a ospitalità diurna rivolta a persone (n. 20 posti) residenti nei comuni di Ferrara, Masi Torello, Voghiera. I destinatari possono essere persone adulte o anziane affette da demenza di grado lieve, moderato oppure severo ma che non necessitano però di setting maggiormente tutelante quale ad esempio il “nucleo temporaneo per demenze”.

In particolare, l’utenza è composta da: *“Persone con diagnosi di demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un intervento intensivo e limitato nel tempo (.....). (Deliberazione della Giunta Regionale n. 514, 20/04/2009)*

### **ARTICOLO 2 – FINALITA’ DEL SERVIZIO**

Il centro diurno si colloca nella rete dei servizi territoriali con la finalità di svolgere funzioni integrative e di supporto domiciliare rivolte alla persona con demenza e al suo nucleo familiare, al fine di favorire la permanenza della persona nel suo contesto di appartenenza.

Il centro diurno è finalizzato ad offrire attività di stimolazione cognitiva, occasioni di socializzazione e intrattenimento per il mantenimento della relazione interpersonale, la comunicazione, il movimento e le capacità cognitive, atte a mantenere il più a lungo possibile le capacità residue delle persone ospitate con programmi di trattamento terapeutico non farmacologico, oltre a garantire la somministrazione delle prescritte terapie farmacologiche.

Scopo del centro è altresì quello di offrire ai familiari sostegno, orientamento ed aiuto nell’affrontare la malattia e i cambiamenti che essa comporta, aiutandoli a mantenere le loro interazioni sociali e prevenire il rischio di stress psicofisico. Inoltre, i servizi erogati dal Centro Diurno sono finalizzati a sviluppare continuità tra l’intervento del servizio e quello della famiglia caregiver.

Il centro diurno opera nel rispetto del principio dell'autodeterminazione individuale e della riservatezza personale e favorisce la partecipazione degli utenti e dei loro familiari alla gestione delle attività della vita comunitaria. Favorisce altresì i rapporti con la realtà territoriale attivando, dentro e fuori il servizio, momenti ed occasioni di incontro.

### **ARTICOLO 3 - PRESTAZIONI/APERTURA DEL SERVIZIO**

Le prestazioni garantite a ciascun utente sono quelle di seguito indicate:

- giornata alimentare composta da: merenda a metà mattina, pranzo, merenda pomeridiana; diete speciali per patologie su prescrizione medica; i pasti sono preparati da ditta esterna;
- igiene personale;
- attività infermieristica non complessa, comprensiva di terapia farmacologica;
- attività di stimolazione cognitiva, animazione, socializzazione e rieducazione;
- interventi psico-sociali;
- attività di informazione, formazione e supporto per i familiari ed i caregiver delle persone ospitate.

Per i servizi accessori (manutenzione dei locali ed impianti, lavanderia e pulizia dei locali) ASP si avvale sia di Personale interno (Manutentori) che di ditte esterne (di manutenzione, lavaggio teleria e pulizie).

Il Centro è aperto dalle ore 7.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì festività settimanali escluse. Il sabato il Centro diurno è attivo se almeno 6 ospiti richiedono e garantiscono la frequenza continuativa in quella giornata.

#### **ARTICOLO 4 - PRESTAZIONI NON COMPRESSE NELLA RETTA**

È possibile, pagando una tariffa aggiuntiva, usufruire del servizio di:

- trasporto al Centro Diurno e ritorno;
- parrucchiera/barbiere;
- di podologo e di manicure e pedicure

Per questi servizi ASP si avvale di professionisti/ditte esterne.

In caso di incontinenza, i presidi utilizzati dovranno essere forniti dai familiari.

L'ente non risponde di eventuale smarrimento di oggetti o di rottura di presidi personali.

#### **ARTICOLO 5 - METODOLOGIA DI INTERVENTO**

Nell'operatività, il servizio affianca alla terapia farmacologica, il metodo Gentlecare, un modello di cura non farmacologico, caratterizzato da interventi di sostegno e compensazione delle perdite causate dalla malattia e supporto delle abilità residue.

Tale approccio consente di raggiungere vantaggi quali:

- promuovere il benessere;
- ridurre lo stress del caregiver;
- diminuire la frequenza e l'intensità dei problemi comportamentali;
- mantenere alcune abilità residue degli ospiti.

