Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo
ASST Papa Giovanni XXIII
ASST Bergamo Est
ASST Bergamo Ovest

SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDIE

Cognome e Nome	**Data Nascita**	**Sesso**
……	……	❒ M / ❒ F

Domicilio (indirizzo abitazione o struttura residenziale) **telefono**

…… ……..

C.F.

Residente in Lombardia: ❒ No / ❒ Si
Cittadino Extra UE : ❒ No / ❒ Si

Invalidità: ❒ No ❒ Si ❒ In corso
Accompagnamento: ❒ No ❒ Si ❒ In corso

Inviante

❒ **Ospedale** …… telefono

Reparto …… ……

Referente …… ……

❒ **Altro** (Riportare nominativo e qualifica medico med. gen., medico RSA, medico specialista, ecc.) telefono

…… ……

Supporto Sociale: □ No / □ Si telefono

Caregiver/persona di rriferimento ……

……

Amministratore di sostegno ❒ Non necessario ❒ No ❒ Si telefono

Nominativo…… ……

Costituiscono <u>criteri di esclusione per il ricovero</u> in unità di cure intermedie:

- paziente instabile secondo la classificazione della scala SIC (punteggio 3)
- paziente con acuzie non risolta
- percorso diagnostico incompleto o in corso di definizione
- paziente con patologia psichiatrica attiva
- paziente con condizione per cui sono previsti interventi specifici (SV, SLA, hospice)
- paziente con peso corporeo superiore ai 120 Kg

EVENTO INDICE (evento che ha determinato il ricovero in ospedale da cui deve essere dimesso con una diagnosi oppure evento al domicilio che determina una recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale entrambi passibili o meno di ripristino clinico-funzionale)

……

……

……

……

……

……

Patologia di area.

- ❑ Cardiologica
- ❑ Pneumologica
- ❑ Neurologica
- ❑ Ortopedica
- ❑ Internistica di altra natura_____
- ❑ Oncologica
- ❑ Demenza

Data evento indice se individuabile: ……

Altrimenti specificare il periodo: ❒ meno di 3 mesi ❒ meno di 6 mesi ❒ meno di un anno

Mezzo di sintesi (se posizionato un mezzo di sintesi specificarne il tipo/materiale per possibili incompatibilità in indagini radiologiche o terapie)

……

Comorbosità significativa (patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso)

……

……

……

……

AREA CLINICA VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (SCALA SIC)

- ❒ 0 STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale
- ❒ 1 MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano
- ❒ 2 MODERATAMENTE INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno
- ❒ 3 INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre quello previsto di routine)

Legenda:M – MI/S: Monitoraggio medico e/o infermieristico strumentale = visita medica completa o valutazione attenta "problema-orientata" e/o esami di laboratorio e/o strumentali

CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA)

RIFERITA ALLA CONDIZIONE PREDENTE L'EVENTO INDICE

- ❒ **0 Nessun sintomo**
- ❒ **1 Non disabilità significativa**: nonostante la presenza di sintomi era in grado di svolgere tutte le attività (IADL e BADL) ed i compiti abituali
- ❒ **2 Disabilità lieve**: non in grado di eseguire tutte le IADL quotidiane ma autonomo nelle BADL, senza bisogno di supervisione o aiuto
- ❒ **3 Disabilità moderata**: richiedeva supervisione/aiuto nelle BADL, ma era in grado di deambulare senza assistenza
- ❒ **4 Disabilità moderatamente grave**: era incapace di deambulare e provvedere alle BADL senza assistenza
- ❒ **5 Disabilità grave**: allettato, incontinente, richiedeva assistenza continua

IADL: usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, cura della casa, fare il bucato, spostarsi fuori casa, assunzione dei farmaci, uso del denaro

BADL: alimentazione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, trasferimenti, deambulazione

CONDIZIONI GENERALI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- **Controllo del tronco** *(con riferimento al trunk control test)***:**
  - ❑ nessun controllo (TCT = 0)
  - ❑ in grado di girarsi senza supporto su almeno un lato (TCT <25)
  - ❑ capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi con supporto (TCT < 50)
  - ❑ capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi senza supporto (TCT > 50)
  - ❑ buon controllo

- **Passaggi posturali:** ❑ indipendente ❑ con aiuto ❑ dipendente
- **Utilizza ausili per la deambulazione:** ❑ SI ❑ NO Se si,quali? ……..
- **Verticalizzazione:** ❑ SI ❑ NO
- **Carico concesso:** ❑ completo ❑ parziale ❑ assente

- **Presenza ossigenoterapia** □ **SI L/MIN**_____ □ **NO**
- **Se in ossigenoterapia, in atto svezzamento:** □ **SI** □ **NO**
- **Presenza di ventilazione meccanica** □ **SI** □ **NO**
  □ **NIV NOTTURNA** □ **NIV DIURNA**
- **Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento:** □ **SI** □ **NO**
- **Presenza di cannula tracheale** □ **SI** □ **NO**
- **Se cannula tracheale, prevista rimozione:** □ **SI** □ **NO**

Stato Nutrizionale: ❒ ADEGUATO ❒ OBESITA' ❒ MALNUTRIZIONE Peso Kg: ……

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)

1. …… 2. ……..
3. …… 4. ……..
5. …… 6. ……..
7. …… 8. ……..
9. …… 10. ……..
11. …… 12. ……..

