



CASA SERENA

Azienda Speciale Casa Serena R.S.A
Viale Mario Pavesi, 22 - 27024 Cilavegna (PV)
Tel. 0381.96226 - Fax 0381.660055
www.casaserenarsa.it - E-mail info@casaserenarsa.it
C.F. 92007000182 - P.I. 01986290185 - REA 236666

DOMANDA DI AMMISSIONE CENTRO DIURNO INTEGRATO

Il/La sottoscritto/a		
Residente a		
Via/Piazza	n.	CAP
Recapiti telefonici		
e-mail		
nella qualità di		
Del /della sig. /sig.ra		

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO IL CDI

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo

DATI ANAGRAFICI DELL' OSPITE

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n. _____

Tel _____ e-mail _____

Domiciliato/a a* _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n. _____

*compilare solo se diverso dalla residenza

Codice Fiscale _____

Tessera Sanitaria _____

Titolo di studio _____

Professione esercitata in età lavorativa _____

Stato civile: libero coniugato separato divorziato vedovo

SITUAZIONE FAMILIARE

N° componenti il nucleo familiare: _____

N° figli maschi _____ N° figlie femmine _____ (viventi)

Persone conviventi

1)	COGNOME E NOME	PARENTELA	TELEFONO
	VIA	CITTA'	E-MAIL
2)	COGNOME E NOME	PARENTELA	TELEFONO
	VIA	CITTA'	E-MAIL
3)	COGNOME E NOME	PARENTELA	TELEFONO
	VIA	CITTA'	E-MAIL

Persone non conviventi

1)	COGNOME E NOME	PARENTELA	TELEFONO
	VIA	CITTA'	E-MAIL
2)	COGNOME E NOME	PARENTELA	TELEFONO
	VIA	CITTA'	E-MAIL
3)	COGNOME E NOME	PARENTELA	TELEFONO
	VIA	CITTA'	E-MAIL

PROTESI E AUSILI

Ausili e/o protesi di proprietà: si no Se si, quali _____
(Si prega di apporre nome e cognome sull'ausilio/presidio)

Ausili e/o protesi di proprietà dell'ASL: si no Se si, quali _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Abitazione adeguata all'attuale condizione psico – fisica dell'anziano:

si no Se no, perché _____

Tipo di alloggio: di proprietà in affitto in usufrutto altro

Barriere architettoniche: si no Se si, quali _____

RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIALI DI PROVENIENZA

Usufruisce di prestazioni socio - sanitarie: si no

Se sì: voucher sociale buono sociale voucher socio-sanitario

A.D.I. assistenza domiciliare comunale

Indicare cognome, nome e recapito dell'Assistente Sociale di riferimento:

SITUAZIONE ECONOMICA

PENSIONE ENTE	CATEGORIA	N°	IMPORTO NETTO MENSILE

Intestatario di invalidità civile: SI NO

Intestatario di indennità di accompagnamento: SI NO pratica in corso

Intestatario di esenzioni SI NO

Se SI quali? _____

PROVENIENZA DEL RICHIEDENTE

Domicilio ospedale _____ altro istituto _____

Centro diurno integrato _____ altro _____

Informativa e formula di consenso per il trattamento di dati sensibili:

Si informa che i dati personali e sensibili richiesti verranno utilizzati secondo i fini istituzionali e per adempiere al debito informativo regionale.

Il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento e la valutazione per l'inserimento al C.D.I i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) i dati raccolti verranno comunicati unicamente all'ASL ed esclusivamente per la finalità di rendicontazione;
- d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/03
- e) potranno essere utilizzate fotografie e riprese audio-visive di gruppo o personali che documentino momenti particolari delle attività del C.D.I.;
- f) Il titolare del trattamento è la R.S.A. Casa Serena –Azienda Speciale del Comune di Cilavegna

Firma del richiedente

Se impossibilitato/a a firmare allegare fotocopia Documento d'Identità valido o certificato medico attestanti l'impossibilità

IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale _____

In qualità di (indicare grado parentela) _____

del/della ricoverando/a sig./sig.ra _____

Residente a _____ in via _____

Tel. _____ e-mail _____

SI IMPEGNA

A provvedere al pagamento della retta di “Casa Serena”, qualora l/la utente non fosse nelle condizioni di provvedere autonomamente, in quanto obbligato agli alimenti ai sensi dell’art. 433 del C.C., e a dare tempestiva comunicazione di cambiamento di recapito abitativo o telefonico.

