



ASSC
Azienda Speciale di Servizi
di Casalpusterlengo

Valutazione per servizio RSA APERTA

Paziente: _____

Personale incaricato

Medico: _____

Assistente Sociale: _____





ASSC

Azienda Speciale di Servizi
di Casalpusterlengo





COLLOQUIO DI VERIFICA REQUISITI

Richiedente: _____

Operatore: _____

Tipologia richiesta: _____

Servizi attivi dichiarati: _____

Livello di invalidità: _____

Indennità di accompagnamento: _____

Certificato di demenza e data: _____

Con chi vive: _____

Caregiver: _____

Presenza servizi sociali: _____

ESITO: _____

Data: _____

Firma richiedente

Firma operatore





DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____

Nome: _____

Sesso: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita e provincia: _____

Codice Fiscale: _____

Città di residenza e CAP: _____

Indirizzo di residenza: _____

Città di domicilio e CAP: _____

Indirizzo di domicilio: _____

Stato Civile: _____

Titolo di studio: _____

Telefono/i: _____

Mail: _____

MMG: _____





VALUTAZIONE

PARTE MEDICA

Diagnosi: _____

Valutazione medica: _____

Data: _____

Firma medico





SCALA BARTHEL

Alimentazione:

- **0** - Totalmente dipendente, deve essere imboccato.
- **2** - Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es.cucchiaio).
- **5** - Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.
- **8** - Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.
- **10** - Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)

Igiene Personale:

- **0** - Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.
- **1** - Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- **3** - Necessita di aiuto per una o più operazioni.
- **4** - In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.
- **5** - Capace di lavarsi mani, faccia e denti, pettinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli)

Farsi il bagno o la doccia:

- **0** - Totalmente dipendente nel lavarsi.
- **1** - Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- **3** - Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.
- **4** - Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).
- **5** - Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugna completa, completamente autonomo.





Abbigliamento:

- 0 - Totalmente dipendente, non collabora alle attività.
- 2 - Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.
- 5 - Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.
- 8 - Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).
- 10 - Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.

Trasferimenti carrozzina/letto:

- 0 - Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalai.
 - 3 - Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.
 - 8 - Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
 - 12 - Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.
 - 15 - Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina.
- Indipendente

Uso del W.C.:

- 0 - Totalmente dipendente.
- 2 - Necessita di aiuto per tutte le operazioni.
- 5 - Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.
- 8 - Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.
- 10 - Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento)





Continenza Urinaria:

- 0 - Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.
- 2 - Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.
- 5 - Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- 8 - Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.
- 10 - Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)

Continenza intestinale:

- 0 - Totalmente incontinente.
- 2 - Necessita di aiuto in tutte le fasi.
- 5 - Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.
- 8 - Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.
- 10 - Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri. Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.

Deambulazione:

- 0 - Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.
- 3 - Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.
- 8 - Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.
- 12 - Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.
- 15 - Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.





Uso della carrozzina:

- 0 - Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.
- 1 - Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.
- 3 - E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.
- 4 - Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.
- 5 - Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.).
L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.

Scale:

- 0 - Incapace di salire e scendere le scale.
- 2 - Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.
- 5 - Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.
- 8 - Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.
- 10 - E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto nè supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.

Totale Scala Barthel:_____

Firma somministratore:





SCALA CDR

Memoria:

- **Molto lieve (CDR 0.5)** Lieve smemoratezza permanente; parziale rievocazione di eventi
- **Lieve (CDR 1)** Perdita memoria moderata e più rilevante per eventi recenti con interferenza nelle attività quotidiane
- **Moderata (CDR 2)** Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente
- **Grave (CDR 3)** Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti

Orientamento:

- **Molto lieve (CDR 0.5)** Ben orientato eccetto lieve difficoltà nell'orientamento temporale
- **Lieve (CDR 1)** Moderato deficit nell'orientamento temporale; orientato nello spazio durante la visita ma altrove può essere disorientato
- **Moderata (CDR 2)** Severo disorientamento temporale, spesso spaziale
- **Grave (CDR 3)** Orientamento solo personale

Giudizio e soluzione di problemi:

- **Molto lieve (CDR 0.5)** Lieve compromissione nella soluzione di problemi, analogie e differenze (prove di ragionamento)
- **Lieve (CDR 1)** Difficoltà moderata di gestione dei problemi, analogie e differenze; giudizio sociale di solito conservato
- **Moderata (CDR 2)** Difficoltà severa di esecuzione di problemi, analogie e differenze; giudizio sociale compromesso
- **Grave (CDR 3)** Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi

Vita di comunità:

- **Molto lieve (CDR 0.5)** Lieve compromissione nel lavoro, acquisti, attività di volontariato e relazioni sociali
- **Lieve (CDR 1)** Incapace di compiere indipendentemente queste attività anche se può ancora essere coinvolto in alcune; appare normale ad una esame casuale
- **Moderata (CDR 2)** Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa.
- **Grave (CDR 3)** Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire fuori casa





Casa e hobby:

- **Molto lieve (CDR 0.5)** Vita domestica, hobbies e interessi intellettuali lievemente compromessi
- **Lieve (CDR 1)** Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono dei lavori domestici più difficili e degli hobbies ed interessi più complicati
- **Moderata (CDR 2)** Conservati solo semplici lavori domestici, interessi ridotti, non sostenuti
- **Grave (CDR 3)** Nessuna funzione domestica conservata

Cura personale:

- **Molto lieve (CDR 0.5)** Interamente capace propria di curarsi della persona
- **Lieve (CDR 1)** Richiede sollecitazione per la normale cura personale
- **Moderata (CDR 2)** Richiede assistenza per abbigliamento, igiene e cura personale
- **Grave (CDR 3)** Richiede molta assistenza per cura personale; spesso incontinenza urinaria

Demenza molto grave (CDR 4): 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

Demenza terminale (CDR 5): Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente

Esito finale:_____

Firma somministratore:





PARTE SOCIALE

Valutazione sociale: _____

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Data: _____

Firma AS:





Legenda: scala da 0 a 4, dove 0 = per nulla d'accordo con l'affermazione;
4 = totalmente d'accordo con l'affermazione.

- T-D1. Il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane: 0 1 2 3 4
- T-D2. Il mio familiare è dipendente da me: 0 1 2 3 4
- T-D3. Devo vigilarlo costantemente: 0 1 2 3 4
- T-D4. Devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici): 0 1 2 3 4
- T-D5. Non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza: 0 1 2 3 4
- S6. Sento che mi sto perdendo 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

Totale Scala CBI: _____

Firma compilatore: _____





ESITO VALUTAZIONE:

- ☐ **Attivazione Servizio**
- ☐ **Rigetto domanda**

Motivazione rigetto: _____

Data: _____

Firma medico:

Firma AS:

