RICHIESTA DI INSERIMENTO NEL SISTEMA RESIDENZIALE

COGNOME_____

NOME_____

Nata /o a _____ il _____

Comune di Residenza _____

Richiesta di inserimento presentata da assistito ☐ famigliare ☐ 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 ☐ RSA Mondavio	☐ **RP convenzionata** _____ _____ _____
DISTRETTO DI PESARO ☐ RSA Galantara ☐ RSA Bricciotti ☐ Centro Diurno Giardino dei Ricordi	☐ **RP convenzionata** _____ _____ _____
DISTRETTO DI URBINO ☐ RSA Macerata Feltria ☐ Residenza Protetta Macerata Feltria ☐ RSA Sant'Angelo in Vado ☐ Residenza protetta Sant'Angelo in Vado ☐ RSA Urbania	☐ **RP convenzionata** _____ _____ _____
RSA In CONVENZIONE ☐ RSA _____ ☐ 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

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)* ☐ 0

Compie questi trasferimenti se aiutato *(ADL D-0)* ☐ 20

Allettato, non esce dal letto *(ADL D-0)* ☐40
(necessita di mobilizzazione)

IGIENE PERSONALE (punteggio massimo 40)

Autonomo nella cura di sé e nell' igiene personale *(ADL A-1;B-1;C-1;)* ☐ 0

Difficoltà per raggiungere i servizi igienici, per effettuare autonomamente l'igiene personale e per cambiare l'abbigliamento *(ADL A-1;B1;C-0)* ☐ 20

Dipendenza completa nella cura di sé, nell'igiene personale, abbigliamento quotidiano *(ADL A-0;B-0;C-0)* ☐ 40

INTEGRITA' CUTANEA (punteggio massimo 60)

Cute integra ☐ 0

Rischio di compromissione dell'integrità cutanea ☐ 10
*Braden punteggio .... (score < 13)

Lesione da pressione 1°/ 2°stadio
Ferita chirurgica; ferita vascolare ☐ 20

Compromissione dell'integrità cutanea:
Lesione da pressione 3°/4°stadio
Deiscenza della ferita chirurgica ☐ 40

ALIMENTAZIONE (punteggio massimo 80)

Si alimenta da solo senza assistenza *(ADL F-1)* ☐ 0

Difficoltà lieve nella deglutizione / aiuto e supervisione ☐ 10

Difficoltà grave nella deglutizione (disfagia) ☐ 20

Deve essere imboccato *(ADL F-0)* ☐ 20

Enterale totale ☐ 30

Parenterale totale (NPT) ☐ 80

STATO COGNITIVO/COMUNICAZIONE (punteggio max 100)

Comprende e risponde correttamente ☐ 0
* S.P.M.S.Q. punteggio ..... (range 0 – 2)

Comprende ma non può comunicare correttamente ☐ 20

Non comprende e non risponde correttamente ☐ 40
*S.P.M.S.Q. punteggio .... (range 3 – 10)

B.P.S.D. (Behavioural Psychological Symptoms Dementia) ☐ 60
☐Sintomi affettivi, depressione, ansia, irritabilità
☐Sintomi psicotici, deliri, allucinazioni
☐Disturbi della condotta,sonno, alimentazione, sessualità

ELIMINAZIONE URINARIA (punteggio massimo 40)

Controllo Completo *(ADL E-1)* ☐ 0

Portatore Di Catetere ☐ 30

Incontinenza Urinaria occasionale *(ADL E-0)* ☐ 20

Stomia Urinaria ☐ 30

Incontinenza completa *(ADL E-0)*
Cateterismo estemporaneo ☐ 40

STATO di COSCIENZA (punteggio massimo 40)

Cosciente ☐ 0

Stato vegetativo ☐ 30

Stato di minima coscienza ☐ 40

ELIMINAZIONE INTESTINALE (punteggio massimo 40)

Controlla autonomamente l'eliminazione fecale *(ADL E-1)* ☐ 0

Evacuazione indotta farmacologicamente ☐ 20

Stomia intestinale ☐ 30

Incontinenza completa *(ADL E-0)* ☐ 40

FUNZIONI SENSORIALI (punteggio massimo 40)

Normali (non valutare stato di coma o stato vegetativo) ☐ 0

Deficit uditivo grave permanente (non correggibile) ☐ 20

Deficit visivo grave permanente (non correggibile) ☐ 40

RITMO SONNO – VEGLIA (punteggio massimo 40)

Dorme tutta la notte ☐ 0

Insonnia (supporto emotivo) ☐ 20

Alterazione del ritmo sonno veglia/ Stato confusionale notturno (farmaco-resistenza) ☐ 40

FUNZIONI RESPIRATORIE (punteggio massimo 200)

Autonoma ☐ 0

Necessita' di aspirazione ☐ 40

Tracheostomia ☐ 60

Ventilazione Assistita ☐ 100

PROBLEMATICHE TERAPEUTICHE (punteggio massimo 120)

Nessuna problematica ☐ 0

Ossigeno terapia ☐ 40

Terapia del dolore scala *NRS ≥ 1 ☐ 40

Dialisi Peritoneale ☐ 40

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

_____

S CHEDA S OCIALE

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 — familiare o affine — medico — tutore — assistente sociale di riferimento — 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 interne esterne
no

Situazione reddituale

nessuna pensione _____ € altro, specificare _____ €

copertura completa delle spese, non necessita di aiuti economici

Certificazioni in possesso

di invalidità civile _____ % (inoltrata domanda) ind. accompagnamento (inoltrata domanda)
di 104/92 (inoltrata domanda) altro, spec.....

Eventuali altri servizi attivati dall'ente locale/ASUR

Telesoccorso Contributo economico assegno di cura SAD, per n. ore sett.
altro

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/protesi () 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 ruotine.	**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:** 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.	**Adeguata:** 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.