Allegare fotocopia dei documenti d’identità.

Data _____ Firma _____

Informativa e formula di consenso per il trattamento di dati sensibili:

Si informa che i dati personali e sensibili richiesti verranno utilizzati secondo i fini istituzionali e per adempiere al debito informativo regionale.

Il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Firma _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA

1. Documentazione sanitaria:

- Prescrizioni dell'M.M.G. specificando quantità e ora;
- Fotocopia piano terapeutico;
- Tutta la documentazione clinica (lettere di dimissioni ospedaliere, cartelle cliniche, referti di visite specialistiche, ecc.) in possesso del richiedente, prodotta in fotocopia

2. Documentazione amministrativa:

- fotocopia della tessera sanitaria
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- fotocopia di un documento di identità in corso di validità dei garanti del pagamento

DOCUMENTI DA PRESENTARE SOLO SE IN POSSESSO

- fotocopia di eventuale referto di invalidità
- fotocopia eventuali tessere esenzione per invalidità e/o patologia
- fotocopia documento di possesso protesi e ausili di proprietà dell'ASL

Il richiedente s'impegna inoltre a comunicare al CDI l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc.).

Firma _____



CASA SERENA

Azienda Speciale Casa Serena R.S.A
Viale Mario Pavesi, 22 – 27024 Cilavegna (PV)
Tel. 0381.96226 – Fax 0381.660055

www.casaserenarsa.it - E-mail info@casaserenarsa.it
C.F. 92007000182 – P.I. 01986290185 – REA 236666

RELAZIONE ASSISTENZIALE (da compilarsi da parte di chi assiste la persona)

Nome dell'assistito.....

TRASFERIMENTO LETTO –SEDIA E VICEVERSA

- Necessarie due persone per il trasferimento con o senza sollevatore meccanico.
- Collabora ma richiede massimo aiuto da parte di una persona.
- Necessaria la collaborazione di una persona per una o più fasi del trasferimento.
- Necessaria la presenza di una persona per maggiore fiducia.
- E' indipendente.

DEAMBULAZIONE

- Dipendenza rispetto alla locomozione.
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione.
- Necessario l'aiuto di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili.
- Autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto.
- Cammina senza aiuto.

LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione.
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano.
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessita di assistenza per i tratti difficoltosi.
- Autonomo, è in grado di girare intorno agli spigoli, su se stesso, di accostarsi al tavolo; è in grado di percorrere almeno 50 metri.

IGIENE PERSONALE

- Incapace di attendere all'igiene personale, dipende sotto tutti gli aspetti.
- Necessita di assistenza in tutte le circostanze dell'igiene personale.
- Necessita di assistenza per una o più circostanze dell'igiene personale.
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire.
- È capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi.

ALIMENTAZIONE

- Deve essere imboccato.
- Riesce a manipolare una posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione; l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.
- Paziente indipendente nel mangiare salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni, ecc. La presenza di un'altra persona non è indispensabile.
- Totale indipendenza nel mangiare.

CONFUSIONE

- È completamente confuso, così che sono compromesse le capacità di comunicare e le attività cognitive.
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni come dovrebbe.
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo.
- È in grado di pensare chiaramente.

IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità.
- Uno stimolo esterno che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete.
- Non mostra segni di irritabilità, è calmo.

IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente: è incapace di stare fermo persino per brevi periodi.
- Appare chiaramente irrequieto: non riesce a stare seduto e/o tocca gli oggetti, si muove continuamente durante la conversazione.
- Mostra ogni tanto segni di irrequietezza.
- Non mostra segni di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.

