



RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL SISTEMA RESIDENZIALE

COGNOME _____

NOME _____

Nata /o a _____ il _____

Comune di Residenza _____

Richiesta di inserimento presentata da assistito familiare altro _____

ALLEGARE

Certificato Medico

Scheda Assistenziale

Scheda Sociale



Il/La Sottoscritto/a _____ nata /o a _____

il _____ C.F. _____ residente a _____

via _____ n° _____ tel. _____ cell. _____

email _____

CHIEDE

Per se medesimo

In qualità di _____ per conto della/del Sig/a _____

nato/a _____ il _____ C.F. _____

residente a _____ in via _____ n° _____ Tel _____

Medico di Medicina Generale _____

INSERIMENTO IN STRUTTURA RESIDENZIALE

DISTRETTO DI FANO <input type="checkbox"/> RSA Mondavio	<input type="checkbox"/> RP convenzionata _____ _____ _____
DISTRETTO DI PESARO <input type="checkbox"/> RSA Galantara <input type="checkbox"/> RSA Bricciotti <input type="checkbox"/> Centro Diurno Giardino dei Ricordi	<input type="checkbox"/> RP convenzionata _____ _____ _____
DISTRETTO DI URBINO <input type="checkbox"/> RSA Macerata Feltria <input type="checkbox"/> Residenza Protetta Macerata Feltria <input type="checkbox"/> RSA Sant'Angelo in Vado <input type="checkbox"/> Residenza protetta Sant'Angelo in Vado <input type="checkbox"/> RSA Urbania	<input type="checkbox"/> RP convenzionata _____ _____ _____
RSA In CONVENZIONE <input type="checkbox"/> RSA _____ <input type="checkbox"/> RSA _____	

Impegnandosi, nel caso di inserimento in residenza sanitaria assistenziale (RSA),

- 1) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dopo il 60° giorno di degenza per il primo ricovero
- 2) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal 1° giorno di degenza per ricovero sollievo e per i ricoveri successivi al primo su valutazione della UVI.
- 3) Accettare eventuali trasferimenti in altra tipologia di struttura/livello assistenziale allorché l'UVI della Area Vasta 1 ritenga che le condizioni che ne determinavano il ricovero, siano modificate.
- 4) A corrispondere la quota prevista dalla struttura dal primo giorno di degenza in R.P. .

Luogo e data _____

In fede _____



Al responsabile dell' Unità Valutativa Integrata di:

FANO

PESARO

URBINO

Il Sottoscritto Dr _____

M.M.G. Medico Ospedaliero Medico di Struttura Convenzionata

del sig. _____ nato/a a _____ il _____

portatore della/e seguente patologia/e _____

Problemi clinici attivi: _____

Terapia farmacologia in atto (denominazione farmaco e posologia)

Disturbi comportamentali sì no

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che trattasi di paziente **CRONICO/STABILIZZATO** e che necessita di inserimento in struttura residenziale per:

- Continuità di cura
- Riabilitazione intensiva () estensiva () (allegare consulenza fisiatrica)
- Addestramento alle ADL
- Organizzazione della gestione familiare
- Servizio sollievo
- Altro _____
- Lungo assistenza/mantenimento (DGR 1011 - 2.2.1 lettera B)

