



PARROCCHIA di S. MARTINO VESCOVO
Casa Madonna della Fiducia



Protocollo domanda _____
Data protocollo _____
Valutazione DS _____

Il sig./ La sig.ra _____

telefono _____ mail _____

CHIEDE

+ DI ACCOGLIERE PRESSO IL CDI S. GIUSEPPE

il sig./la sig.ra _____

+ CON FREQUENZA:

a tempo pieno (dal lunedì al venerdì)

a tempo part time 4 giorni la settimana (nei giorni : _____)

a tempo part time 3 giorni la settimana (nei giorni : _____)

+ TRASPORTO:

effettuato dai Volontari del Soccorso di Calolziocorte per l'andata e il rientro dal CDI (SOLO PER I RESIDENTI NEL COMUNE DI CALOLZIOCORTE – in base alla disponibilità dei posti sul mezzo)

a carico dell'Ospite

+ DI CONTATTARE PER L'INGRESSO AL CDI:

Il sig./ La sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

residenza _____

telefono _____ indirizzo mail _____

Documenti necessari per la presentazione della domanda di accoglimento:

Scheda di presentazione ospite;

Relazione sanitaria a cura del medico curante;

Scheda valutazione livello di dipendenza -indice Barthel- compilato da professionista sanitario;

Carta d'identità e tessera sanitaria fronte e retro;

Eventuale Verbale di nomina Amministratore di Sostegno;

Certificato vaccinale;

Ogni altra documentazione sanitaria ritenuta indispensabile per l'accoglienza



PARROCCHIA di S. MARTINO VESCOVO
Casa Madonna della Fiducia



SCHEDA DI PRESENTAZIONE OSPITE

cognome e nome _____ stato civile _____

codice fiscale _____ nato/a a _____ il _____

indirizzo completo di residenza _____

Assegno d'accompagnamento: sì no

Titolo di studio: nessun titolo/analfabeta licenza elementare

licenza scuola media inf. scuola professionale diploma scuola sup. laurea

Attività lavorativa svolta pregressa alla pensione: _____

Posizione professionale:

attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – pensionato

attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – invalido/inabile

attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – altro

mai svolto lavoro retribuito – casalinga

mai svolto lavoro retribuito – invalido/inabile

ai svolto lavoro retribuito – altro

Situazione pensionistica: nessuna pensione invalidità sociale anzianità/vecchiaia

reversibilità tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro, etc) altro _____

Situazione familiare: vive solo con coniuge con figlio/a con badante altro

numero di figli viventi _____ di cui maschi _____ femmine _____

PERSONE DI RIFERIMENTO

Cognome e nome	Parentela	Indirizzo mail	Telefono



RETTA FREQUENZA CDI SAN GIUSEPPE IN VIGORE DAL 01/03/2026

All'inizio della frequenza del CDI è richiesto il versamento di un DEPOSITO CAUZIONALE di € 200,00 infruttifero, che verrà restituito alla dimissione, a condizione che non vi siano verificate, durante il periodo di frequenza, mancanze in ordine a quanto dovuto all'Ente e/o eventuali danneggiamenti, imputabili all'Ospite.

La RETTA GIORNALIERA è di € 34,00 ed il pagamento è dovuto in forma mensile anticipata entro il giorno 10 del mese di ogni mese.

Previa disponibilità di posti, solo per i residenti del nostro comune (con esclusione delle zone collinari) è previsto un SERVIZIO TRASPORTO cogestito con i Volontari del Soccorso di Calolziocorte ad un costo di € 7,00 per ogni giornata.

Il Legale Rappresentante
Don Antonio Vitali



Il Direttore Generale
Dott. Ivano Venturini





OCCORRENTE PER LA FREQUENZA DEL C.D.I.