ALTRE SEGNALAZIONI

- Incontinenza:
 - Assente
 - Solo urinaria
 - Solo fecale
 - Doppia

- Gestione incontinenza:
 - Presidi assorbenti
 - Ano artificiale
 - Catetere

- Ausili per il movimento:
 - Bastone/deambulatore
 - Carrozzina
 - Nessuno

- Allettato/a

Il compilatore: COGNOME.....NOME.....

IN QUALITA' DI

FIRMA

DATA _____

SCHEDA BIOGRAFICA

DATI ANAGRAFICI:

NOME/COGNOME.....
NOME PREFERITO.....
LUOGO/DATA DI NASCITA.....
ULTIMARESIDENZA.....
LUOGHI DOVE HA VISSUTO.....
.....
TITOLO DI STUDIO (STUDI EFFETTUATI).....
SCUOLE FREQUENTATE (TIPO E LUOGO).....
PROFESSIONI SVOLTE (TIPO E DURATA).....
.....
STATO CIVILE.....

COME PASSAVA IL TEMPO AL DI FUORI DEL LAVORO (E DOPO IL PENSIONAMENTO)

ABILITA' PARTICOLARI (CUCIRE, RICAMARE, INTAGLIARE IL LEGNO, DIPINGERE, FOTOGRAFARE, SUONARE,).....
.....

INTERESSI PARTICOLARI (COLLEZIONISMO, MUSICA, CUCINA, ATTIVITA' SPORTIVE, BALLO, CARTE, PESCA, ANDARE PER NEGOZI, CUCINARE PER PIACERE)
.....

CURA DELL'ASPETTO PERSONALE (MOLTO CURATO- ES.: BARBA, TRUCCO, ABBIGLIAMENTO CURATO, OPPURE NON IMPORTANTE PER LA PERSONA)
.....

LETTURA (LIBERI, RIVISTE, QUOTIDIANI).....
.....

ATTITUDINE ALLO SCRIVERE (PER STUDIO, LAVORO, PIACERE, LETTERE, CARTOLINE).....
.....

ASCOLTO DI MUSICA (CLASSICA, LEGGERA, POPOLARE, BALLO, VVIO, DISCHI).....
.....

VISIONE TV (TRASMISSIONI, ATTORI, FILM PREFERITI).....
.....

ATTITUDINE AL VIAGGIO(MARE, MONTAGNA, CASA, ALBERGO, PASSEGGIATE).....
.....

VIAGGI DA SOLO VIAGGI ORGANIZZATI

CURA PIANTE E FIORI(ORTO, SERRA).....
.....

ANIMALI DOMESTICI.....
.....

VIZIETTI(FUMO, CAFFE', DOLCI, ALCOOL).....
.....

TEMI RICORRENTI DI CONVERSAZIONE (EVENTI DI VITA COMUNITARIA, DI VICINATO, FAMIGLIARI).....
.....

.....
IMPEGNO SOCIALE(VOLONTARIATO, PARTITO, SINDACALE, PARROCCHIALE).....

PRATICA RELIGIOSA.....
.....

VITA SOCIALE

RAPPORTO SIGNIFICATIVO CON QUALCUNO IN PARTICOLARE (PARENTI, AMICI, COLLEGHI, VICINI DI CASA)

.....
IN QUALE AMBITO.....

IN CHE PERIODO (PRESENTE, PASSATO).....

NUCLEO FAMILIARE

CONIUGE (NOME, PROFESSIONE, RESIDENZA, SE DECEDUTO, DATA DEL DECESSO).....
.....

FIGLI (NOME, , PROFESSIONE, RESIDENZA, SE DECEDUTO, DATA DEL DECESSO).....
.....

RAPPORTI PREFERENZIALI CON ALCUNI DI ESSI...(CHI).....

(RESIDENZA).....

(PREVISIONE FREQUENZA VISITE).....

FRATELLI/SORELLE (NOME, PROFESSIONE, RESIDENZA, SE DECEDUTO, DATA DEL DECESSO).....
.....

RAPPORTI PREFERENZIALI CON ALCUNI DI ESSI.....
.....

ALTRI FAMILIARI.....
.....

RAPPORTI PREFERENZIALI CON ALCUNI DI ESSI.....
.....

