

# R.S.A. APERTA

(Delibera Regione Lombardia n. X/7769 del 23-01-2018)

## Valutazione Multidimensionale

Sig./ra:

Data di consegna della domanda di accesso alla misura:

prot.

Data di verifica dei requisiti \_\_\_\_\_

Data della valutazione multidimensionale \_\_\_\_\_

| OPERATORI CHE COMPONGONO L'EQUIPE VALUTATIVA |                       |       |       |
|--|-----------------------|-------|-------|
| COGNOME E NOME                               | QUALIFICA             | FIRMA | SIGLA |
|  | MEDICO                |       |       |
|  | ASSISTENTE<br>SOCIALE |       |       |
|  |                       |       |       |

**\*\*\* ATTENZIONE: CONTIENE DOCUMENTI RISERVATI DA CONSERVARE \*\*\***





## VERIFICA PRESENZA dei REQUISITI

### Pz anziani non autosufficienti con età pari o superiore ai 75 anni

-Certifica di invalidità 100%  si  no

-Indice di BIM tra 0-24  si  no

### Per anziani affetti da demenza

-Documentazione con diagnosi certificata di malattia  si  no

(documentazione rilasciata da Unità di Valutazione Alzheimer o da med neurologo/geriatra operanti in strutture accreditate)

*in alternativa*

-Esenzione SSN: Cod. 04 (Demenza)  si  no o Cod. 029 (M.Alzheimer)  si  no

*Oppure*

-Diagnosi di decadimento/deterioramento cognitivo con scala CDR 0.5  si  no

## VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Sesso:  F  M

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Residente a:

Cap: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria: \_\_\_\_\_

Domiciliato a (se diverso da residenza): \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

MMG: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

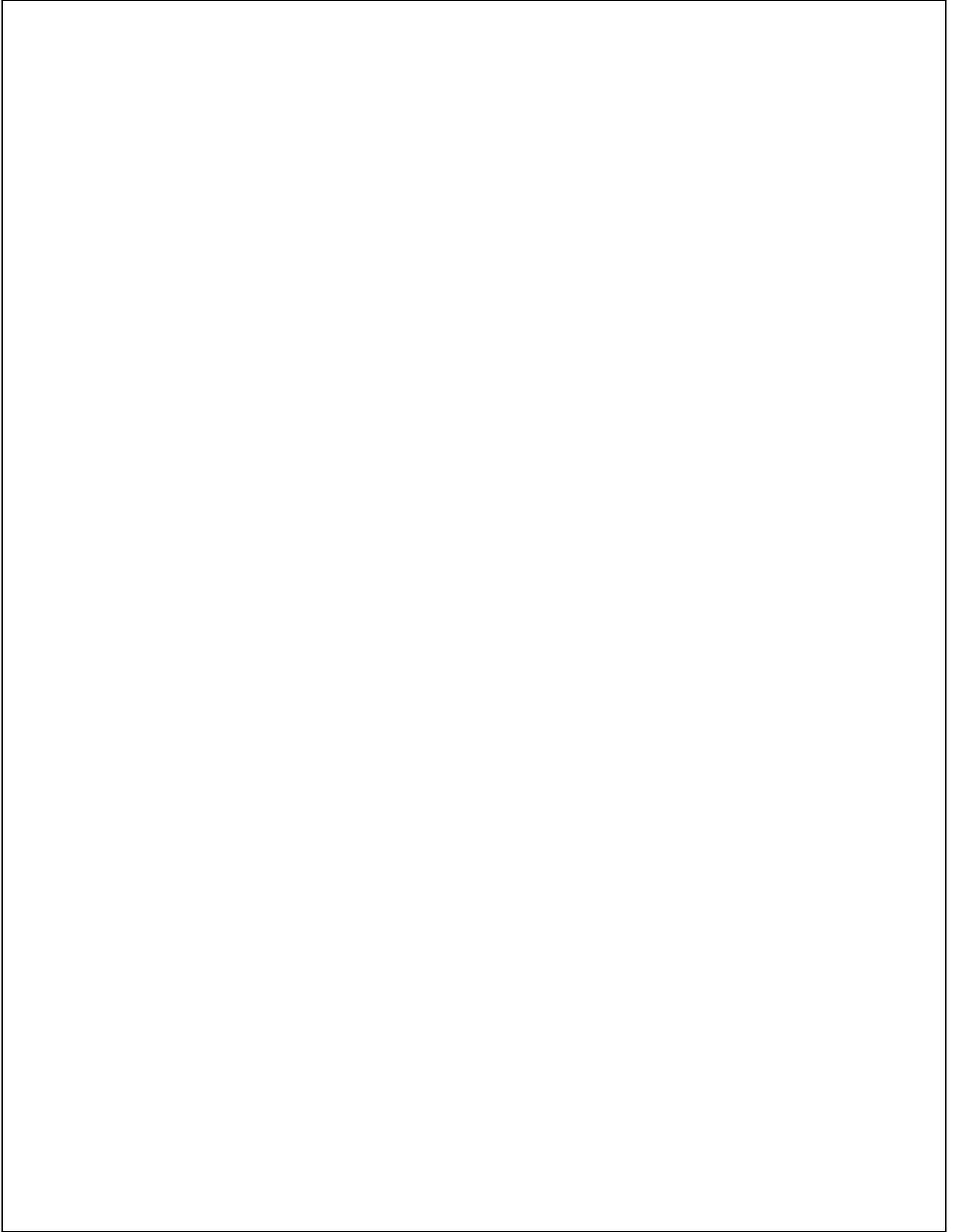




|   |
|---|
| <b>Invalidità al 100%</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>Esenzione Cod .04</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>Esenzione Cod .029</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Accompagnamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ISTANZA  |
| Composizione del nucleo familiare ( con chi vive abitualmente la persona):<br><input type="checkbox"/> coniuge <input type="checkbox"/> figlio/a n. <input type="checkbox"/> .....  |
| <b>Caregiver principale :</b> <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non convivente<br>Sig./ra<br><input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore <input type="checkbox"/> nessuna nomina   |
| Altre figure di riferimento, specificare (es. vicini, volontari, amici, ecc)  |
| Presenza di familiari che usufruiscono dei benefici relativi alla L.104/92 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>Nome e grado di parentela con utente:   |
| <b>Presenza di Servizi/ interventi regionali o di servizi o unità d'offerta della rete sociosanitaria:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>(incompatibili con la misura in oggetto)<br>Se si quali:<br><input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> ADI <input type="checkbox"/> Misura B1 <input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero se non in fase di dimissione<br><input type="checkbox"/> altro .....  |
| <b>Presenza a domicilio si servizi attivi e compatibili con la misura:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO<br>(misure locali e nazionali di carattere socio assistenziale)<br>Se si quali:<br><input type="checkbox"/> ADI prestazionali per: <input type="checkbox"/> prelievi occasionali/continuativa <input type="checkbox"/> cambio catetere ..... <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> UCP-Dom<br><input type="checkbox"/> interventi ambulatoriali<br><input type="checkbox"/> Misura B2 <input type="checkbox"/> SAD comunale <input type="checkbox"/> FNA <input type="checkbox"/> .....<br><input type="checkbox"/> Ricovero ospedaliero, fase di dimissione protetta |
| <b>Diagnosi principale:</b>   |









**ANAMNESI CONDIZIONI SOCIO-AMBIENTALI E RISORSE ATTIVABILI (familiari e non)**

Esito Scala CBI del caregiver principale:

**Esito valutazione multidisciplinare ad verifica dell' idoneità al servizio di RSA APERTA:**

idoneo

Non idoneo

Soggetto non idoneo per le seguenti motivazione:

**Firma** componenti equipe multidisciplinare:

Nome e Cognome del medico \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Assistente Sociale \_\_\_\_\_





## INDICE DI BARTHEL INDEX MODIFICATO (BIM)

**A: totale incapacità nell'eseguire il compito (anche con aiuto)**

**B: necessita di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)**

**C: necessita di aiuto modesto e/o supervisione attiva (necessita di aiuto per portare a termine il compito)**

**D: necessita di aiuto minimo e/o supervisione passiva (è sufficiente la presenza di qualcuno anche senza intervento attivo)**

**E: totale indipendenza (la lentezza nell'eseguire il compito non modifica il punteggio purché non richieda l'intervento di terzi)\*\* codificare solo se il punteggio nella deambulazione è zero o se l'ospite è addestrato all'uso della carrozzina**

| DATA DI VALUTAZIONE            |   |   |   |    |    | / | / | / |
|--------------------------------|---|---|---|----|----|---|---|---|
|                                | A | B | C | D  | E  |   |   |   |
| Igiene personale               | 0 | 1 | 3 | 4  | 5  |   |   |   |
| Bagno / Doccia                 | 0 | 1 | 3 | 4  | 5  |   |   |   |
| Toilette (uso dei servizi)     | 0 | 2 | 5 | 8  | 10 |   |   |   |
| Abbigliamento                  | 0 | 2 | 5 | 8  | 10 |   |   |   |
| Continenza intestinale         | 0 | 2 | 5 | 8  | 10 |   |   |   |
| Continenza urinaria            | 0 | 2 | 5 | 8  | 10 |   |   |   |
| Alimentazione                  | 0 | 2 | 5 | 8  | 10 |   |   |   |
| Trasferimento letto-carrozzina | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 |   |   |   |
| Salire le scale                | 0 | 2 | 5 | 8  | 10 |   |   |   |
| Deambulazione                  | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 |   |   |   |
| ** uso della carrozzina        | 0 | 1 | 3 | 4  | 5  |   |   |   |
| PUNTEGGIO TOTALE (MAX 100)     |   |   |   |    |    |   |   |   |
| SIGLA COMPILATORE              |   |   |   |    |    |   |   |   |





## CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

(Misurazione dello stress caregiver)

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo congiunto malato; risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= Per nulla 1= Poco 2= Moderatamente 3= Parecchio 4= Molto

|     | Condizioni/Impressioni   | Punteggio |
|-----|--|-----------|
| T 1 | Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane                       | 0 1 2 3 4 |
| T 2 | Il mio familiare è dipendente da me  | 0 1 2 3 4 |
| T3  | Devo vigilarlo costantemente   | 0 1 2 3 4 |
| T4  | Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici) | 0 1 2 3 4 |
| T5  | Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza  | 0 1 2 3 4 |
| S6  | Sento che mi sto perdendo la vita  | 0 1 2 3 4 |
| S7  | Desidererei poter fuggire da questa situazione   | 0 1 2 3 4 |
| S8  | La mia vita sociale ne ha risentito  | 0 1 2 3 4 |
| S9  | Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente   | 0 1 2 3 4 |
| S10 | Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita   | 0 1 2 3 4 |
| F11 | Non riesco a dormire a sufficienza   | 0 1 2 3 4 |
| F12 | La mia salute ne ha risentito  | 0 1 2 3 4 |
| F13 | Il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute  | 0 1 2 3 4 |
| F14 | Sono fisicamente stanca  | 0 1 2 3 4 |
| D15 | Non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto  | 0 1 2 3 4 |
| D16 | I miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari   | 0 1 2 3 4 |
| D17 | Ho avuto problemi con il coniuge   | 0 1 2 3 4 |
| D18 | Sul lavoro non rendo come di consueto  | 0 1 2 3 4 |
| D19 | Provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno                            | 0 1 2 3 4 |
| E20 | Mi sento in imbarazzo a causa del comportamento del mio familiare  | 0 1 2 3 4 |
| E21 | Mi vergogno di lui/lei   | 0 1 2 3 4 |
| E22 | Provo del risentimento nei suoi confronti  | 0 1 2 3 4 |
| E23 | Non mi sento a mio agio quando ho amici a casa   | 0 1 2 3 4 |
| E24 | Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi  | 0 1 2 3 4 |
|     | Tot punteggio  |           |