Eventuali farmaci con piano terapeutico:

……

TERAPIE IN CORSO

❒ Assenza di terapie	**1**	❒ Assenza di altri bisogni clinici	**1**
❒ Terapia solo orale	**2**	❒ Monitoraggio ematochimici standard	**2**
❒ Trattamento infusivo	**3**	❒ Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	**3**
❒ Nutrizione parenterale totale	**3**	❒ Necessità di follow-up strumentale	**3**
❒ Trattamento dialitico attivo	**3**	❒ Necessità di consulenze specialistiche	**3**

SCALA DI DISABILITÀ COMUNICATIVA

- ❒ **4 Nessuna**: 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 e alle manovre assistenziali
- ❒ **3 Lieve**: 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 e alle manovre assistenziali
- ❒ **2 Moderata**: possono essere scambiate informazioni solo ponendo al paziente domande semplici e per contesto comunicativo strettamente personale ed attuale. Adeguato all'interlocutore ma non riesce a fornire una buona collaborazione alla visita e alle manovre assistenziali
- ❒ **1 Grave**: 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 e alle manovre assistenziali
- ❒ **0 Completa**: pressoché assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni. Non adeguato all'interlocutore e assolutamente non collaborante alle manovre assistenziali

Patologie psichiatriche: ❒ No / ❒ Si
Se sì, specificare ……..
In carico a CPS: ❒ No / ❒ Si
Se sì, specificare ……..
Tentato suicidio: ❒ No / ❒ Si
Se sì, specificare ……..

Alterazioni del comportamento rilevanti
- ❒ Wandering
- ❒ Depressione
- ❒ Agitazione/aggressività
- ❒ Etilismo

Rientro al domicilio
❒ Certo ❒ Probabile ❒ Attivata pratica RSA

Il paziente è affetto da demenza? ❑ No ❑ Si se sì, la diagnosi risale a: ❑ < 3 mesi ❑ < 1 anno ❑ > 1 anno

Disturbi comportamentali e sintomi psichici? ❑ No ❑ Si se sì, da quanto tempo: ❑ vari giorni ❑ mesi ❑ anni

Da compilare solo per profilo demenze

Disturbi comportamentali
- ❑ Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.)
- ❑ Allucinazioni
- ❑ Vagabondaggio o si perde fuori casa
- ❑ Agitazione notturna
- ❑ Inversione ritmo sonno-veglia
- ❑ Aggressività verso sé e/o gli altri
- ❑ Urla o lamentazioni o vocalismi
- ❑ Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica
- ❑ Presenza di disturbi del comportamento alimentare

Confusione
- ❑ Completamente confuso, personalità destrutturata
- ❑ Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe
- ❑ Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio
- ❑ Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente

Irritabilità
- ❑ Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- ❑ Mostra ogni tanto segni di irritabilità,
- ❑ Non mostra segni di irritabilità

Irrequietezza
- ❑ Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
- ❑ Si agita e gesticola durante la conversazione
- ❑ Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

AREA SOCIALE CONDIZIONE SOCIALE

- ❒ **1** supporto sociale presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)
- ❒ **2** parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario)
- ❒ **3** assenza di supporto sociale (vive solo e non sono presenti figure di riferimento)

OBIETTIVI DEL RICOVERO (anche più di uno)

- ❒ stabilizzazione clinico assistenziale ("convalescenza" e monitoraggio funzioni vitali)
- ❒ recupero e miglioramento funzionale – **ALLEGARE PRI**
- ❒ supporto e addestramento del care-giver (nursing riabilitativo e addestramento a device e/o ausili)
- ❒ valutazione e indirizzo alle cure di fine vita (prognosi poco favorevole e approccio palliativo)

AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (ICA)

