

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA
SERVIZIO ANZIANI
PROGETTO SOCIALE ED ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO
COMUNE DI _____**

Dati anagrafici

Cognome e Nome Stato Civile.....

Data e luogo di nascita

Comune di residenza Prov.....Cap.....

IndirizzoTel

Codice fiscale Tessera Sanitaria

Medico di medicina generale (recapito)

Invalidità civile % Legge 104/92 o si o no

Indennità di accompagnamento si no pratica in corso

Tipologia di richiesta: _____ (specificare il servizio)

Composizione del nucleo familiare (stato di famiglia):

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE

Persone di riferimento:

COGNOME E NOME	RAPPORTO con l'anziano	RESIDENZA	TELEFONO

Situazione sociale

Con chi vive: Solo Con altre persone

Domicilio attuale: Al proprio domicilio
 Presso parenti

Presso ospedale di

Altro (es. IDR).....

Figli :

COGNOME E NOME	RESIDENZA	TELEFONO	DISPONIBILITA'*

* Valutazione dell'A.S.

Situazione personale e familiare

(storia del nucleo familiare, soggetti coinvolti nelle attività di cura e mansioni svolte, grado di frustrazione dei parenti ed altri elementi rapportati al tipo di richiesta)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Note sulle condizioni abitative (in rapporto al servizio richiesto)

.....
.....
.....
.....

Individuazione dei bisogni:

(espressi dall'utente o dai familiari e rilevati dall'operatore)

- Igiene personale _____
- Vestizione _____
- Uso dei servizi igienici _____
- Mobilità _____
- Alimentazione _____
- Assistenza per assunzione dei farmaci _____
- Acquisti (anche telefonici o per posta) _____
- Disbrigo pratiche _____
- Relazionalità e promozione dei rapporti interpersonali _____

Individuazione degli obiettivi specifici e risultato atteso

(nei confronti dell'utente e dei suoi familiari in rapporto al servizio richiesto)

MIGLIORAMENTO	MANTENIMENTO

Risorse attivate:

Famiglia (funzione di cura)	Rete solidale	Servizi formali
		<input type="checkbox"/> S.A.D <input type="checkbox"/> A.D.I. <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIO-SANITARIO <input type="checkbox"/> ACCESSO PROGR. DEL M.M.G. <input type="checkbox"/> ALTRI SERVIZI (telesoccorso, trasporti, pasti,...)

Risorse da attivare:

Famiglia (funzione di cura)	Rete solidale	Servizi formali*
		<input type="checkbox"/> S.A.D <input type="checkbox"/> A.D.I. <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> VOUCHER SOCIO-SANITARIO <input type="checkbox"/> ACCESSO PROGR. DEL M.M.G. <input type="checkbox"/> ALTRI SERVIZI (telesoccorso, trasporti, pasti,...)

* di nuova attivazione o aumentati

Valutazione a cura dell'A.S. delle attività di base della vita quotidiana

IGIENE PERSONALE

- autosufficiente
- necessita di aiuto
- non autosufficiente

ALIMENTAZIONE

- autosufficiente
- necessita di aiuto
- non autosufficiente

ABBIGLIAMENTO

- autosufficiente
- necessita di aiuto
- non autosufficiente

ABILITA' MOTORIE

- autosufficiente
- necessita di supporto da altri
- necessita di supporto da ausili
- non autosufficiente

COMUNICAZIONE

- parla e comprende normalmente
- si esprime e comprende con difficoltà
- non comunica intenzionalmente

CAPACITA' RELAZIONALI

- è in grado di stabilire relazioni adeguate con il contesto
- tende all'isolamento
- ha comportamenti aggressivi
-

LIVELLO DI CONSAPEVOLEZZA

- è in grado di riconoscere i propri bisogni e sa chiedere aiuto
- esprime le proprie preferenze in modo adeguato
- non è in grado di riconoscere i propri bisogni ma sa chiedere aiuto
- non è in grado di riconoscere i propri bisogni e non sa chiedere aiuto
-

