



FONDAZIONE  
**BELLARIA**  
— onlus —

**Appiano Gentile (CO)**  
Via Monte Carmelo 22, 22070  
[www.fondazionebellaria.it](http://www.fondazionebellaria.it)  
[rsabellaria@bellaria.org](mailto:rsabellaria@bellaria.org)

RAPP .ENTI Mod. 11 – Rev 03/2019

# DOMANDA ACCOGLIENZA R.S.A.



Tel. 031 930 675  
Fax 031 890 733

C.F. 80014800132  
P.IVA 02019090139



Riservato alla struttura \_\_\_\_\_

ID utente \_\_\_\_\_

Data accettazione: \_\_\_\_\_

### Domanda unica di inserimento in RSA

(La dichiarazione di residenza ha valore di autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 443 del 28.12. 2000)

#### Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):

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

M  F  Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il .....

Codice Fiscale ..... Comune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tipologia ricovero:  ordinario  temporaneo per dimissioni da H  di sollievo **Urgente:**  sì  no

**Al momento della domanda la persona interessata si trova:**  a Domicilio

(Usufruisce di:  Assistenza domiciliare sanitaria (ADI)  Assistenza domiciliare sociale

E' allettata:  SI  NO Ha difficoltà a camminare:  SI  NO Ha disturbi cognitivi:  SI  NO

in RSA.....  in IDR.....  in Struttura privata.....

in Ospedale .....reparto: .....telefono.....

Medico Medicina Generale Dott./ssa.....telefono.....

Persona di riferimento: nome.....cognome.....

Residente a.....via.....

telefono.....cell..... grado di parentela.....

Indirizzo e - mail:.....

**Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone con deficit delle funzioni cognitive):**

Amministratore di sostegno  Tutore  Curatore

**Seconda persona di riferimento: Nome.....Cognome.....**

Grado di parentela..... tel.....cell.....

Indirizzo e - mail:.....

**Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA (Pensione):**

INPS cat. VO vecchiaia n. ....

INPS cat. IO invalidità n. ....

INPS cat. SO reversibilità n. ....

INPS cat. PS sociale n. ....

Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n. ....

- Invalidità civile n. ....
- Indennità accompagnamento n. ....
- Altro .....

**Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)**

- In corso    Accertata di grado .....%    Domanda non presentata   Ric. L 104:    Si    No

**Documenti da allegare alla domanda:**

- **Copia Tessera sanitaria**
- **Consenso al trattamento dei dati da parte della RSA per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture**

Questo modulo è di per sé sufficiente alla iscrizione del richiedente alla lista d'attesa della RSA a cui si formula la domanda di ricovero.

I SOTTOSCRITTI:

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel. N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel. N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel. N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### DICHIARANO

- di assumere, in via solidale, l'impegno di provvedere al pagamento delle rette, tickets, esami o tutto quanto necessario al soggiorno presso la R.S.A. della Fondazione Bellaria - ONLUS, a decorrere dalla data di ammissione dell'Anziano;
- di inviare al momento dell'ingresso, o nel più breve tempo possibile, l'impegnativa di pagamento dell'integrazione della retta da parte del Comune, qualora richiesta. La retta di accoglienza rimarrà a carico dell'Utente o della sua famiglia fino al ricevimento dell'impegnativa di cui sopra. Qualora il Comune provvedesse al riconoscimento dell'integrazione dal primo mese di accoglienza, la Fondazione Bellaria – ONLUS provvederà, attraverso nota di credito, a compensare quanto già versato;
- di provvedere al versamento "una tantum" a fondo perso di € 600,00 per compartecipazione spesa corredo: lenzuola, traverse, federe, copriletto, asciugatoi, coperta di lana, ecc...
- di rendersi disponibili ad accompagnare l'Anziano a sottoporsi a visite specialistiche, esami e/o ricoveri ospedalieri con mezzo a disposizione, nonché assistere alla visita specialistica, riferendone l'esito ai Responsabili sanitari della R.S.A. della Fondazione Bellaria – ONLUS;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente il cambio del proprio indirizzo.

L'impegno assunto si intende sulla base di quanto disposto dall'art. 433 del Codice Civile.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firme per esteso

(e specifica del titolo:

marito, moglie, A.d.S. ecc.)

\_\_\_\_\_

**RSA accreditate della  
provincia di COMO**

Riservato alla struttura \_\_\_\_\_  
 ID utente \_\_\_\_\_  
 Data accettazione: \_\_\_\_\_

**Nome.....Cognome.....**  
**Relazione sanitaria del medico curante**

*(a cura del medico curante, o del reparto ospedaliero o di altra struttura in cui si trova l'interessato)*

