

## DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN RESIDENZA SOCIO-ASSISTENZIALE PER ANZIANI

Il Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

### C H I E D E

per il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (CAP.) \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

- Attualmente al proprio domicilio
- Attualmente ricoverato/domiciliato presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di poter usufruire di ricovero in R.S.A. secondo le scelte indicate nella Scheda per la scelta R.S.A.

Data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

( il Richiedente )

## FASCICOLO UTENTE

Signor/a \_\_\_\_\_ sesso M  F

Medico \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Persona di riferimento \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |             |            |                            |                            |                            |                            |
|--|-------------|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Valutazione dello stato di salute:</b>  | Sign./a ... | Nato il... |                            |                            |                            |                            |
| residente nel comune di...   | in via...   |            |                            |                            |                            |                            |
| <b>DIAGNOSI-VALUTAZIONE DELLA SEVERITÀ CLINICA DI MALATTIE INTERNE</b><br>Gli items sono tratti dalla <i>Cumulative illness rating scale -C.I.R.S.</i>   |             |            | <b>Assente<br/>Lieve</b>   | <b>Moderata</b>            | <b>Grave</b>               | <b>Molto<br/>grave</b>     |
| Patologie cardiache (solo cuore)<br><i>diagnosi:</i> .....   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pace maker <input type="checkbox"/> Protesi valvolare <input type="checkbox"/> Scompenso NYHA IV <input type="checkbox"/> Altro   |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)<br><i>diagnosi:</i> .....  |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Piaghe <input type="checkbox"/> Gangrena <input type="checkbox"/> Trasfusioni frequenti <input type="checkbox"/> Altro  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)<br><i>diagnosi:</i> .....  |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> terapia al bisogno <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> terapia continua <input type="checkbox"/> Ventilazione assistita <input type="checkbox"/> Altro |             |            |                            |                            |                            |                            |
| O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)<br><i>diagnosi:</i> .....   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> Afasia / disartria <input type="checkbox"/> Cecità <input type="checkbox"/> Altro   |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Apparato gastroenterico superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)<br><i>diagnosi:</i> .....  |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Altro  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Apparato gastrointestinale inf. (intestino, emie)<br><i>diagnosi:</i> .....  |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Altra stomia <input type="checkbox"/> Malassorbimento <input type="checkbox"/> Altro  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Patologie epatiche (solo fegato)<br><i>diagnosi:</i> .....   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ascite <input type="checkbox"/> Varici esofagee <input type="checkbox"/> Ittero <input type="checkbox"/> Altro  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Patologie renali (solo rene)<br><i>diagnosi:</i> .....   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Emodialisi <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale <input type="checkbox"/> Ipoalbuminemia <input type="checkbox"/> Altro  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)<br><i>diagnosi:</i> .....   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Ureterostomia <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Altro  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Patologie endocrine-metaboliche (include diabete, infezioni, sepsi, stasi tossici)<br><i>diagnosi:</i> .....   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Terapia insulinica <input type="checkbox"/> Ulcere diabetiche <input type="checkbox"/> Obesità grave <input type="checkbox"/> Altro                                       |             |            |                            |                            |                            |                            |
| <b>Sintesi della valutazione della severità clinica</b>  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ASSENTE o LIEVE <input type="checkbox"/> MODERATA <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MOLTO GRAVE   |             |            |                            |                            |                            |                            |
| <b>DIAGNOSI-VALUTAZIONE DELLA SEVERITÀ CLINICA PSICHIATRICO-COMPORTAMENTALE E VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI COMUNICAZIONE E DELLO STATO COGNITIVO</b>  |             |            | <b>Assente<br/>Lieve</b>   | <b>Moderata</b>            | <b>Grave</b>               | <b>Molto<br/>grave</b>     |
| Patologie psichiatrico-comportamentali.<br><i>diagnosi:</i> .....  |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Delirio/allucinazioni <input type="checkbox"/> Depressione maggiore <input type="checkbox"/> Altro                                     |             |            |                            |                            |                            |                            |
| comportamento fisicamente aggressivo (item tratto da "ryden aggression scale")   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| deficit della comunicazione (item tratto da "scala della disabilità comunicativa")   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| deficit dello stato cognitivo (item tratto da "delirium rating scale")   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <b>Sintesi della valutazione della compromissione dell'autonomia cognitivo-comportamentale</b>   |             |            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ASSENTE o LIEVE <input type="checkbox"/> MODERATA <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MOLTO GRAVE   |             |            |                            |                            |                            |                            |
| <b>DIAGNOSI-VALUTAZIONE DELLA SEVERITÀ CLINICA DELL'APP. MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL SIST. NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO E VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA.</b>                                   |             |            | <b>Assente<br/>Lieve</b>   | <b>Moderata</b>            | <b>Grave</b>               | <b>Molto<br/>grave</b>     |
| Patologie dell'app. muscolo-scheletrico (item tratto da <i>Cumulative illness rating scale -C.I.R.S.</i> )<br><i>diagnosi:</i> .....   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aprassia <input type="checkbox"/> Decubiti-allettamento <input type="checkbox"/> Amputazione di un arto <input type="checkbox"/> Altro                                    |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Patologie del sist. nervoso centrale e periferico (non include la demenza) (scala C.I.R.S.)<br><i>diagnosi:</i> .....  |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia <input type="checkbox"/> Emiplegia <input type="checkbox"/> Altro   |             |            |                            |                            |                            |                            |
| Igiene personale: autonomia nel provvedere alla dignitosa cura della propria persona (Barthel index)   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Alimentazione: autonomia nella assunzione del cibo (Barthel index)   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Spostamenti sedia-letto: autonomia nell'alzata e negli spostamenti in casa (Barthel index)   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| Deambulazione: autonomia nel passeggio (Barthel index)   |             |            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| <b>Sintesi della valutazione della compromissione dell'autonomia motoria:</b>  |             |            |                            |                            |                            |                            |
| <input type="checkbox"/> ASSENTE o LIEVE <input type="checkbox"/> MODERATA <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MOLTO GRAVE   |             |            |                            |                            |                            |                            |