Riassunto delle condizioni generali in particolare riguardo allo stato cognitivo (integro, deteriorato, demenza), alle necessità particolari desunte dalle capacità strumentali (spostamento, uso dei servizi,...) e all'aspetto affettivo relazionale utile ai fini di un corretto inserimento in una RSA o in altri servizi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Assistente Sociale

Luogo e data _____

A cura del MMG (da allegare alla scheda sanitaria)

Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)

Adattato da Lawton MP and Brody EM

Funzioni Corporali	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provvede autonomamente alle evacuazioni, senza incontinenza. 2. Gli si deve ricordare di farlo o ha bisogno di aiuto per pulirsi o ha rari (massimo una volta la settimana) inconvenienti. 3. Defecazione o minzione involontarie durante il sonno più di una volta la settimana. 4. Defecazione o minzione involontarie da sveglia più di una volta la settimana. 5. Nessun controllo dell'intestino o della vescica.
Alimentazione	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mangia senza bisogno di aiuto. 2. Gli basta una minima assistenza ai pasti e/o necessita di una preparazione speciale del cibo o di aiuto nel ripulirsi dopo i pasti. 3. Mangia da solo ma richiede una modesta assistenza e tende a sporcare. 4. Richiede un'assistenza impegnativa a tutti i pasti. 5. Da solo non mangia e oppone resistenza agli sforzi degli altri per somministrargli il cibo.
Vestirsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si veste e sveste, scegliendo i capi dal proprio guardaroba. 2. Si veste e sveste da solo richiedendo soltanto una minima assistenza. 3. Richiede una limitata assistenza per vestirsi e scegliere i capi. 4. Necessita di un'assistenza impegnativa per vestirsi, ma collabora agli sforzi degli altri per aiutarlo. 5. Completamente incapace di vestirsi e oppone resistenza agli sforzi degli altri per aiutarlo.
Tenersi in ordine (capelli, unghie, mani, viso, vestiti, accuratezza dell'aspetto generale)	<ol style="list-style-type: none"> 1. E' sempre vestito in modo ordinato ed ha cura di sè senza bisogno di assistenza. 2. Si tiene in ordine da solo in modo appropriato, richiedendo solo occasionalmente un aiuto, ad esempio per farsi la barba. 3. Ha bisogno di modesta ma regolare assistenza o supervisione per tenersi in ordine. 4. Necessita di un'assistenza totale per la cura della propria persona, ma può restare in ordine dopo essere stato aiutato dagli altri. 5. Si oppone attivamente a qualsiasi sforzo da parte degli altri per tenerlo in ordine.
Mobilità fisica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Passeggia da solo sia in campagna che in città. 2. Passeggia per la casa o arriva fino a un isolato di distanza da casa. 3. Cammina con l'assistenza di (<i>barrare una delle alternative</i>) a () un'altra persona b () ringhiera c () bastone d () girello e () carrozzina - si siede e si alza senza aver bisogno di aiuto f () carrozzina - necessita di aiuto per sedersi e alzarsi. 4. Si siede senza sostegno sulla sedia o sulla carrozzina, ma non riesce a spostarsi senza aiuto. 5. E' costretto a letto per più della metà del tempo.
Lavarsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fa da solo il bagno (vasca, doccia, spugnature) senza bisogno di aiuto. 2. Fa il bagno da solo ma deve essere aiutato a entrare e uscire dalla vasca. 3. Si lava solo viso e mani, ma non riesce a lavare il resto del corpo. 4. Non riesce a lavarsi da solo ma collabora con chi gli fa il bagno. 5. Non cerca di lavarsi e si oppone agli sforzi degli altri per tenerlo pulito.