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____



COGNOME _____

NOME _____

COMPILAZIONE A CURA DELL' INFERMIERE O DEL MEDICO DI RIFERIMENTO

<p>CAPACITA' DI MOVIMENTO (punteggio massimo 40) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore) (ADL D-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Compie questi trasferimenti se aiutato (ADL D-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Allettato, non esce dal letto (ADL D-0) (necessita di mobilizzazione) <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>IGIENE PERSONALE (punteggio massimo 40) Autonomo nella cura di sé e nell' igiene personale (ADL A-1; B-1; C-1;) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Difficoltà per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per cambiare l'abbigliamento (ADL A-1; B1; C-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale, abbigliamento quotidiano (ADL A-0; B-0; C-0) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p>INTEGRITA' CUTANEA (punteggio massimo 60) Cute integra <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Rischio di compromissione dell'integrità cutanea *Braden punteggio (score < 13) <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Lesione da pressione 1°/ 2° stadio Ferita chirurgica; ferita vascolare <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Compromissione dell'integrità cutanea: Lesione da pressione 3°/4° stadio Deiscenza della ferita chirurgica <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>ALIMENTAZIONE (punteggio massimo 80) Si alimenta da solo senza assistenza (ADL F-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Difficoltà lieve nella deglutizione / aiuto e supervisione <input type="checkbox"/> 10</p> <p>Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Deve essere imboccato (ADL F-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Enterale totale <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Parenterale totale (NPT) <input type="checkbox"/> 80</p>
<p>STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE (punteggio max 100) Comprende e risponde correttamente <input type="checkbox"/> 0 * S.P.M.S.Q. punteggio (range 0 – 2)</p> <p>Comprende ma non può comunicare correttamente <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Non comprende e non risponde correttamente <input type="checkbox"/> 40 *S.P.M.S.Q. punteggio (range 3 – 10)</p> <p>B.P.S.D. (Behavioural Psychological Symptoms Dementia) <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità <input type="checkbox"/> Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni <input type="checkbox"/> Disturbi della condotta, sonno, alimentazione, sessualità</p>	<p>ELIMINAZIONE URINARIA (punteggio massimo 40) Controllo Completo (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Portatore Di Catetere <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza Urinaria occasionale (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Stomia Urinaria <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza completa (ADL E-0) Cateterismo estemporaneo <input type="checkbox"/> 40</p>
<p>STATO di COSCIENZA (punteggio massimo 40) Cosciente <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Stato vegetativo <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Stato di minima coscienza <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>ELIMINAZIONE INTESTINALE (punteggio massimo 40) Controlla autonomamente l'eliminazione fecale (ADL E-1) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Evacuazione indotta farmacologicamente <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Stomia intestinale <input type="checkbox"/> 30</p> <p>Incontinenza completa (ADL E-0) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p>FUNZIONI SENSORIALI (punteggio massimo 40) Normali (non valutare stato di coma o stato vegetativo) <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Deficit uditivo grave permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Deficit visivo grave permanente (non correggibile) <input type="checkbox"/> 40</p>	<p>RITMO SONNO – VEGLIA (punteggio massimo 40) Dorme tutta la notte <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Insomnia (supporto emotivo) <input type="checkbox"/> 20</p> <p>Alterazione del ritmo sonno veglia/ Stato confusionale notturno (farmaco-resistenza) <input type="checkbox"/> 40</p>
<p>FUNZIONI RESPIRATORIE (punteggio massimo 200) Autonoma <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Necessita' di aspirazione <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Tracheostomia <input type="checkbox"/> 60</p> <p>Ventilazione Assistita <input type="checkbox"/> 100</p>	<p>PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE (punteggio massimo 120) Nessuna problematica <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Ossigeno terapia <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Terapia del dolore scala *NRS ≥ 1 <input type="checkbox"/> 40</p> <p>Dialisi Peritoneale <input type="checkbox"/> 40</p>

*Devono essere trascritti nella presente scheda i punteggi ottenuti dalla compilazione delle scale di Braden, S.P.M.S.Q., NRS.

Cognome e Nome del compilatore _____

Firma _____



COGNOME _____

NOME _____

PROBLEMA ASSISTENZIALE	MASSIMO PUNTEGGIO RILEVABILE	PUNTEGGIO RILEVATO
CAPACITA' DI MOVIMENTO	40	
INTEGRITA' CUTANEA	60	
STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE	100	
STATO DI COSCIENZA	40	
FUNZIONI SENSORIALI	40	
FUNZIONI RESPIRATORIE	200	
IGIENE PERSONALE	40	
ALIMENTAZIONE	80	
ELIMINAZIONE URINARIA	40	
ELIMINAZIONE INTESTINALE	40	
RITMO SONNO VEGLIA	40	
PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE	120	
		Totale

146/300	Residenza Protetta
301/450	RSA
>450	RSA intensiva
<146	Altro

Il Direttore del Distretto



SCHEDA SOCIALE

di raccolta dati per inserimento in struttura residenziale e semiresidenziale
da allegare necessariamente alla domanda di valutazione per inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale

Istruzioni

La relazione sociale è indispensabile per passare da una dimensione descrittiva ad una dimensione valutativa che permetta di "individuare" all'interno una specifica storia relazionale e familiare in cui le variabili descritte si esprimono, e per comprendere le caratteristiche della domanda espressa dal nucleo familiare e dall'interessato.