- INOLTRO RICHIESTA NOMINA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- DECRETO DI NOMINA PROVVISORIA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- DECRETO DI NOMINA DEFINITIVA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- NECESSITEREBBE DI NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DATA COMPILAZIONE.....

NOME.....

RUOLO DEL COMPILATORE.....



CASA SERENA

Azienda Speciale Casa Serena R.S.A
Viale Mario Pavesi, 22 – 27024 Cilavegna (PV)
Tel. 0381.96226 – Fax 0381.660055
www.casaserenarsa.it - E-mail info@casaserenarsa.it
C.F. 92007000182 – P.I. 01986290185 – REA 236666

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Cognome Nome assistito.....

- M - F

Data di nascita.....

data di compilazione.....

LEGENDA:

A: assente; L: lieve – trattamento facoltativo; prognosi eccellente

M: moderata – trattamento necessario; prognosi buona

G: grave; è invalidante – trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata

MG: molto grave – trattamento di emergenza; può essere letale; prognosi grave.

AREA	GRAVITA'
(barrare la casella che interessa)	

solo per la patologia più grave

PATOLOGIE CARDIACHE:	A	L	M	G	MG
----------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

IPERTENSIONE (si valuta la severità):	A	L	M	G	MG
---------------------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO VASCOLARE: (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	A	L	M	G	MG
---	---	---	---	---	----

Diagnosi:

APPARATO RESPIRATORIO:	A	L	M	G	MG
------------------------	---	---	---	---	----

Diagnosi:

OCCHI/ORL (orecchio, naso, gola, laringe):	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO DIGERENTE INFERIORE: (intestino, ernie; segnalare anche stipsi ed incontinenza fecale)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

FEGATO:	A	L	M	G	MG
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

RENE:	A	L	M	G	MG
--------------	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO RIPRODUTTIVO E PATOLOGIE GENITO- URINARIE (mammelle, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali; segnalare anche incontinenza urinaria):	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO E CUTE (segnalare anche le ulcere da decubito):	A	L	M	G	MG
---	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA NERVOSO (non include la demenza):	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

PATOLOGIE SISTEMA ENDOCRINO METABOLICO (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

Diagnosi:

STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE	A	L	M	G	MG
--	----------	----------	----------	----------	-----------

(**demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi**) :

Diagnosi:

ALTRI PROBLEMI CLINICI

Descrizione	NO	SI	Se SI indicare se:
--------------------	-----------	-----------	---------------------------

Lesioni da decubito	NO	SI	Sede: Stadio:
----------------------------	----	----	------------------

Dialisi	NO	SI	Dialisi peritoneale: Dialisi extracorporea: Frequenza settimanale dialisi:
----------------	----	----	--

Insufficienza respiratoria	NO	SI	O2 terapia: Ventilatore: Durata orario ossigeno terapia:
-----------------------------------	----	----	--

Alimentazione artificiale	NO	SI	SNG: PEG: Parenterale totale:
----------------------------------	----	----	-------------------------------------

Gestione incontinenza	NO	SI	Presidi assorbenti: Ano artificiale Catetere vescicale: Tipo catetere: Data ultimo posizionamento catetere:
------------------------------	----	----	---

Ausili per il movimento	NO	SI	Bastone e/o deambulatore Carrozzina
--------------------------------	----	----	--

Protesi	NO	SI	Dentale: Acustica: Occhiali: Altro:
----------------	----	----	--

Disorientamento tempo/spazio	NO	SI	Note:
-------------------------------------	----	----	-------

Vagabondaggio	NO	SI	Note:
----------------------	----	----	-------

Agitazione psico-motoria	NO	SI	Note:
---------------------------------	----	----	-------

Inversione ritmo sonno-veglia	NO	SI	Note:
--------------------------------------	----	----	-------

Stato nutrizionale insoddisfacente	NO	SI	Obesità: Sottopeso:
---	----	----	------------------------

Allergie a farmaci	NO	SI	Specifica:
---------------------------	----	----	------------

Allergie ad alimenti	NO	SI	Specifica:
-----------------------------	----	----	------------