Il modello Gentlecare è un modello individualizzato che si basa sulla singola persona, sulle sue caratteristiche, desideri, bisogni ed emozioni e il punto di partenza è squisitamente personale. Si parte dalla biografia della persona e sulla base di essa si organizzano le attività e i suoi spazi. Dal momento dell'ingresso al Centro, momento in cui la persona si immerge in tempi e luoghi totalmente differenti, ciò che assume importanza è la storia che la persona porta con sé, chi è, che lavoro svolgeva, quanto della persona e delle sue capacità rimane integro, quali attività preferisce e quali parti di un compito non riesce più a svolgere.

Nel modello Gentlecare le persone, in tal senso gli operatori del Centro, divengono protesici, veri e propri "agenti terapeutici". Anche le attività sono considerate supporti protesici, definibili tali quando si basano sul benessere/piacere che l'anziano ne trae e non sulla performance. Esse si fondano dunque sul sostegno e sulla valorizzazione delle capacità della persona.

Con il sostegno del modello, si organizzano attività basate sulle differenze individuali, su cosa piace o non piace a ciascun utente. Tra queste, attività utili (legate cioè alla vita domestica quali fare le pulizie, piegare indumenti, riordinare ambienti con l'aiuto di operatori) e attività legate alla cura della persona (cura del viso e dei capelli), attività intellettuali (sfogliare album, riviste) e attività legate a caregiver non umani, soprattutto grazie all'utilizzo delle bambole poste nell'ambiente.

I familiari ricoprono un ruolo molto importante in tutti i luoghi di cura nell'assistenza al malato di demenza in quanto sono coloro che conoscono meglio la persona e, quindi, la collaborazione con gli operatori è presupposto fondamentale per realizzare un'adeguata assistenza alla persona. Inoltre, il Centro si pone come opportunità anche per la famiglia che potrà trovarvi uno spazio protetto di conoscenza e ascolto.

#### **ARTICOLO 6 - PERSONALE**

Il Centro Diurno è inserito in un'organizzazione così articolata:

Un Responsabile coordinatore dell'Area Anziani e CRA con *funzioni tecnico direttive* (definizione delle linee programmatiche e degli obiettivi di servizio in accordo con la direzione dell'ASP, gestione di budget, monitoraggio dei risultati di settore e dei servizi, raccolta e analisi dati di attività, relazioni con i referenti della rete dei servizi socio sanitari e con il terzo settore) verifica il mantenimento dei requisiti di qualità previsti

dall'accreditamento), sovrintende la gestione del personale dedicato; predispone e riadatta le procedure anche sulla base dei riscontri dei RAA e RAS.

Alla Responsabile afferiscono le seguenti figure professionali:

**RAA** - Responsabile delle attività assistenziali con funzioni di coordinatore organizzativo e referente per gli operatori sociosanitari e animatori. Le sue funzioni sono:

- ✓ collabora con la I.P.R Assistente Sociale, Resp. del caso e RAS alla valutazione dell'idoneità rispetto all'ammissione al Centro Diurno;
- ✓ verifica l'andamento degli interventi attraverso le riunioni con l'équipe;
- ✓ convoca l'équipe per la stesura del PAI;
- ✓ mantiene i contatti con gli ospiti e i loro familiari e li informa in caso di variazioni di carattere organizzativo del servizio;
- ✓ garantisce l'aggiornamento dei dati relativi all'utenza, assicura il corretto utilizzo dei supporti documentali ed informativi adottati;
- ✓ si occupa della programmazione del trasporto A/R CD/Domicilio e della comunicazione con gli uffici preposti;
- ✓ inoltra le richieste di approvvigionamento: (materiali, divise) alla responsabile di settore;
- ✓ gestisce l'utilizzo delle attrezzature;
- ✓ segnala criticità ed eventuali problematiche anche legate alla sicurezza al Responsabile di settore;
- ✓ collabora nella redazione delle procedure e sovrintende al loro rispetto.

**RAS** - Responsabile delle attività sanitarie con funzioni di referente per tutte le attività di natura sanitaria; è la referente per infermieri e fisioterapisti nonché interfaccia con i medici di riferimento degli ospiti. Effettua una prima verifica della compatibilità dell'ospite alla frequenza del centro diurno valutando le problematiche sanitarie e il grado di autonomia dell'utente in rapporto all'impegno assistenziale richiesto dagli altri ospiti.