RICHIEDENTE/FAMILIARE CHE SI PRESENTA AL COLLOQUIO		
Colloquio in sede di	visita domiciliare	c/o ufficio competente
Cognome _____	Nome _____	nato il _____
a _____	residente a _____	in via _____
tel. _____	cell. _____	rapp. di parentela _____
CAREGIVER:	richiedente	altro (specificare) _____ tel. _____
tutore _____	amm. di sostegno _____	

DATI ANAGRAFICI				
Cognome _____	Nome _____	Sesso M ()	F ()	
nato il _____	a _____	residente a _____		
in via _____	tel. _____	cell. _____		
Domicilio se diverso dalla residenza _____				
Tel. _____	cell. _____			
Stato civile	coniugato	separato/divorziato	vedovo	celibe/nubile
In carico a servizi territoriali	NO	SI	(specificare _____)	

DOMANDA DI INTERVENTO		
Specificare la motivazione alla base della domanda		
perdita dell'autonomia a titolo preventivo	famiglia non in grado di provvedere alloggio non idoneo	solitudine altro, spec. _____
Specificare evento scatenante la richiesta di valutazione _____		
La persona è informata della domanda: si _____ no _____, perché _____		
Iniziativa della domanda		
propria assistente sociale di riferimento	familiare o affine	medico tutore altro soggetto, spec. _____
Tipologia della domanda		
Casa Protetta	Centro diurno	Temporaneo altro, spec. _____



RISORSE FAMILIARI/PERSONALI			
Situazione familiare			
La persona vive solo con altri, spec. _____			
Familiari di riferimento:			
cognome e nome	Rapp. di parentela	Residenza	Tel.
Situazione assistenziale: la PERSONA ATTUALMENTE E' IN			
struttura _____, dal _____			
a domicilio, con assistenza fornita da		familiare convivente familiare non convivente badante (convivente non convivente) nessuno, perchè _____	
Situazione abitativa			
di proprietà	in locazione	sfratto	altro, specificare _____
presenza di barriere architettoniche		si no	interne esterne
Situazione reddituale			
nessuna	pensione _____ €	altro, specificare _____ €	
copertura completa delle spese, non necessita di aiuti economici			
Certificazioni in possesso			
di invalidità civile _____ % (di 104/92	(inoltrata domanda) (inoltrata domanda)	ind. accompagnamento (altro, spec.....	(inoltrata domanda)
Eventuali altri servizi attivati dall'ente locale/ASUR			
Telesoccorso altro	Contributo economico	assegno di cura	SAD, per n. ore sett.



Osservazioni dell'assistente sociale

Informazioni date alla famiglia in sede di colloquio:

tempi/accesso in lista di attesa () telesoccorso () centro diurno ()
assegno di cura () IC/104 e benefici () integrazione retta ()
ADI - SAD () ausili/profesi () strutture private ()
procedura in caso di variazione della situazione socio/familiare ()
temporaneo/sollievo () altro, spec. _____

Eventuali accordi presi con la famiglia:

Luogo e data

Assistente Sociale ed Ente

VALUTAZIONE FINALE - SUPPORTO DELLA RETE SOCIALE

URGENZA LIEVE

- Familiari che con difficoltà comunque assistono l'anziano
- Presenza del Servizio di Assistenza Domiciliare o Assistenza Privata

URGENZA MEDIA

- Famiglia in esaurimento
- Servizio di Assistenza Domiciliare e/o Assistenza Privata sta diventando inadeguato e insufficiente
- Il carico assistenziale è pesante ma c'è ancora qualche risorsa

URGENZA GRAVE

- Servizio di Assistenza Domiciliare e/o Assistenza Privata insufficiente e inadeguato al caso
- Familiari che fisicamente (es. handicap fisici) e/o psichicamente (es. problemi psichiatrici) non sono adeguati a dare assistenza all'anziano
- Famiglia esaurita dal carico assistenziale e che manifesta evidenti segni di disagio e insofferenza
- Familiari che si rifiutano di assistere l'anziano per difficoltà relazionali

URGENZA GRAVISSIMA

- Anziano ricoverato in ospedale per motivi sociali
- Totale assenza di familiari o persone di riferimento e mancanza di risorse economiche per sostenere una assistenza privata

INDICE DI BRADEN				
INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE: abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione.	Non limitata: Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire e esprimere il dolore o il disagio.	Leggermente limitata: risponde agli ordini verbali ma non può sempre comunicare il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione. Oppure: ha impedimento al sensorio che limita la capacità di avvertire il dolore o il disagio in 1 o 2 estremità.	Molto limitata: risponde solo agli stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi. Oppure: ha impedimento al sensorio che limita la percezione del dolore o del disagio almeno per la metà del corpo.	Completamente limitata: non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di incontinenza od alla sedazione. Oppure: limitata capacità di percepire il dolore in molte zone del corpo.
UMIDITA': grado di esposizione della pelle all'umidità.	Raramente bagnato: la pelle è abitualmente asciutta. le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.	Occasionalmente bagnato: la pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.	Spesso bagnato: pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere	Costantemente bagnato: la pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc... Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.
ATTIVITA': grado di attività fisica.	Cammina frequentemente e: cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni 2 ore (al di fuori delle ore di riposo).	Cammina occasionalmente: cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.	Costretto in poltrona: capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia o sulla sedia a rotelle.	Completamente allettato: costretto a letto.
NUTRIZIONE: assunzione usuale di cibo.	Eccellente: mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto. Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.	Adeguate: mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più proteine al giorno. Usualmente assume integratori alimentari. Oppure: si alimenta	Probabilmente inadeguato: raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. le proteine assunte includono 3 porzioni di carne	Molto povera: non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto, 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e