<b>INDICI FUNZIONALI</b>				
	<b>Autonomo</b>	<b>Con supervisione</b>	<b>Con aiuto</b>	<b>Totale dipendenza</b>
<b>Trasferimenti letto / sedia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Deambulazione</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Locomozione su sedia a rotelle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Igiene personale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentazione</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>INDICI COGNITIVI</b>				
<b>Demenza certificata da UVA ospedaliera</b> <input type="checkbox"/> Si data: <input type="checkbox"/> No	<b>Assente</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderata</b>	<b>Grave</b>
<b>Confusione/orientamento spazio temporale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Irritabilità</b>				
<b>Irrequietezza</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vagabondaggio afinalistico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allucinazioni (visive e/o uditive)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aggressività (verbale e/o fisica)</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apatia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inversione ritmo sonno/veglia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PROFILI di GRAVITA'**

<b>Lesioni cutanee</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<b>da pressione</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b>	
<b>vascolari</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Sede</b>	
<b>Ausili per il movimento</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bastone / deambulatore	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
Carrozzina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> di proprietà <input type="checkbox"/> ASL	
<b>Gestione incontinenza</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pannolone / catetere esterno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Catetere vescicale a permanenza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ano artificiale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Stomia</b>	<input type="checkbox"/> SI    specificare.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Alimentazione artificiale</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
S.N.G. (sondino naso gastrico)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
P.E.G.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Insufficienza respiratoria</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno al bisogno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ossigeno costante	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Dialisi</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi peritoneale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dialisi extracorporea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergie Farmaci</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Allergie Alimenti</b>	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO
<b>Patologie infettive / contagiose in atto</b>	<input type="checkbox"/> SI.....	<input type="checkbox"/> NO

## C I R S

Il CIRS è uno strumento standardizzato per ottenere una misura della salute somatica dell'anziano. La versione proposta è quella suggerita dalla Regione Lombardia.

Lo strumento richiede che il Medico definisca la severità clinico – funzionale di 14 categorie di patologie: il Medico, sulla base della storia clinica, dell'esame obiettivo e della sintomatologia presentata definisce il livello di gravità per ognuna delle categorie:

### CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)

<b>Assente</b>	(1) Nessuna compromissione di organo o sistema.
<b>Lieve</b>	(2) La compromissione di organo, sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto o no, la prognosi è ottima (esempi possono essere abrasioni cutanee, ernie, emorroidi).
<b>Moderata</b>	(3) La compromissione di organo o sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (esempi possono essere colelitiasi, diabete, fratture).
<b>Grave</b>	(4) La compromissione di organo o sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (esempi possono essere carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco).
<b>Molto grave</b>	(5) La compromissione di organo o sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (esempi possono essere infarto del miocardio, stroke, sanguinamento gastrointestinale, embolia).

Si ottengono due indici:

- l'indice di severità, che risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali);
- l'indice di comorbidità, che rappresenta il numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore od uguale a 3 (escludendo la categoria patologie psichiatrico/comportamentali)

Quanto sopra è il modo indicato e corretto per il calcolo dell'indice di severità, tuttavia si dimostra poco sensibile nel differenziare diversi quadri clinici. In alternativa si può fare la media dei punteggi degli item delle patologie con punteggio superiore a 3, togliendo così l'effetto "pavimento" che determina nel calcolo la considerazione dei punteggi 1, cioè di assenza di patologia. Indicare sempre quale delle due procedure di conteggio si è seguita.

Altro punto critico è la non considerazione dell'item 14, vista l'incidenza delle patologie dovute a demenza, nella popolazione degli "anziani fragili" (popolazione che ricopre il maggior numero di ricoveri di sollievo). In ogni caso questo item NON va conteggiato.

### INDICE DI COMORBIDITA' (CIRS)

Patologia	assente	lieve	moderato	grave	molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione (solo la severità, non gli organi coinvolti)					
Patologia vascolare (sangue / vasi / midollo / milza / sist. linfatico)					
Patologia respiratoria (polmoni / bronchi / trachea sotto la laringe)					
O.O.N.G.L. (occhio / orecchi / naso / gola / laringe)					
Apparato gastroenterico superiore (esofago / stomaco / duodeno / albero biliare / pancreas)					

Apparato gastroenterico inferiore (intestino/ernie)					
Patologia epatica (solo fegato)					
Patologia renale (solo rene)					
Patologie genito-urinarie (uretere/vescica/uretra/prostata/genitali)					
Patologia muscolo / scheletrico / cute (muscoli / scheletro / tegumenti)					
Patologia sistema nervoso (s.n.c. / periferico / non include demenza)					
Patologia endocrino/metabolica (diabete / patol. tiroide ecc.)					
Patologia psichiatriche/comportamentali (demenza /depressione /ansia /agitazione / psicosi)					

INDICE DI SEVERITA' ..... INDICE DI COMORBIDITA' .....  
 (media dei punteggi prime 13 categorie) (n° di categorie, solo le prime 13, con punteggio >/= 3)

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e PROSSIMA**

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

**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO** (indicare farmaco e posologia)

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

**NOTE:**.....  
 .....  
 .....

**Nome e cognome del medico** .....

**Tel.**..... **e - mail** .....

.....  
 timbro e firma del medico

.....  
 data di compilazione  
 (La presente certificazione ha validità annuale)