**Assistenti Sociali Responsabili del caso** hanno la responsabilità della lettura dei bisogni, della proposta del PAI e della verifica dei risultati raggiunti congiuntamente a tutti i soggetti e professionalità coinvolte. Propongono il caso ad UVG per il convenzionamento dell'ospite, si affiancano agli operatori del CD per affrontare con le famiglie le eventuali problematiche o i percorsi post CD.

**IPR Assistente Sociale** servizio sociale territoriale partecipa alla presentazione dei casi dei nuovi ingressi e si raccorda con la RAA per tenere la lista d'attesa.

**OSS** si occupa dell'assistenza primaria e delle attività di riattivazione funzionale, sia motoria che cognitiva e che svolge attività di socializzazione.

**Infermiere Professionale** garantisce il monitoraggio dell'evoluzione clinica e funzionale. Somministra, inoltre, la terapia.

**Educatore/Animatore** attua i programmi di riabilitazione cognitiva e comportamentale per singoli e/o gruppi.

**Fisioterapista** imposta il programma dell'attività motoria di gruppo e individuale. Esegue le prestazioni e ne cura la supervisione;" effettua la valutazione funzionale" dalla quale si traggono le indicazioni per dar corso all'accoglienza e/o impostare l'attività di riattivazione funzionale motoria e le indicazioni/istruzioni per la corretta movimentazione dell'utente da fornire al personale di assistenza.

**Psicologo** affianca l'assistente sociale nell'identificazione del CD come risorsa necessaria al percorso assistenziale dell'anziano e dei caregiver, offrendo anche uno spazio protetto di conoscenza ed ascolto del dolore che la malattia causa.

**Operatori di segreteria** si coordinano per adempiere agli aspetti amministrativi relativi al contratto di frequenza, acquisizione dei consensi su privacy e liberatorie, raccolta della documentazione anagrafica e sua duplicazione su supporto informatico, raccolta e duplicazione dei PAI su cartella informatica.

Altre figure professionali coinvolte:

**Medico di Medicina Generale (Medico di famiglia):** redige il piano terapeutico e viene coinvolto per comunicazioni riguardanti modifiche nello stato di salute dell'anziano

**Medico geriatra:** offre consulenza specialistica in stretto raccordo con i CDCD (Centro Disturbi Cognitivi Demenze) finalizzata al positivo e proficuo inserimento della persona presso il centro diurno.

#### **ARTICOLO 7 - MODALITA' DI ACCESSO**

Il Centro Diurno è autorizzato al funzionamento per 20 posti, di cui 10 "accreditati" e 10 a libero mercato. In entrambi i casi la domanda di ammissione dovrà essere presentata all'**ASP Centro Servizi alla Persona, Settore Anziani, via Ripagrande n. 5, Ferrara.**

L'equipe multiprofessionale accerta i requisiti per l'accesso al Centro basandosi sulle condizioni dell'anziano e sulla documentazione sanitaria presentata, verrà effettuata una visita domiciliare da parte della fisioterapista, assistente sociale e psicologa per comprendere al meglio il bisogno e le opportunità offerta dalla rete dei servizi. Sarà l'unità di valutazione geriatrica, su istanza dell'assistente sociale a concedere l'accreditamento. Il centro diurno accoglie prioritariamente ospiti deambulanti e autonomi nell'alimentazione.

Le domande di inserimento saranno ordinate in base ad un criterio di valutazione che tiene in considerazione anche la situazione di maggior fragilità, creando così una graduatoria (vedi allegato 1). L'ammissione al Centro Diurno dell'utente è subordinata alla posizione che lo stesso occupa nell'eventuale lista d'attesa e alla successiva sottoscrizione del contratto di ospitalità.

L'equipe multiprofessionale accerta i requisiti per l'accesso al Centro basandosi sulla situazione dell'anziano e sulla documentazione sanitaria presentata.

Al momento dell'ingresso, dovranno essere presentati i seguenti documenti:

- relazione del Medico di base indicante le patologie, le relative terapie aggiornate e eventuale necessità di dieta specifica;
- copia tesserino sanitario;
- copia codice fiscale;
- copia carta d'identità valida;
- recapiti telefonici dei familiari/tutore ove ricevere comunicazioni/informazioni.

Qualora l'utente versi in uno stato di incapacità accertata, la domanda dovrà essere sottoscritta da un familiare o dal tutore.

