

# Scheda Valutazione domanda ammissione in R.S.A.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CLASSIFICAZIONE FINALE \_\_\_\_\_



## DATI DELL'INTERESSATO/A AL RICOVERO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA

Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico	1	5
Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona	2	4
Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona	3	3
Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia	4	2
Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento	5	1

### DEAMBULAZIONE

Dipendenza rispetto alla locomozione	1	5
Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione	2	4
Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili	3	3
Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto	4	2
Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego.	5	1

### LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE - DA COMPILARE SOLO SE NON DEAMBULA

Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione	1	0
Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano	2	0
Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.	3	0
Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi	4	0
Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.	5	0

### IGIENE

Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista	1	5
E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale	2	4
E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale	3	3
E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire	4	2
Totale indipendenza.	5	1

### ALIMENTAZIONE

Paziente totalmente dipendente, va imboccato.	1	5
Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.	2	4
Riesce ad alimentarsi sotto supervisione – l'assistenza è limitata ai gesti più complicati.	3	3
Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile	4	2
Totale indipendenza nel mangiare.	5	1

### CONFUSIONE

Paziente completamente confuso – comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata	1	4
E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe	2	3
Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo	3	2
E' perfettamente lucido	4	1

### IRRITABILITA'

Qualsiasi contatto è causa di irritabilità	1	4
Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.	2	3
Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete	3	2
Non mostra segni di irritabilità ed è calmo	4	1

### IRREQUIETEZZA

Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo	1	4
Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.	2	3
Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.	3	2
Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità.	4	1

TOTALE punteggio pag.1

NOTE: \_\_\_\_\_

## SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE

### INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- ☐ utente stesso ( 1,5 PUNTI )
- ☐ familiari o conoscenti se solo ( 1,5 PUNTI )
- ☐ medico di assistenza primaria ( 1 PUNTO )
- ☐ assistente sociale ( 2 PUNTI )

### USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ☐ ADI x problemi di salute ( 2 PUNTI )
- ☐ SAD x riordino casa, effettuazione spesa perché solo ( 1,5 PUNTI )
- ☐ presenza di badante ( 1 PUNTO )
- ☐ Altro ( 2,5 PUNTI )

### INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

*attualmente la persona vive:*

- ☐ solo ( 2,5 PUNTI )
- ☐ in altra struttura ( 1 PUNTO )
- ☐ Altro ( 0,5 PUNTI )

### COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- ☐ zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.) ( 3 PUNTI )
- ☐ zona decentrata  
(abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali) ( 2 PUNTI )
- ☐ centro abitato ( 1 PUNTO )

### ADEGUATEZZA ABITAZIONE

**BARRIERE ARCHITETTONICHE :**

- ☐ nessuna ( 0 PUNTI )
- ☐ solo esterne e la persona non riesce ad uscire di casa in autonomia o accompagnato ( 1,5 PUNTI )
- ☐ solo interne e la persona non riesce ad utilizzare gli spazi della casa ( 2 PUNTI )
- ☐ esterne ed interne ( 3 PUNTI )

### **BAGNO :**

- ☐ interno ( 1 PUNTO )
- ☐ esterno ( 2 PUNTI )

### **RISCALDAMENTO :**

- ☐ in tutti i locali ( 1 PUNTO )
- ☐ solo in alcuni locali ( 1,5 PUNTI )

### MOTIVO DEL RICOVERO

- ☐ stato di salute ( 3 PUNTI )
- ☐ solitudine ( 2 PUNTI )
- ☐ problemi familiari ( 2 PUNTI )
- ☐ problemi abitativi ( 1 PUNTO )

**NOTE** (INFORMAZIONI SOCIALI AGGIUNTE SULLA DOMANDA O RICAVATE DA COLLOQUIO)

---

---

---

---

**PUNTEGGIO SOCIALE COMPLESSIVO TOT: .....**

COGNOME E NOME UTENTE: \_\_\_\_\_

0 la domanda viene accettata

- ☐ si consegna informativa in merito alle modalità del rinnovo periodico della domanda
- ☐ si consegna informativa relativa alla Protezione giuridica (ammin. di sostegno/tutore)

0 la domanda non può essere accolta: ho valutato le condizioni cliniche

deducibili dalla documentazione presentata e le comunico che la nostra

struttura non è idonea ad accogliere l'utente: sarebbe opportuno il ricovero presso strutture dotate di nucleo protetto.

0 la domanda non può essere accolta:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_  
Data

PUNTEGGIO SANITARIO

PUNTEGGIO SOCIALE

PUNTEGGIO TOTALE (val. san + val. soc.)

Rivalutazione successiva

PUNTEGGIO SANITARIO

PUNTEGGIO SOCIALE

PUNTEGGIO TOTALE (val san + val soc)

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_  
Data

PUNTEGGIO SANITARIO

PUNTEGGIO SOCIALE

PUNTEGGIO TOTALE (val san + val soc)

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_  
Data

per ricevuta

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_