TERAPIA IN ATTO

DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER AMMISSIONE

1. Tutta la documentazione sanitaria in possesso (lettera dimissione ospedale, visite specialistiche, esami ematici,.....). Elencare documentazione prodotta:

Recapito telefonico del Medico _____

Timbro e Firma del Medico _____

Area Alberghiera – Servizio Lavanderia

PROCEDURA PER L'ELENCO DEL CORREDO PERSONALE DEGLI OSPITI C.D.I

Elenco del corredo da consegnare all'ingresso per un'eventuale necessità:

- 1 maglia intima.
- 6 fazzoletti stoffa.
- 1 paio di mutande (se necessita).
- 1 paio di calze.
- 1 gonna, o pantalone, o vestito ,1 golfino, o1 maglietta o camicetta, 1 cardigan.
- 1 paio di calzature chiuse (pantofole)con chiusura in velcro.

Cambio completo indumenti (se l'ospite usufruisce del bagno igienico settimanale):

- 1 paio di mutande.
- 1 maglia intima.
- 1 reggiseno (se in uso).
- 1 sottoveste (se in uso).
- 1 paio di calze.
- 1gonna o pantalone.
- 1maglia esterna o camicetta.

ACCESSORI PER L'IGIENE PERSONALE:

I famigliari dovranno fornire alla necessità:

- Spazzolino.
- Dentifricio.
- Spazzola o pettine.
- Pasta adesiva (se portatore di protesi dentaria).
- Deodorante personale, crema o profumo (se in uso).
- **1 Confezione di pannoloni ogni qualvolta si esauriscono (solo per gli ospiti che ne fanno uso).**



CASA SERENA

Azienda Speciale Casa Serena R.S.A
Viale Mario Pavesi, 22 - 27024 Cilavegna (PV)
Tel. 0381.96226 - Fax 0381.660055
www.casaserenarsa.it - E-mail info@casaserenarsa.it
C.F. 92007000182 - P.I. 01986290185 - REA 236666

CONTRATTO D'INGRESSO CENTRO DIURNO INTEGRATO

L'anno _____ il giorno _____ del mese di _____ presso la sede della
Azienda Speciale Casa Serena di Cilavegna tra

L'Azienda Speciale del Comune di Cilavegna "Casa Serena",
codice fiscale 92007000182 e partita iva. 01986290185, con sede in Cilavegna, via Mario Pavesi, 22,
rappresentata dal legale rappresentante **dott. Marco Bagnoli**, nato a Novara (No) il 14/10/1967
c.f. BGNMRC67R14F952U, domiciliato per la carica ove sopra, (di seguito denominata **Ente**)

e

i Signori

Nome e Cognome Sig./Sig.ra _____

codice fiscale _____ nato/a _____ () il _____

residente in _____ provincia di _____, via _____ n. _____,

(di seguito denominato **Ospite**);

e/o

(da compilare solo se l'obbligazione economica è assunta in via solidale da un terzo e dall'utente.)

Nome e Cognome Sig./Sig.ra _____

codice fiscale _____ nato/a _____ () il _____

residente in _____ provincia di _____, via _____ n. _____, **in**

qualità di _____ **dell'Ospite** _____

(di seguito denominato **Terzo**);

e/o

(da compilare in caso di tutela/curatela/amministrazione di sostegno.)

Nome e Cognome Sig./Sig.ra _____

codice fiscale _____ nato/a _____ () il _____

residente in _____ provincia di _____, via _____ n. _____, **in**

qualità di Tutore/Curatore/Amm. di sostegno dell'Ospite _____

(di seguito denominato **Tutore/Curatore/Amm. di sostegno**);

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

A seguito dell'accettazione della domanda presentata unitamente alla documentazione clinica in data _____, con il presente atto il/la sottoscritto/a utente chiede per sé l'accoglimento e la frequenza presso il Centro Diurno Integrato dichiarando che:

L'obbligazione economica è assunta in via solidale **dal terzo** che sottoscrive il presente contratto d'ingresso per accettazione e assunzione solidale delle correlative obbligazioni;

e/o il **Tutore/curatore/amministratore di sostegno** chiede in nome e per conto dell'utente l'ingresso presso il Centro Diurno Integrato in conformità al provvedimento n. _____ del Tribunale di _____ che si allega al presente contratto quale parte integrante dello stesso;

L'ingresso è fissato in data _____.

