



# 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 spugnatura 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 sollevammati.
  - **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** - Generalente 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:**

\_\_\_\_\_





ASSC  
Azienda Speciale di Servizi  
di Casalpusterlengo







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:**

\_\_\_\_\_