Attesto di aver acquisito il consenso informato del paziente ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n.196

DATA...

Timbro e Firma del medico.....

NB: la mancata attribuzione del giudizio di gravità indica che la patologia è assente o lieve

Firma del medico.....

#### LEGENDA

##### Severità clinica (Cumulative illness rating scale- C.I.R.S.)

0. ASSENTE: nessuna compromissione d'organo/sistema;
1. LIEVE: la malattia consente le normali attività;
2. MODERATA: la malattia produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può essere buona;
3. GRAVE: la malattia produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona;
4. MOLTO GRAVE: la malattia richiede trattamento urgente, la prognosi è grave

##### Deficit dello Stato cognitivo (Delirium rating scale)

0. Nessun deficit che non sia giustificato dalla bassa scolarità
1. Deficit attribuibile a disturbo dell'attenzione dovuto a dolore acuto, astenia, depressione, ansia
2. Deficit che coinvolge funzioni evolute (ad es. memoria)
3. Incapacità di riconoscere e descrivere gli oggetti e di esprimere coerentemente il proprio pensiero
4. Perseverazione motoria e/o verbale, confabulazione, disorientamento spazio-temporale persistente

##### Comportamento fisicamente aggressivo (scala dell'aggressività di Ryden)

0. nessun episodio di comportamento fisicamente aggressivo
1. 1 episodio nell'ultimo anno
2. 2 episodi nell'ultimo anno
3. 3-6 episodi nell'ultimo anno
4. più di 6 episodi all'anno

##### Comunicazione (scala di disabilità Comunicativa - SIC, Bernardini, 1995)

0. Nessuna compromissione - Riferisce l'anamnesi in maniera attendibile ed è in grado di discutere di tutti i problemi personali Ben rapportato all'interlocutore e collabora senza problemi alla visita.
1. Lieve compromissione- Va "guidato" per ricostruire l'anamnesi e stimolato per parlare dei problemi personali. Adeguato all'interlocutore ma è necessario assumere un atteggiamento "direttivo" per ottenere una buona collaborazione alla visita.
2. Moderata compromissione - Possono essere scambiate informazioni solo ponendo all'anziano domande semplici e per un contesto comunicativo strettamente personale ed attuale. Adeguato all'interlocutore ma non riesce a fornire una buona collaborazione alla visita.
3. Grave compromissione- La comunicazione è molto compromessa e si ottengono informazioni solo con domande che prevedono risposte si/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali. Perplesso nel rapporto con l'interlocutore e non collabora alla visita.
4. Completa compromissione - Pressoché assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni. Non adeguato all'interlocutore e assolutamente non collaborante.

##### Igiene personale (Basic Activities of daily living ~ADL. Indice di Barthel)

0. Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti e radersi. Un uomo deve essere in grado di usare senza aiuto qualsiasi tipo di rasoio, comprese tutte le manipolazioni necessarie. Una donna deve essere capace di truccarsi, se abituata (non sono da considerare le attività relative all'acconciatura dei capelli).
1. In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.
2. Necessita di aiuto per una o più operazioni di igiene personale
3. Necessita di aiuto per tutte le operazioni
4. Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti

##### Alimentazione (Basic Activities of daily living ~ADL. Indice di Barthel)

0. Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare la carne, e, se lo desidera, usare sale e pepe, spalmare burro ecc.
1. Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, spalmare il burro, ecc. Non è necessaria la presenza di un'altra persona.
2. Capace di alimentarsi da SOLO con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare latte nel the o nel caffè, usare sale e pepe, girare il piatto di portata o altro.
3. Capace di usare una posata, in genere il cucchiaino, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.
4. Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere imboccato.

##### Trasferimento letto↔sedia (Basic Activities of daily living ~ADL. Indice di Barthel)

0. Capace di avvicinarsi con sicurezza al letto, bloccare i freni della carrozzina, sollevarne le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina, trasferirsi con sicurezza. Indipendente durante tutte le fasi.
1. Necessita la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo sicurezza.
2. Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.
3. Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti di trasferimento.
4. Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico

##### Deambulazione (Basic Activities of daily living ~ADL. Indice di Barthel)

0. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano. In grado di usare le stampelle bastoni, walker e deambulare per almeno 50 m senza aiuto o supervisione
1. Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia < 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.
2. Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili e/o per la loro manipolazione
3. Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.
4. Non in grado di deambulare autonomamente