L'Ente ha verificato al momento dell'ingresso che l'utente ha le caratteristiche e manifesta le condizioni di bisogno previste per il Centro Diurno Integrato, assicurando per l'inserimento in Centro Diurno Integrato che la presa in carico avviene secondo criteri di appropriatezza, favorendo la continuità assistenziale e precisando che eventuali situazioni complesse saranno comunicate all'ATS o al Comune di Residenza.

La presa in carico dell'Utente al Servizio del Centro Diurno Integrato sarà comunicata al Sindaco del Comune di Residenza.

Art. 2

L'Ente individua nel Centro Diurno Integrato l'unità di offerta a supporto della domiciliarità, e la organizza in conformità degli standard strutturali e gestionali dettati dalla normativa nazionale e regionale vigente, assicurando, come da Carta dei Servizi, le seguenti prestazioni:

Prestazioni Assistenziali;

Prestazioni Sanitarie;

Prestazioni Fisioterapiche;

Prestazioni Animative e sociali;

Prestazioni Alberghiere.

L'Ente predispone e dà attuazione per ciascun ospite a programmi individualizzati PAI, ricomprendenti tutte le attività erogate nel CDI, finalizzati al recupero psico-fisico ed al mantenimento delle condizioni dell'anziano, attraverso interventi individuali e collettivi.

L'attività sarà il più possibile conformata ai ritmi e alle attitudini dell'ospite, compatibilmente con le esigenze della collettività garantendo, altresì, una normale vita di relazione e la possibilità di sviluppo culturale di ognuno con apposite e flessibili differenziazioni.

L'Ente riconosce nella famiglia, i parenti e alla rete informale dell'utente, un ruolo importante nella vita affettiva, relazionale e di cura del proprio congiunto. Per tale motivo la partecipazione della famiglia alla vita del C.D.I è particolarmente gradita perché genera un collegamento sinergico fra l'utente ed il proprio ambiente;

Art. 3

Quale corrispettivo delle prestazioni componenti il servizio, l'**Utente** e/o il **Terzo; Tutore/curatore/amministratore di sostegno** si obbliga a pagare in attuazione all'art.7 del Regolamento del Centro Diurno Integrato, la retta deliberata dal C.d.A. approvate dalla Giunta Comunale di Cilavegna: sono state adottate tariffe diversificate per i cittadini cilavegnesi.

La retta è così composta:

- ✓ da una retta fissa mensile (sia per frequenza a tempo pieno che a tempo parziale) sia convenuta in euro _____(_____/00);
- ✓ dal costo dei pasti consumati

- consumo di 1 pasto giornaliero pari a € _____(____/00)
 e/o di 2 pasti giornalieri pari a € _____(____/00)

- ❖ Si considera frequenza a tempo pieno se almeno di 8 ore;
- ❖ Si considera frequenza a part-time se inferiore alle 6 ore.

Contestualmente all'ingresso, l' **Utente** e/o il **Terzo; Tutore/curatore/amministratore di sostegno** è tenuto al pagamento della retta per il mese in corso con decorrenza dal giorno d'ingresso in struttura e precisamente qualora l'ingresso avvenisse entro il giorno 15 del mese, la retta è dovuta interamente, dal sedicesimo giorno sarà conteggiata pari al 50%. I pasti usufruiti saranno conteggiati e addebitati con la retta del mese successivo.

La quota fissa mensile deve essere versata anche nei casi in cui l'utente sia assente dal C.D.I. per motivi di ricovero in strutture ospedaliere e/o per altri motivi indipendenti dalla volontà dell'Ente (es. soggiorno climatico) e pertanto i giorni di assenza non saranno scontati, saranno invece contabilizzati i pasti effettivamente consumati nel mese.

Le assenze temporanee, (es. ragioni di salute, ricoveri ospedalieri, ecc.) devono essere comunicate al Medico e all'Operatore Sociale/Amministrativo del Centro Diurno Integrato e danno luogo alla conservazione del posto, per un massimo di 30 giorni.

