



SCHEDA

DOCUMENTO DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE O DELLO SPECIALISTA
INCARICATO

Villa Arco scarl

Frazione Arco, 4 - 27049 Zenevredo (PV)

C.A.S.A.

Comunità Alloggio Socia per Anziani



LINEE GUIDA

PER LA COMPILAZIONE DI IDONEITA' PSICO-FISICA PER L'ACCESSO IN STRUTTURA SOCIO-ASSISTENZIALE

Perché è necessario compilare questa scheda di valutazione ?

La scheda è necessaria per valutare prima di ogni ingresso e nel corso del tempo , i criteri di inclusione/esclusione dell'Ospite all'interno della Comunità Alloggio Sociale Anziani

Questa tipologia di struttura per anziani, ospita persone in condizioni di vulnerabilità sociale, che richiedono interventi a bassa intensità assistenziale senza necessità di assistenza sociosanitaria continuativa.

Nella definizione del criterio di autosufficienza oggettiva o di parziale necessità di assistenza nella cura del sé, si è preso atto delle più recenti delibere Regionali utilizzando come criterio le scale BADL , IADL e CIRS a indicazione di condizioni ostative o di favore all'accoglienza in struttura ed in specifico:

Le persone possono presentare limitazioni anche consistenti nelle IADL e minime limitazioni nelle attività di base della vita quotidiana – **BADL (solo risposta 1 o 2 della scala)**. Devono comunque essere in grado di:

- utilizzare autonomamente i servizi igienici, anche accompagnate in caso di necessità, e con eventuale supervisione;
- gestire autonomamente o con il minimo aiuto i trasferimenti letto-sedia;
- cambiare autonomamente posizione nel letto senza necessità di aiuto;
- essere in grado di alimentarsi da soli, con eventuale supervisione o minima assistenza durante i pasti (es. tagliare carne).

Entro questi limiti possono essere accolte, purché permangano tutte le funzioni sopradette, anche persone con limitazioni delle funzioni mentali superiori di grado lieve-moderato (MCI o demenza lieve-moderata) sostenibili con funzioni di assistenza minima (es. supervisione o aiuto nell'organizzazione di vita) in assenza di anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità (aggressività, vocalizzazione impropria e incessante).

E' di fondamentale importanza che le valutazioni (BADL e IADL) vengano effettuate in condivisione con il caregiver familiare in quanto va registrato :

- Ciò che il paziente fa realmente e non quello che potrebbe fare
- Lo scopo principale è di stabilire il grado di indipendenza da aiuti fisici o verbali
- La necessità di supervisione rende il paziente NON dipendente
- E' importante stabilire la prestazione nelle precedenti 24 o 48 ore
- E' ammesso l'utilizzo di ausili funzionali al raggiungimento dell'autonomia

E' bene ricordare che la prestazione del paziente dovrebbe essere stabilita utilizzando le migliori fonti disponibili quali: domande dirette ad amici/parenti/infermieri ma anche tramite l'osservazione diretta se possibile.

SCHEDA DI VALUTAZIONE PER L'INGRESSO DELL'OSPITE

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE

Cognome

Nome

Nato/a

Il

Residente a

In Via

N°

SI CERTIFICA CHE IL PAZIENTE :

NON E' affetto da patologie disabilitanti per le quali necessita di prestazioni di natura socio-sanitaria e/o sanitaria, monitoraggio medico o infermieristico continuo

SI - NO

NOTA : in caso di risposta "SI", il paziente è idoneo all'ingresso in Comunità – "No", Non idoneo all'ingresso in Comunità

E' affetto da demenza ?

SI - NO

In caso risposta affermativa, compilare la sezione : La diagnosi è stata posta da centro specialistico?

SI - NO

Indicare il nome del centro specialistico _____ data della diagnosi

In caso di risposta affermativa : La demenza è di grado

LIEVE - MODERATO - SEVERO

NOTA : in caso di risposta "MODERATO" il paziente è idoneo all'ingresso in Comunità solo se le limitazioni mentali sono sostenibili con assistenza minima , in assenza di anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità.

E' in grado di assumere autonomamente le terapie farmacologiche prescritte anche se necessita di aiuto per ricordare gli orari di assunzione?

SI - NO

NOTA : in caso di risposta "SI", il paziente è idoneo all'ingresso in Comunità – "No", Non idoneo all'ingresso in Comunità

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

ESTRATTO DELLE ATTIVITA' DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

Basic Activities Day of Living

Cognome e Nome del soggetto a cui viene effettuato il TEST

FARE IL BAGNO (Vasca, doccia, spugnature)

Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo)

IDONE
O

Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso)

IDONE
O

Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo

NON
IDONE
O

VESTITI (Prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti , inclusa biancheria intima, vestiti , uso delle allacciate)

Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza

IDONE
O

Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe

IDONE
O

Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito

NON
IDONE
O

TOILETTE (Andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi)

Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino

IDONE
O

Utilizza autonomamente la toilette anche accompagnato in caso di necessità , e con eventuale supervisione