### **ARTICOLO 8 - RETTA E MODALITA' DI PAGAMENTO**

La retta e la quota trasporto a carico dell'utente, che verranno comunicate annualmente, per la fruizione del servizio di Centro Diurno è determinata dai provvedimenti sull'accreditamento dei servizi in base alla Direttiva regionale n. 514/2009.

ASP Centro di Servizi alla Persona ha scelto di applicare una retta unica di uguale importo per la frequenza su posti convenzionati e non convenzionati (vedi allegato n.2). La retta è comprensiva di tutte le prestazioni di carattere sociale e sanitario di cui al precedente art. 3 (Prestazioni). Le eventuali variazioni saranno comunicate con un preavviso di quindici giorni, in ottemperanza delle normative vigenti.

In caso di inserimento l'interessato, o chi per lui, è tenuto a sottoscrivere apposito contratto con il quale si impegna alla corresponsione della quota dovuta che deve essere versata entro il 25 del mese successivo. L'eventuale richiesta di trasporto a/r avrà un costo aggiuntivo.

La vigente normativa nazionale d'imposte dirette prevede la possibilità di dedurre le spese sostenute per l'assistenza medica generica e l'assistenza specifica.

È previsto il versamento di una quota per il mantenimento del posto per chi intenda sospendere temporaneamente la frequenza al Centro Diurno compatibilmente all'organizzazione del servizio.

### **ARTICOLO 9 - RIDUZIONE O AMPLIAMENTO DEL SERVIZIO**

La frequenza può essere ridotta o ampliata negli accessi settimanali in relazione alle variazioni delle necessità dell'utente e dei familiari. Le variazioni vanno richieste dalla famiglia all'Assistente Sociale che si interfacerà con la RAA. Le variazioni andranno comunicate dall'Assistente Sociale ad UVG tramite apposito programma informatico.

### **ARTICOLO 10 - DIMISSIONE DAL SERVIZIO**

Le dimissioni dal Centro Diurno possono avvenire:

- su richiesta del familiare referente;
- a seguito del raggiungimento degli obiettivi posti: calo delle alterazioni di comportamento che rendono l'utente gestibile a domicilio e/o anche in un centro diurno tradizionale;
- peggioramento delle condizioni psicofisiche dell'utente tale da richiedere un intervento assistenziale e sanitario nell'arco delle 24 ore.

### **ARTICOLO 11 - MOROSITA'**

L'ASP Centro Servizi alla Persona eserciterà azione di rivalsa verso l'ospite o gli obbligati, ai sensi delle vigenti normative, nel caso di mancato pagamento della retta dovuta.

## Allegato n. 1

### Centro Diurno “Le Storie”

#### Criteria per la determinazione della graduatoria d’accesso

Elementi di esclusione dall’accesso:

1. Gravi disturbi del comportamento (aggressività, violenza, forte agitazione)
2. Deambulazione a forte rischio di caduta
3. Incapacità di alimentarsi in autonomia

#### Criteria del Sistema di Rete

Condizione	Punti
Rete familiare/di sostegno presente e adeguata	0
Rete familiare /di sostegno presente ma con fragilità relazionale	1
Rete familiare/di sostegno presente ma inadeguata (trascuratezza, multiproblematicità)	2
Assenza di rete	3

#### Criteria della situazione ambientale in relazione al soggetto

Condizione	Punti
Ambiente di vita adeguato e sicuro per il soggetto (situazione di modesta criticità, dignitosa, sicura)	0
Ambiente con criticità , potenziali barriere architettoniche, problemi igienico-sanitari	1
Completo degrado dell’ambiente	2

Punteggio minimo 0 max 5.

**Allegato n. 2**

**TARIFFARIO ANNO 2024**

**CENTRO DIURNO**

<b>RETTA GIORNALIERA POSTI ACCREDITATI E NON ACCREDITATI</b>	<b>TRASPORTO POSTI ACCREDITATI</b>	<b>SERVIZI ACCESSORI</b>	<b>MANTENIMENTO POSTO</b>
Euro 29,35	Euro 6 (A/R)	Parrucchiera Euro 10  Pedicure/Manicure/Podologo in base alla prestazione	Euro 13,21

Il Pagamento potrà avvenire:

- con bollettino Pago PA che sarà inviato per e-mail o per posta ordinaria
- attraverso domiciliazione bancaria con addebito in conto corrente

**Allegato n. 3**

Al Direttore "ASP - Centro Servizi alla Persona"  
Via Ripagrande, 5 44121 Ferrara