La retta complessiva mensile (retta fissa e pasti consumati) dovrà essere versata entro il 10 del mese cui si riferisce. In caso trattasi di giorno festivo, è consentito il pagamento nel giorno feriale successivo.

Qualora fosse necessaria l'integrazione della retta, per i soggetti che non hanno adeguate risorse economiche, l'interessato o chi per lui, dovrà presentare apposita istanza al Comune di residenza prima di usufruire del servizio.

La retta potrà essere saldata tramite bollettino MAV, bonifico bancario, POS, per mezzo delle seguenti coordinate: c/c n. 000010100x43 – PAVIA della Banca Popolare di Sondrio Agenzia di Cilavegna - **codice IBAN: IT55 K056 9611 3000 0001 0100 X43; Intestazione Beneficiario:** Casa Serena – Azienda Speciale del Comune di Cilavegna; **Causale:** Utente sig. X, pagamento retta complessiva Centro Diurno Integrato mese di X;

Il ritardato pagamento della retta di almeno un mese autorizzerà l'Azienda ad applicare interessi moratori pari all'interesse legale da calcolarsi sull'importo della retta non corrisposta

L'Ente si riserva di rideterminare l'importo della quota fissa mensile e del costo pasti. L'eventuale variazione sarà applicata previa comunicazione con anticipo di almeno trenta giorni prima dell'applicazione delle nuove tariffe dando quindi la facoltà di recedere dal presente contratto.

Art. 4

L'Ente pone a proprio carico, e quindi sono "includere" nella retta, le seguenti prestazioni di cui si rinvia alla Carta dei Servizi:

- sanitarie;
- assistenziali;
- fisioterapiche
- animative, sociali;
- alberghiere;
- pedicure;
- religiose.
- L' Azienda Speciale "Casa Serena" garantisce il servizio di trasporto e accompagnamento presso il C.D.I. solo alle persone residenti nel Comune di Cilavegna, dando priorità alle persone prive di rete familiare e/o amicale.

- Inoltre resta a carico dell'Ente l'assicurazione per la responsabilità civile contro terzi (RCT).

L'Ente eroga tutte le attività in base alla predisposizione di protocolli specifici cui il personale è tenuto ad adeguarsi nell'esecuzione delle prestazioni agli utenti.

In casi particolari la custodia dei valori potrà essere richiesta ed autorizzata dalla Direzione, in apposita cassaforte.

L'Ente s'impegna, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, a rilasciare la certificazione delle rette percepite dagli anziani ai fini fiscali per i servizi che prevedono una compartecipazione al costo, entro i tempi utili per la presentazione delle dichiarazioni dei redditi

Nelle more dell'applicazione del sistema di remunerazione legato alla classificazione degli utenti che frequentano il Centro Diurno Integrato almeno per otto ore al giorno sono remunerate con la tariffa di euro 29,60: Per gli utenti frequentanti il Centro Diurno Integrato part-time la tariffa giornaliera è abbattuta del 50% (euro14,80).

Art. 5

Restano a carico dell'Utente, il Terzo; il Tutore/curatore/amministratore di sostegno, pertanto sono servizi "esclusi" dalla retta:

- Il servizio di trasporto e accompagnamento presso il C.D.I. degli utenti residenti in altri Comuni, che viene svolto dai familiari e/o dai volontari di associazioni, previo accordi e contatti presi dai familiari stessi;
- il servizio trasporto in ambulanza per accompagnamento programmato a visite specialistiche alle quali sarà comunque richiesta anche la disponibilità a essere presenti ai famigliari;
- i farmaci, i presidi assorbenti e i piani terapeutici prescritti dal medico di medicina generale;
- il servizio di parrucchiere e manicure (le cui tariffe sono affisse presso la bacheca del C.D.I.).

Art. 6

Il presente Contratto ha decorrenza dal giorno _____ ed ha durata fino alle dimissioni dell'utente dal Centro Diurno Integrato.