		artificialmente con NPT, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.	o latticini al giorno, occasionalmente integratori alimentari. Oppure: riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o entrale (con sondino).	nessun integratore. Oppure: è a digiuno o mantenuto con fleboclisi o beve bevande per meno di 5 giorni.
MOBILITA': capacità di cambiare e controllare le posizioni del corpo.	Limitazioni assenti: si sposta frequentemente senza alcuna assistenza.	Parzialmente limitata: cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.	Molto limitata: Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.	Completamente immobile: Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		Senza problemi apparenti: Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.	Problema Potenziale: Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o col piano della poltrona, occasionalmente può slittare.	Problema: Richiede da una moderata ad una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costante attrito contro il piano del letto o della poltrona.
Totale punteggio	Punteggio \leq 16 paziente a rischio			
	Punteggio $>$ 16 paziente non a rischio			

Valutazione del dolore scala NRS (Numeric Rating Scale)

Valutazione del dolore

Quanto dolore prova al momento? (0 = nessun dolore – 10 = massimo dolore)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Punteggio rilevato _____

- 1-3 dolore lieve,
- 4-7 dolore moderato
- 8-10 dolore grave

Valutazione dello stato mentale		
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)		
1. Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	1	0
2. Che giorno della settimana?	1	0
3. Qual'è il nome di questo posto?	1	0
4. Qual'è il suo numero di telefono? (oppure: Qual'è il suo indirizzo?)	1	0
5. Quanti anni ha?	1	0
6. Quando è nato?	1	0
7. Chi è l'attuale Papa?	1	0
8. Chi è l'attuale Presidente della Repubblica?	1	0
9. Qual'era il cognome di sua madre prima di sposarsi?	1	0
10. Faccia 20-3, poi ancora -3 sino a raggiungere 2	1	0
TOTALE SPMSQ		

1=corretta 0=sbagliata Punteggio Totale. (Range 0-10) _____

Porre le domande da 01 a 10;

Le risposte devono essere date senza utilizzare aiuti della memoria (calendario, giornale, certificato di nascita o altro). Per ogni domanda vanno considerate le seguenti specifiche:

- 1) La risposta viene considerata errata anche se è sbagliato un solo elemento della data (giorno/mese/anno).
- 2) Non richiede spiegazione.
- 3) La risposta è corretta se viene fornita una qualsiasi indicazione che consenta il riconoscimento del posto (es.: "la mia casa" o "in ospedale", "in una casa di riposo", così come il nome dell'ospedale o dell'istituto).
- 4) La risposta è considerata corretta se tutti i numeri del telefono sono riferiti esattamente e se questo può essere verificato o se viene ripetuto successivamente senza modificazioni. Nella variazione prevista se il soggetto non ha telefono, la risposta è considerata errata se viene sbagliata la via o il numero civico o il paese/città.
- 5) La risposta è considerata corretta se l'età corrisponde alla data di nascita.
- 6) La risposta viene considerata corretta solo se giorno/mese/anno di nascita sono riferiti correttamente.
- 7) Non richiede spiegazione.
- 8) Non richiede spiegazione.
- 9) Il cognome andrebbe accertato tramite i familiari. Se la verifica non fosse possibile, viene considerato corretto un cognome diverso da quello del paziente.
- 10) La risposta è considerata errata al primo errore nella sottrazione (l'intera serie deve essere esatta: 17; 14; 11; 8; 5; 2)

Per soggetti con scolarità intermedia: *cut-score*:

- 0 - 2 punti = severo deterioramento cognitivo
- 3 - 4 punti = moderato deterioramento cognitivo
- 5 - 7 punti = lieve deterioramento cognitivo
- 8 - 10 punti = funzioni cognitive intatte

Se il soggetto ha un livello d'istruzione inferiore alla scuola dell'obbligo si ammette un errore in più, mentre se il livello è superiore alla scuola dell'obbligo si ammette un errore in meno.