Nome/cognome/ruolo CAREGIVER:

\_\_\_\_\_

I DATI SONO STATI RACCOLTI TRAMITE COLLOQUIO EFFETTUATO il ..... Durata .....

RUOLO / FIRMA OPERATORE \_\_\_\_\_





## CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE (CDR) ESTESA (\*)

| DEMENZA                                 | MOLTO LIEVE<br>CDR 0.5  | LIEVE<br>CDR 1   | MODERATA<br>CDR 2  | GRAVE<br>CDR 3  |
|---|---|--|--|---|
| <b>Memoria</b>                          | Lieve smemoratezza permanente;<br>parziale rievocazione di eventi                               | Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane   | Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente  | Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti   |
| <b>Orientamento</b>                     | Ben orientato eccetto lieve difficoltà nell'orientamento temporale                              | Moderato deficit nell'orientamento temporale; orientato nello spazio durante la visita ma altrove può essere disorientato                        | Severo disorientamento temporale, spesso spaziale  | Orientamento solo personale   |
| <b>Giudizio e soluzione di problemi</b> | Lieve compromissione nella soluzione di problemi, analogie e differenze (prove di ragionamento) | Difficoltà moderata di gestione dei problemi, analogie e differenze; giudizio sociale di solito conservato                                       | Difficoltà severa di esecuzione di problemi, analogie e differenze; giudizio sociale compromesso | Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi  |
| <b>Vita di comunità</b>                 | Lieve compromissione nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali         | Incapace di compiere indipendentemente queste attività anche se può ancora essere coinvolto in alcune;<br>appare normale ad                      | Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa;<br>In grado di essere portato fuori casa    | Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa;<br>Non in grado di uscire fuori casa |
| <b>Casa e hobbies</b>                   | Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali lievemente compromessi                        | Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono dei lavori domestici più difficili e degli hobbies ed interessi più complicati | Conservati solo semplici lavori domestici, interessi ridotti, non sostenuti                      | Nessuna funzione domestica conservata   |
| <b>Cura personale</b>                   | Interamente capace di curarsi della propria persona   | Richiede sollecitazione per la normale cura personale  | Richiede assistenza per abbigliamento, igiene e cura personale                                   | Richiede molta assistenza per cura personale; spesso incontinenza urinaria                |
| <b>TOT. CELLE</b>                       |   |  |  |   |





| <b>DEMENZA MOLTO GRAVE<br/>CDR 4</b>   | <b>DEMENZA TERMINALE<br/>CDR 5</b>  |
|--|---|
| <b>Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale</b> | <b>Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente</b> |

### **CALCOLO DEL PUNTEGGIO CDR**

**Ogni aspetto va valutato in modo indipendente rispetto agli altri.**

**La memoria è considerata categoria primaria; le altre sono secondarie.**

**Se almeno tre categorie secondarie ottengono lo stesso punteggio della memoria, allora il CDR è uguale al punteggio ottenuto nella memoria.**

**Se tre o più categorie secondarie ottengono un valore più alto o più basso della memoria, allora il punteggio della CDR corrisponde a quello ottenuto nella maggior parte delle categorie secondarie.**

**Qualora due categorie ottengano un valore superiore e due un valore inferiore rispetto a quello ottenuto dalla memoria, il valore della CDR corrisponde a quello della memoria.**

|                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| <b>RISULTATO FINALE CDR</b> |                         |
| <b>Data</b>                 | <b>Firma del Medico</b> |