Art. 7

Costituiscono causa di dimissione dell'utente e risoluzione contrattuale:

- ✓ la comunicazione di disdetta fatta da una delle parti per iscritto;
- ✓ il mancato pagamento della retta;
- ✓ la mancata accettazione da parte dell'Utente, il Terzo; il Tutore/curatore/amministratore di sostegno dell'eventuale variazione della retta da parte del C.d.A. e della Giunta del Comune di Cilavegna;

Art. 8

Qualora l'Utente, e/o il Terzo e/o il Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno intenda/intendano recedere dal presente contratto, dovrà/dovranno darne preavviso all'Ente con comunicazione scritta.

Resta fermo l'obbligo da parte dell'Utente, e/o Terzo e/o il Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno di corrispondere le eventuali rette arretrate e maturate fino alla data indicata nella disdetta della frequenza al Cento Diurno Integrato.

Art. 9

L'Ente non potrà, a nessun titolo, cedere in tutto o in parte il contratto, né farlo eseguire da altri, neppure per mezzo di procuratore.

Nel caso di contravvenzione a tale divieto, la cessione s'intenderà nulla e perciò senza alcun effetto nei rapporti con l'Utente, il Terzo; il Tutore/curatore/amministratore di sostegno il quale, anzi, avrà il diritto di ritenere risolto il contratto medesimo con il risarcimento di ogni eventuale danno.

Art. 10

L'Ente risponde direttamente di danni cagionati agli utenti dalle persone adibite ai servizi, provocati nell'esecuzione dei servizi stessi.

L'Ente, a tal fine, provvede alla stipulazione di un'adeguata copertura assicurativa, sia per la responsabilità civile contro terzi, sia per l'incendio degli immobili e di quanto in essi contenuto.

L'Ente non risponderà:

- ✓ a furti o smarrimenti di cose o oggetti personali dell'utente;
- ✓ non rimborserà smarrimenti o rotture di protesi dentarie o acustiche, salvo non sia dimostrabile l'imputazione diretta e nominativa al personale che opera presso il Centro Diurno Integrato.

Art. 11

Eventuali modifiche al presente contratto hanno efficacia solo ove apportate per iscritto e sottoscritte da entrambe le parti. Resta inteso che eventuale modifica alla normativa vigente deve intendersi automaticamente recepita dal presente contratto.

Art. 12

Il presente Contratto, redatto in duplice originale, (una per l'Utente e una per l'Ente), è soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma due, del DPR 26 aprile 1986, n. 131.

In caso di registrazione, le spese di bollo e di registrazione sono a carico dell'interessato.

Art. 13

In caso di controversie sul contenuto, sull'esecuzione e sull'eventuale risoluzione del presente contratto, ivi compresi i rapporti di natura economica, è competente il Foro di Pavia.

Art. 14

L'Ente direttamente e tramite il proprio personale, assicura il rispetto dei dati personali e sensibili degli utenti del Centro Diurno Integrato, come stabilito dal "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. Il titolare del trattamento è la R.S.A. Casa Serena -Azienda Speciale del Comune di Cilavegna. L'Utente, e/o il Terzo e/o il Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno possono far richiesta di accesso agli atti come previsto dall'U.R.P.

Le parti si danno reciproco consenso al trattamento dei dati in conformità al disposto di cui citato decreto legislativo limitatamente e ai fini dell'esecuzione del contratto.

Art. 15

Il contratto costituisce espressione integrale dell'accordo intervenuto tra le parti e sostituisce qualsiasi precedente intesa verbale o scritta.

Art. 16

Con la sottoscrizione del presente contratto l'Utente, il Terzo; il Tutore/curatore/amministratore di sostegno da atto di aver ricevuto la Carta dei Servizi e il Regolamento del Centro Diurno Integrato, di averne preso visione accettando tutte le clausole in essi contenute.

Letto, confermato, sottoscritto in duplice originale.

L'Utente _____

Il Terzo _____

Il Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (n nome e per conto dell'Ospite)

L'Ente _____

Le parti, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 c.c. approvano e accettano espressamente le clausole di cui ai punti: Art. 3, Art. 5, Art. 6; Art. 7; Art. 13.

L'Utente _____

Il Terzo _____

Il Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno (in nome e per conto dell'Ospite)

L'Ente _____

Cilavegna, ____/____/____