IDONE
O

Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda

NON
IDONE
O

Non si reca in bagno per l'evacuazione

NON
IDONE
O

SPOSTARSI

Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore)

IDONE
O

Gestisce autonomamente o **con minimo aiuto** i trasferimenti letto-sedia

IDONE
O

Cambia autonomamente posizione nel letto senza necessità di aiuto

IDONE
O

Compie questi trasferimenti se aiutato

NON
IDONE
O

Allettato, non esce dal letto

NON
IDONE
O

CONTINENZA DI FECI E URINE

Controlla completamente feci e urine

IDONE
O

"Incidenti" occasionali

NON
IDONE
O

Necessita di supervisione per il controllo di feci e urine , usa catetere , è incontinente

NON
IDONE
O

ALIMENTAZIONE

Senza assistenza

IDONE
O

Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane	IDONE O
Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale	NON IDONE O

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA

Instrumental Activities Day of Living

Cognome e Nome del soggetto a cui viene effettuato il TEST

ABILITA' AD USARE IL TELEFONO

Usa il telefono di propria iniziativa : cerca il numero telefonico e lo compone	1
Compone solo pochi numeri ben conosciuti	1
Risponde al telefono, ma non compone numeri	1
E' incapace di usare il telefono	0

SPOSTAMENTI FUORI CASA

Viaggia autonomamente, servendosi dei mezzi pubblici o della propria automobile	1
Fa uso di taxi , ma non è capace di usare mezzi pubblici	1
Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato	1
Viaggia in macchina o in taxi quando è assistito o accompagnato da altri	0
Non può viaggiare affatto	0

ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI

E' capace di assumere correttamente le medicine	1
E' capace di assumere le medicine solo se in precedenza già preparate e separate	0
E' incapace di assumere da solo le medicine	0

USO DEL PROPRIO DENARO

Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca) , controlla le proprie entrate	1
Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese etc.)	1
E' incapace di maneggiare il denaro in modo proprio	0

FARE LA SPESA () Non strettamente applicabile e pertinente

Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	1
E' capace di effettuare solo piccoli acquisti	0
Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	0

E' completamente incapace di fare la spesa	0
PREPARARE PASTI () Non strettamente applicabile e pertinente	
Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma	1
Prepara il pasto solo se gli forniscono tutti gli ingredienti	0
E' in grado solo di riscaldare cibi già pronti, oppure prepara i cibi in maniera non costante tanto da non riuscire a mantenere un'alimentazione adeguata	0
Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	0
CURA DELLA CASA () Non strettamente applicabile e pertinente	
Riesce ad occuparsi della casa autonomamente o con occasionale aiuto per i lavori pesanti	1
Riesce ad effettuare i lavori domestici leggeri come lavare i piatti, rifare il letto, etc	1
Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri, ma non è capace di mantenere un livello adeguato di pulizia	1
Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie di casa	0
E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	0
FARE IL BUCATO () Non strettamente applicabile e pertinente	
Lava tutta la propria biancheria	1
Lava solo i piccoli indumenti	1
Tutto il bucato dev'essere fatto da altri	0
TOTALE IADL	

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

INDICE DI COMORBILITA' (CIRS)

Cumulative illness rating scale

Cognome e Nome del soggetto a cui viene effettuato il TEST

Menomazione: 1= nessuna 2= lieve 3= moderata 4= grave 5= molto grave

1. Patologie cardiache (solo cuore)	0	1	2	3	4
2. Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	0	1	2	3	4
3. Patologie vascolari (sangue vasi midollo, milza, sistema linfatico)	0	1	2	3	4
4. Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	0	1	2	3	4
5. Occhi / O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	0	1	2	3	4
6. Apparato gastroenterico superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-pancreatiche; escluso diabete)	0	1	2	3	4
7. Apparato gastroenterico inferiore (intestino, ernie)	0	1	2	3	4
8. Patologie epatiche	0	1	2	3	4
9. Patologie renali (solo rene)	0	1	2	3	4
10. Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	0	1	2	3	4
11. Sistema muscolo-scheletrico-cute	0	1	2	3	4
12. Patologie sistema nervoso (s.n.c. e periferico, esclusa demenza)	0	1	2	3	4
13. Patologie endocrino-metaboliche (include diabete, sepsi, stati tossici)	0	1	2	3	4
14. Patologie psichiatriche e comportamentali (demenza, depressione, ansia agitazione, psicosi)	0	1	2	3	4
PUNTEGGIO CIRS					

Data della valutazione _____

Timbro e Firma del Medico

GIUDIZIO FINALE DI IDONEITA' O NON IDONEITA'

Il mio Paziente Sig./Sig.ra (Cognome e nome)

Alla luce delle valutazioni effettuate sulla presente scheda medica redatta il
(data) _____

- Necessita Non necessita di assistenza socio-sanitaria continuativa ed è pertanto ritenuto/a
- Idoneo/a Non Idoneo/a All'ingresso presso la Comunità Alloggio Sociale Anziani

Luogo, Data _____

Timbro e Firma del Medico

- Si allega al presente documento il piano terapeutico in uso al domicilio del paziente