A cura del MMG (da allegare alla scheda sanitaria)

Indice di Comorbidità (CIRS)

(Palmalee P.A., Thuras P.D., Katz I.R., Lawton M.P.: *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population.* J. Am Geriatr. Soc. 1995; 43:130-137)

Legenda:

- 1- **Nessuna menomazione**
- 2- **Menomazione lieve:** non interferisce con le normali attività; trattamento facoltativo; prognosi eccellente (ad es. lesioni dermatologiche, ernie, emorroidi)
- 3- **Menomazione Moderata:** interferisce con le normali attività; trattamento necessario; prognosi buona (ad es. colelitiasi, diabete o fratture trattabili)
- 4- **Menomazione Grave:** è invalidante; trattamento necessario con urgenza; prognosi riservata (ad es. carcinoma operabile, enfisema polm., insuff. cardiaca conges.)
- 5- **Menomazione Molto Grave:** può essere letale; trattamento di emergenza o inefficace; prognosi grave (ad es. infarto miocardio, ictus, emorragie digestive, embolia)

Si prega di specificare la diagnosi

Patologie Cardiache (solo cuore)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti vanno considerati separatamente)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Apparato vascolare (sangue, vasi, midollo, milza, sistema linfatico)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Apparato digerente tratto superiore (esofago, stomaco, vie biliari-epato-pancreatiche; escluso diabete)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Apparato digerente tratto inferiore (*intestino, ernie*)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Fegato

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Rene

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Apparato riproduttivo e altre patologie Genito-Urinarie (*mammella, ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali*)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Apparato Muscolo-Scheletro e Cute (*muscoli, scheletro, tegumenti*)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Patologie sistema nervoso (*sistema nervoso centrale e periferico; non include la demenza*)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Patologie sistema Endocrino-Metabolico (*include diabete, infezioni, sepsi, stati tossici*)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Stato mentale e comportamentale (*include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi*)

Diagnosi

① ② ③ ④ ⑤

① ② ③ ④ ⑤

Altro:

Valutazione assistenziale

Stato di coscienza

- Vigile Confuso Soporoso Coma

Gestione Incontinenza

- Pannolone CVP Ano Artificiale
 Urostomia

Gestione Diabete

- Dieta Antidiabetici orali Insulina

Alimentazione Artificiale

- Sondino N.G. P.E.G. Parenterale Tot.

Insufficienza Respiratoria

- O₂ x 6 ore O₂ costante Ventilaz. Artificiale
 Tracheotomia

Dialisi

- Peritoneale Emodialisi

Gestione terapia

- Autonoma Assistita

Decubito in atto

- Sede unica Sede multipla

Grado decubito principale

- 1° 2° 3° 4°

Sede della lesione principale _____

Sede secondarie _____

Vaccinazioni

- Antiinfluenzale Antipneumococcica Antitetanica

Data:.....

Data:.....

Data:.....

Terapia

Farmaco	Quantità	Orario

--	--	--

Si precisa inoltre che è esente da malattie infettive e può vivere in comunità. Vi informiamo che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D.Lgs.196/03 sulla Privacy. In relazione a tale trattamento potrete esercitare tutti i diritti di cui all'art.7, contattandoci agli usuali recapiti.

Luogo e Data:

A cura del MMG o Struttura Ospitante

Timbro e Firma

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA
AREA ANZIANI
RICOVERI IN R.S.A.**

SCHEDA SANITARIA

(A cura del Medico di Medicina Generale)

Sig./ra luogo e data di nascita

Residente Via N. Tessera Sanitaria.....

Peso Altezza

ANAMNESI.....
.....
.....
.....

RICOVERI OSPEDALIERI
.....
.....
.....

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE
.....
.....
.....

COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO E CIRCOLATORIO

Soddisfacente In equilibrio farmacologico Scompensato

ASPETTI SENSORIALI

Vista: Buona Media Bassa Porta occhiali : da vista per lettura

Udito: Buono Medio Basso Porta apparecchio acustico

Comunicazione: parla normalmente si esprime con difficoltà

comprende normalmente comprende con difficoltà non comunica intenzionalmente

CONDIZIONI PSICHICHE

- Lucide
- Persistente disorientamento
- Inversione del ritmo sonno veglia
- Fasi di confusione e disorientamento
- Fasi di agitazione psicomotoria
- Altro

REATTIVITA' EMOTIVA

- Collaborante
- Estraniato/a dal mondo circostante
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi
- Depressione
-

ALIMENTAZIONE

- Autonoma
- Con necessità di piccolo aiuto
- Alimentazione artificiale (PEG)
- Con necessità di imbroccamento
- altro.....