- N.2 cambi di abbigliamento completi **comodi ed adeguati alla stagione;**
- Spazzolino da denti / dentifricio / spazzolino per protesi dentale (facoltativo);
- Pantofole chiuse - tipo “Emanuela” (facoltativo);
- Farmaci da assumere;
- Copia della documentazione sanitaria rilevante;
- Presidi assorbenti (se utilizzati);

OCCORRENTE PER BAGNO ASSISTITO

(UNA VOLTA A SETTIMANA)

N. 1 cambio completo **da portare pulito ogni lunedì**

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'Agenzia della Salute (ATS) della Brianza. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

1	Assente	Nessuna compromissione di organo o sistema
2	Lieve	La compromissione di organo o sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no. La prognosi è eccellente.
3	Moderato	La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario. La prognosi può essere buona.
4	Grave	La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.
5	Molto grave	La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

- **Ipertensione:** il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;
- **Disturbi vascolari:** comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;
- **Apparato gastroenterico superiore:** comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari
- **Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo:** comprende le lesioni da decubito
- **Patologie endocrino-metaboliche:** includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Esenzione _____

Sez. 1 PATOLOGIE PRESENTI E GIUDIZIO DI GRAVITÀ

	1	2	3	4	5	
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave	Data insorgenza
Patologie cardiache Specificare: _____ _____						
Ipertensione arteriosa Specificare: _____ _____						
Patologie vascolari Specificare _____ _____						
Patologie respiratorie Specificare _____ _____						
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____ _____						
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____ _____						
Patologie epatiche Specificare _____ _____						
Patologie renali Specificare _____ _____						
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____ _____						
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____ _____						

Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse le demenze</i>) Specificare						
Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sespi e stati tossici) Specificare						
Patologie psichiatrico-comportamentali(<i>incluse le demenze</i>) Specificare						

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI

Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> STATO NUTRIZIONALE SODDISFACENTE <input type="checkbox"/> OBESITÀ <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE <input type="checkbox"/> RIFIUTO DEL CIBO <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI ALIMENTA CON AIUTO <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> DISFAGIA <input type="checkbox"/> DIETA FRULLATA O OMOGENEIZZATA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE ENTERALE: <input type="checkbox"/> SONDINO NASO - GASTRICO <input type="checkbox"/> GASTROSTOMIA (PEG) / DIGIUNOSTOMIA <input type="checkbox"/> NUTRIZIONE PARENTERALE TOTALE
Diabete mellito	
<input type="checkbox"/> TRATTATO CON LA SOLA DIETA <input type="checkbox"/> FARMACI ANTIDIABETICI ORALI	<input type="checkbox"/> INSULINOTERAPIA
Lesioni cutanee	
<input type="checkbox"/> LESIONI DA DECUBITO SEDE: _____ STADIO _____ <input type="checkbox"/> LESIONI VASCOLARI SEDE: _____ STADIO _____	
Coma o stato vegetativo <input type="checkbox"/>	
Sclerosi Laterale Amiotrofica <input type="checkbox"/>	
Linguaggio	Vista ed udito
<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> DISARTRIA <input type="checkbox"/> AFASIA <input type="checkbox"/> ESPRESSIVA <input type="checkbox"/> DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> GLOBALE	<input type="checkbox"/> VEDE E SENTE BENE <input type="checkbox"/> NON VEDE <input type="checkbox"/> NON SENTE <input type="checkbox"/> DEFICIT CORRETTO DA PROTESI E/O OCCHIALI IN USO
Igiene	Capacità di vestirsi / svestirsi
<input type="checkbox"/> SI LAVA AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER ALCUNE OPERAZIONI IGIENICHE <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/> SI VESTE/SVESTE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA DI AIUTO PER VESTIRSI/SVESTIRSI <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE
Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> SI MUOVE AUTONOMAMENTE <input type="checkbox"/> SI MUOVE CON DEAMBULATORE <input type="checkbox"/> IN CARROZZINA <input type="checkbox"/> ALLETTATO	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> 1 – 3 VOLTE <input type="checkbox"/> PIÙ DI TRE VOLTE

Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> POST-ACUTA <input type="checkbox"/> DI MANTENIMENTO	<input type="checkbox"/> OSSIGENO OCCASIONALMENTE <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 GASSOSO <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA CON O2 LIQUIDO <input type="checkbox"/> TRACHEOTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA

Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> UTILIZZO DI PRESIDI ASSORBENTI PER INCONTINENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE AD INTERMITTENZA <input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEOSTOMIA	<input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> STIPSI (BISOGNO DI CLISTERI EVACUATIVI) <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA/COLONSTOMIA