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Parametri <3 rilevazioni die	2
❒ Parametri ≥3 rilevazioni die	3
❒ Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
❒ Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
❒ Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
❒ Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
❒ Quantità urine	2
2) FUNZIONE RESPIRATORIA	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
❒ Dispnea da sforzo grave	3
❒ Dispnea a riposo	4
❒ Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
❒ Tosse acuta/cronica	3
❒ Parametri <3 rilevazioni die	2
❒ Parametri ≥3 rilevazioni die	3
❒ Ossigenoterapia	3
❒ Necessità di ventiloterapia notturna	3
❒ Presenza di tracheostomia	4
❒ Terapia con nebulizzazioni	3
3) MEDICAZIONI	
❒ Assenza di medicazioni	1
❒ Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2
❒ Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3
❒ Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4
❒ Ferita chirurgica non complicata	2
❒ Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3
❒ Moncone di amputazione da medicare	3
❒ Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
❒ Stomia recente da medicare	3
❒ Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
4) ALIMENTI E IDRATAZIONE	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Prescrizione dietetica	2
❒ Necessità di aiuto per azioni complesse	2
❒ Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
❒ Presenza di disfagia lieve	3
❒ Presenza di disfagia moderata/severa	4
❒ Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)	3
5) ELIMINAZIONE	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Monitoraggio alvo	2
❒ Necessità di clisma	3
❒ Necessità di essere accompagnato al WC	3
❒ Gestione della stomia	3
❒ Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
❒ Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3
❒ Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3

6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
❒ Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
❒ Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4
7) MOVIMENTO	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
❒ Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
❒ Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
❒ Necessità di utilizzare il sollevatore	4
❒ Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
8) RIPOSO E SONNO	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Sonno indotto con farmaci	2
❒ Disturbi del sonno	3
❒ Agitazione notturna costante	4
9) SENSORIO E COMUNICAZIONE	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
❒ Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
❒ Deficit cognitivo lieve	2
❒ Deficit cognitivo moderato	3
❒ Deficit cognitivo grave	4
❒ Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	
❒ Senza aiuto/sorveglianza	1
❒ Apparecchi medicali dal domicilio	2
❒ Rischio caduta medio-alta	4
❒ Uso di mezzi di protezione	4
❒ Attivazione assistente sociale	3
❒ Educazione sanitaria del care-giver	2
❒ Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3

INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	**1**	**2**	**3**	**4**
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione Respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione urinaria ed intestinale				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensori e comunicazione				
Ambiente sicuro/situazione sociale				
Esito di colonna maggiormente rappresentato				
La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO	**1**	**2**	**3**	**4**

Nella scheda ICA compilare tutte le voci dei bisogni rilevati come significativi, nello schema riassuntivo utile a definire il Profilo riportare solo il valore dell'item prevalente. La colonna del numero più rappresentato delinea il Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3, 4)

SCALA CR10 DI BORG

DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio

Percezione della dispnea a riposo:

- Nessun Affanno
- Appena Percepibile
- Molto Lieve
- Lieve
- Moderato
- Moderatamente severo
- Severo
- Molto Severo
- Molto, Molto severo
- .... Insopportabile

Percezione della dispnea sotto sforzo:

- Nessun Affanno
- Appena Percepibile
- Molto Lieve
- Lieve
- Moderato
- Moderatamente severo
- Severo
- Molto Severo
- Molto, Molto severo
- .... Insopportabile

SCALA FSS-ICU

DA COMPILARE SOLO SE OBIETTIVO RICOVERO è Riattivazione e recupero funzionale ad indirizzo neuromotorio O Stabilizzazione clinico assistenziale con supporto e addestramento del care-giver

Rotolamento nel letto:

- Autonomo / 7
- Autonomo, ma si aiuta con le mani /6
- Autonomo, ma va incoraggiato /5
- Minima assistenza /4
- Moderata assistenza /3
- Massima assistenza / 2
- Totalmente dipendente /1
- Non può svolgere il compito /0

Passaggio da supino a seduto:

- Autonomo / 7
- Autonomo, ma si aiuta con le mani /6
- Autonomo, ma va incoraggiato /5
- Minima assistenza /4
- Moderata assistenza /3
- Massima assistenza / 2
- Totalmente dipendente /1
- Non può svolgere il compito /0

Posizione seduta a bordo del letto:

- Autonomo / 7
- Autonomo, ma si aiuta con le mani /6
- Autonomo, ma va incoraggiato /5
- Minima assistenza /4
- Moderata assistenza /3
- Massima assistenza / 2
- Totalmente dipendente /1
- Non può svolgere il compito /0

Passaggio da seduto in piedi:

- Autonomo / 7
- Autonomo, ma si aiuta con le mani /6
- Autonomo, ma va incoraggiato /5
- Minima assistenza /4
- Moderata assistenza /3
- Massima assistenza / 2
- Totalmente dipendente /1
- Non può svolgere il compito /0

Deambulazione:

- Autonomo (= 50m) senza ausili / 7
- Autonomo, (= 50m) con ausili /6
- Autonomo, (= 50m) ma va incoraggiato /5
- Minima assistenza, (= 50m) /4
- Moderata assistenza (= 50m) /3
- Massima assistenza(50m) /2
- Meno di 15 m o aiuto di due persone /1
- Non può svolgere il compito /0

TOTALE: ☐

Data di compilazione ……

Cognome Nome e Firma Infermiere

_____

Cognome Nome e Firma Medico

_____