STATO METABOLICO NUTRIZIONALE

- Soddisfacente
- In equilibrio farmacologico
- Carente apporto nutrizionale
- Scompensato

NECESSITA' DI DIETE PARTICOLARI

.....

ALLERGIE NOTE E/O INTOLLERANZA VERSO I SEGUENTI PRODOTTI

.....

INCONTINENZA

- Urinaria** Assente Occasionale Abituale Catetere
- Fecale** Assente Occasionale Abituale

DEAMBULAZIONE

- Cammina da solo/a
- Allettato
- Cammina con l'aiuto di.....
- Altro
- Si sposta in carrozzella

PIAGHE DA DECUBITO

- Assenti Iniziali Gravi Multiple Altro
- Localizzazione

E' ESENTE DA MALATTIE INFETTIVE IN ATTO E PUO' VIVERE IN COMUNITA'?

SI NO (specificare).....

INTOLLERANZA AI SEGUENTI FARMACI

.....
.....
.....

TERAPIA IN ATTO

.....
.....
.....

PROPOSTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO (Valenza sanitaria dell'inserimento con riferimento all'autonomia reale o potenzialmente recuperabile del soggetto)

.....
.....
.....
.....

Eventuali indicazioni del Medico curante in ordine alla struttura del ricovero

.....
.....

NOTE AGGIUNTIVE

.....
.....

Data

Timbro e firma del medico

.....

.....

Allegare alla presente scheda sanitaria:

- scheda CIRS e scheda PSMS (da compilare a cura del MMG);
- gli ultimi esami ematochimici e indagini strumentali oltre a eventuali documentazioni cliniche relative alla patologia di cui l'anziano è affetto.

L'Ente si riserva la facoltà di dimettere l'ospite qualora i certificati medici prodotti a corredo della domanda o la scheda sanitaria abbiano taciuto l'esistenza di rilevanti malattie o infezioni dello stesso.

Mod.RSA/SOSIA

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA
AREA ANZIANI
RICOVERO DEFINITIVO IN RSA - SOSIA
COMUNE DI _____
(Modello da trasmettere al Servizio Anziani - CUP)**

Proposta di inserimento in RSA a favore del/la Sig./Sig.ra:

Allegare: 1 copia della domanda 2 scheda sociale 3 scheda sanitaria

Settore	Condizioni specifiche	Punteggio	
Personale Assistenziale	1. pericolosità per sé e per gli altri	<input type="radio"/>	
	2. dipendenza	<input type="radio"/>	
	3. vive solo	<input type="radio"/>	
	4. difficile intervento dom. formale ed informale	<input type="radio"/>	
	5. presenza di bisogni sanitari tali da aggravare pesantemente il carico assistenziale	<input type="radio"/>	
Familiare	1. mancanza della rete familiare	<input type="radio"/>	
	2. non disponibilità, impossibilità e/o inadeguatezza della rete familiare	<input type="radio"/>	
	3. presenza di un familiare pregiudizievole e/o gravemente malato	<input type="radio"/>	
Abitativo	inadeguatezza rispetto ai bisogni dell'interessato e relativi a :		
	1. spazio insufficiente per assisterlo	<input type="radio"/>	
	2. mancanza di servizi di base	<input type="radio"/>	
	3. presenza di barriere architettoniche interne/esterne	<input type="radio"/>	
Urgenza sociale	4. localizzazione dell'abitazione	<input type="radio"/>	
	A) presenza di un grave problema sanitario che non ha trovato un'adeguata risposta nel sistema sanitario e che non può essere gestito in modo appropriato a domicilio	<input type="radio"/>	
	B) forte necessità di tutela per persona senza alcuna rete formale /informale (a carico totale del comune).	<input type="radio"/>	

Data _____ Firma dell'**ASSISTENTE SOCIALE** _____

SCHEDA SOSIA CLASSE ASSEGNATA N° _____

Data visita _____ c/o RSA di _____

FIRMA DEL MEDICO della RSA _____