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore	
<input type="checkbox"/> NESSUNO <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA OCCASIONALE O PER EVENTI RECENTI <input type="checkbox"/> PERDITA DI MEMORIA SEVERA O NON RAMMENTA NULLA <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NEL TEMPO <input type="checkbox"/> DISORIENTAMENTO NELLO SPAZIO <input type="checkbox"/> COMPLETA CONFUSIONE SENZA CAPACITÀ DI RELAZIONE CON L'ESTERNO <input type="checkbox"/> PROBLEMI DI LINGUAGGIO E/O DEFICIT DI COMPrensIONE <input type="checkbox"/> FACILE IRRITABILITÀ <input type="checkbox"/> CAMMINO INCESSANTE SENZA UN PRECISO SCOPO O AFFACCENDAMENTO <input type="checkbox"/> URLA O LAMENTAZIONI O VOCALISMI RIPETITIVI <input type="checkbox"/> DISTURBI DEL SONNO (EVENTUALE SPECIFICA)	<input type="checkbox"/> DISFORIA/EUFORIA E/O COMPORTAMENTI DISINIBITI <input type="checkbox"/> DELIRI E ALLUCINAZIONI <input type="checkbox"/> STATO ANSIOSO <input type="checkbox"/> TONO DELL'UMORE DEFLESSO <input type="checkbox"/> APATIA, RITIRO SOCIALE, PERDITA DI INTERESSI <input type="checkbox"/> TENTATI SUICIDI <input type="checkbox"/> ETILISMO ATTUALE <input type="checkbox"/> ETILISMO PREGRESSO <input type="checkbox"/> AGGRESSIVITÀ VERSO SÉ E/O VERSO ALTRI <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, SONO STATI UTILIZZATI MEZZI DI PROTEZIONE/CONTENZIONE <input type="checkbox"/> NEGLI ULTIMI 6 MESI, ABBANDONO DEL DOMICILIO/STRUTTURA DI RICOVERO, SENZA CAPACITÀ DI FARVI RITORNO <input type="checkbox"/> ALTRO

Terapia dialitica	
<input type="checkbox"/> DIALISI PERITONEALE	<input type="checkbox"/> DIALISI EXTRACORPOREA

<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Chemioterapia

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____
▪ _____	▪ _____

Allergie a farmaci

- NO
- SI quali? _____

Il soggetto è esente da malattie infettive e contagiose e può vivere in comunità? SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono



CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI) SAN GIUSEPPE

Paziente _____ nato/a a _____ il _____

VALUTAZIONE LIVELLO DI DIPENDENZA – INDICE DI BARTHEL modificato

ITEMS	A	B	C	D	E
	Totale incapacità nel compiere l'azione (anche con aiuto)	Necessità di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)	Richiede aiuto moderato o supervisione attiva (per portare a termine il compito)	Richiede aiuto minimo e/o supervisione passiva	Totale indipendenza (la lentezza di esecuzione non modifica il punteggio)
IGIENE PERSONALE	0	1	3	4	5
FARE IL BAGNO	0	1	3	4	5
MANGIARE	0	2	5	8	10
USARE WC	0	2	5	8	10
FARE LE SCALE	0	2	5	8	10
VESTIRSI	0	2	5	8	10
CONTROLLO URINE	0	2	5	8	10
CONTROLLO ALVO	0	2	5	8	10
CAMMINARE	0	3	8	12	15
TRASFERIMENTI	0	3	8	12	15
* CARROZZINA	0	1	3	4	5
TOTALE 0 - 100					

FIRMA OPERATORE

* Solo se incapace di camminare

LIVELLI DI DIPENDENZA CON RELATIVI CARICHI ASSISTENZIALI

CATEGORIE	PUNTEGGI TOTALI INDICE DI BARTHEL MODIFICATO	LIVELLO DI DIPENDENZA
1	0 – 24	TOTALE
2	25 – 49	SEVERA
3	50 – 74	MODERATA
4	75 – 90	LIEVE
5	91 - 100	MINIMA

S. Shash, F. Vanclay, B. Cooper. *Improving the sensitivity of the Barthel Index for Stroke Rehabilitation*. J Clin Epidemiol 42,703-709. 1989.