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO IL CENTRO DIURNO DELL'ASP-CENTRO SERVIZI  
ALLA PERSONA.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Domicilio se diverso da residenza \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- ❖ L'ammissione al Centro diurno dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- ❖ Per n° giorni settimanali 1  2  3  4  5
- ❖ Trasporto Andata  Ritorno

**Per se stesso/a**

**In qualità di:**  coniuge  figlio/a  fratello/sorella  nipote  altro familiare  tutore  curatore   
**amministratore di sostegno**  altro

(indicare con una crocetta)

Del Sig./ra. \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Domicilio se diverso da residenza \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Se viene trasferito da altro centro/sevizio indicare

quale \_\_\_\_\_

Ferrara li \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente (vedere nota)

\_\_\_\_\_

Nota: Ai sensi dell'art 4 2° comma del DPR 28/12/2000 n°445 la dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute è sostituita dalla dichiarazione contenente espressa dichiarazione dell'esistenza di un impedimento resa dal coniuge, o in sua assenza dal figlio o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' ai sensi art 47 del DPR 28/12/2000 n. 445

Il sottoscritto (cognome e nome \_\_\_\_\_)

Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Estremi documento identità del quale allega copia fotostatica \_\_\_\_\_

In qualità di (specificare relazione di parentela con la persona per la quale si è presentata la richiesta)

\_\_\_\_\_

**DICHIARA** che il/la Sig \_\_\_\_\_ è impossibilitato a firmare la presente domanda in quanto si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

**DICHIARA** di essere consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice Penale e delle leggi speciali in materia.

## **Allegato n. 4**

### **ELENCO BIANCHERIA CONSIGLIATO E IL NECESSARIO PER L'IGIENE PERSONALE**

Un cambio completo a seconda della stagione:

- 1 Maglia
- 1 Paio di mutande
- 1 Paio di calze
- 1 Ciabatte/pantofole
- 1 Fazzoletto
- 1 Tuta da ginnastica o calzoni e camicia/gonna a scelta

Per l'igiene personale:

- Spazzolino da denti
- Dentifricio
- Pasta adesiva per dentiera se necessaria

Nel caso in cui il corredo minimo risultasse insufficiente o inadatto per le esigenze personali dell'ospite, il Responsabile e il Familiare Referente concorderanno le integrazioni o variazioni necessarie.

### **DOCUMENTI DA PRESENTARE :**

- relazione del Medico di base indicante le patologie e le relative terapie aggiornate (SUT) ed eventuale necessità di dieta specifica;
- diagnosi di demenza;
- copia tesserino sanitario;
- copia codice fiscale;
- copia carta d'identità valida;
- certificato medico per l'attività di riattivazione funzionale di gruppo;
- recapiti telefonici dei familiari/tutore ove ricevere comunicazioni/informazioni.

**Allegato n. 5**

**SCHEMA RELAZIONE SANITARIA CENTRO DIURNO**

**(da compilare a cura del Medico di Medicina Generale o da un Medico di Reparto)**

**Per l'ammissione al Centro Diurno dell'ASP Centro Servizi alla Persona**

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Attualmente si trova in:     Ospedale                       Altra Struttura

Motivo \_\_\_\_\_

Al domicilio:            vive  solo/a                       con parenti                       con badante

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA**

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

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA**

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

**INTERVENTI CHIRURGICI**

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

**DEFICIT SENSORIALI**

- Grave deficit visivo (anche con correzione)
- Grave deficit uditivo (anche con correzione)

Nota \_\_\_\_\_

**DEAMBULAZIONE**

- Normale
- Cammina con aiuto o assistenza
- Presenta rischio di caduta
- Costretto/a a letto, poltrona o carrozzina

Nota \_\_\_\_\_

**INCONTINENZA**

- no             si             Urinaria             Saltuaria             Permanente
- Fecale             Saltuaria             Permanente
- Catetere vescicale            Tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Data ultimo cambio \_\_\_\_\_
- Colostomia

Nota \_\_\_\_\_

**ALIMENTAZIONE**

- Autonoma
- Deve essere imboccato/a
- Presenta disfagia
- Presenza di PEG

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI MOTORI**

Paralisi / paresi di \_\_\_\_\_

- Instabilità motoria             Si             No
- Deficit equilibrio             Si             No
- Tendenza alle cadute             Si             No

Nota \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PSICO-RELAZIONALE**

- |                                   |                                  |                                     |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Disturbi importanti della memoria | <input type="checkbox"/> Si      | <input type="checkbox"/> No         |
| Orientamento temporo/spaziale     | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Patologico |
| Episodi di disorientamento t/s    | <input type="checkbox"/> Si      | <input type="checkbox"/> No         |
| Disorientamento costante          | <input type="checkbox"/> Si      | <input type="checkbox"/> No         |
| Disturbi della parola             | <input type="checkbox"/> Si      | <input type="checkbox"/> No         |
| Disturbi della comunicazione      | <input type="checkbox"/> Si      | <input type="checkbox"/> No         |

Nota \_\_\_\_\_

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

- |  |                                   |                                    |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| Agitazione psico-motoria                                   | <input type="checkbox"/> Costante | <input type="checkbox"/> Saltuaria |
| Aggressività   | <input type="checkbox"/> Verbale  | <input type="checkbox"/> Fisica    |
| Deambulazione afinalistica                                 | <input type="checkbox"/> Fughe    | <input type="checkbox"/> Wandering |
| <input type="checkbox"/> Insonnia                          |                                   |                                    |
| <input type="checkbox"/> Inversione del ritmo sonno/veglia |                                   |                                    |

**TONO DELL'UMORE**

- |                                  |                                   |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Depresso | <input type="checkbox"/> Euforico |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|

Nota \_\_\_\_\_

**PRESENZA DI LESIONI CUTANEE DA DECUBITO**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Sede e attuali medicazioni \_\_\_\_\_

**ALLERGIE E/O INTOLLERANZE A FARMACI E/O ALIMENTI**

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

**IN PASSATO HA FATTO USO DI:**

TIPO DI FARMACO		DOSE	DURATA DEL TRATTAMENTO
Benzodiazepine			
Neurolettici			
Antidepressivi			
Altro			

**TRATTAMENTI FARMACOLOGICI IN ATTO**

TIPO DI FARMACO	POSOLOGIA	ORARI DI SOMMINISTRAZIONE	DURATA DEL TRATTAMENTO

**OSSERVAZIONI**

---



---



---



---

**EVENTUALE DIETA CONSIGLIATA:**

---



---



---

**PARASSITOSI CUTANEE/MALATTIE CONTAGIOSE / SITUAZIONI PERICOLOSE E  
CONTRARIE ALLA VITA IN COMUNITÀ:**

---

---

---

Il Medico curante

Nome..... Cognome .....

Indirizzo studio .....

Recapito telefonico ..... Cellulare .....

Codice regionale medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma MMG / Medico Curante

---

**Allegato n. 6**

Al Direttore  
ASP Centro Servizi alla Persona  
Via Ripagrande, 5  
44121 Ferrara

**DOMANDA DI DIMISSIONE DAL CENTRO DIURNO DELL'ASP-CENTRO SERVIZI ALLA PERSONA.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ se diverso da residenza \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

❖ la dimissione dal Centro diurno dal \_\_\_\_\_

Per se stesso/a

In qualità di:  coniuge  figlio/a  fratello/sorella  nipote  altro familiare  tutore  curatore   
amministratore di sostegno  altro

(indicare con una crocetta)

Del Sig./ra. \_\_\_\_\_

Ospite del Centro diurno dal \_\_\_\_\_

Ferrara \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente (vedere nota)  
\_\_\_\_\_

Nota: Ai sensi dell'art. 4 2° comma del DPR 28/12/2000 n°445 la dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute è sostituita dalla dichiarazione contenente espressa dichiarazione dell'esistenza di un impedimento resa dal coniuge, o in sua assenza dal figlio o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

**Allegato n. 7**

**SCHEDA DI DIMISSIONE DAL CENTRO DIURNO DI ASP-CENTRO SERVIZI ALLA PERSONA**

L'equipe del Centro Diurno dimette il Sig.....dal  
giorno.....per il seguente motivo:

- Raggiungimento degli obiettivi posti: calo/diminuzione delle alterazioni di comportamento che rendono l'utente gestibile a domicilio e/o anche in un centro diurno tradizionale.
- Peggioramento delle condizioni psicofisiche dell'utente tale da richiedere un intervento assistenziale e sanitario nell'arco delle 24 ore.
- Altro.....

Il Coordinatore del Centro Diurno

\_\_\_\_\_

L'Assistente Sociale

\_\_\_\_\_

Il Familiare referente

\_\_\_\_\_