



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

Cognome e Nome		Data Nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
Residenza In Lombardia <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Cittadino Extra UE <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Invaldit� <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> In corso	Accompagnamento <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> In corso
PROVENIENZA	Ospedale	Reparto	Telefono referente
	Domicilio (indirizzo)		Telefono referente
	Altro (Medico Med, Gen. RSA, Poliambulatorio, ecc.)		Telefono referente
Caregiver/persona di riferimento			Telefono
Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Non necessario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Cognome e telefono	
Evento indice: diagnosi o problema di recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale passibile o meno di ripristino clinico-funzionale.			
Data evento indice:	<input type="checkbox"/> Meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> Meno di 6 mesi <input type="checkbox"/> Meno di un anno		
Comorbidit� significativa: patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso.			
Se posizionato un mezzo di sintesi, specificarne il tipo/materiale (per possibili incompatibilit� in indagini radiologiche/terapie)			
Stato Nutrizionale: <input type="checkbox"/> ADEGUATO <input type="checkbox"/> OBESITA' <input type="checkbox"/> MALNUTRIZIONE			PESO KG:
Patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si :	Specificare	Alterazioni comportamento rilevanti	
In carico a CPS <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si :	Specificare	<input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Agitazione/aggressivit� <input type="checkbox"/> Etilismo	
Tentato suicidio <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si :	Specificare	Rientro al domicilio <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Attivata pratica RSA	



TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.
Farmaco con piano terapeutico:	

AREA CLINICA**VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (SCALA SIC)**

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

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

TERAPIE IN CORSO		ALTRI BISOGNI CLINICI	
<input type="checkbox"/> Assenza di terapie	1	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Terapia solo orale	2	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici standard	2
<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	3
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
		<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3

Il paziente attualmente rimane seduto nel letto senza appoggio per almeno 30 secondi? No / Si

AREA RIATTIVAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE**CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA) – situazione prima dell'Evento**

- 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

Nota:

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.



SCALA DI DISABILITA' 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 pz. 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.

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

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

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.) <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Vagabondaggio o si perde fuori casa <input type="checkbox"/> Agitazione notturna <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia <input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o gli altri <input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi <input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica 	<p>Confusione</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Completamente confuso, personalità destrutturata <input type="checkbox"/> Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe <input type="checkbox"/> Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio <input type="checkbox"/> Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente <p>Irritabilità</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità <input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità, <input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità <p>Irrequietezza</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano <input type="checkbox"/> Si agita e gesticola durante la conversazione <input type="checkbox"/> Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria
---	---

**4 - 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)



Regione Lombardia

AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (ICA)

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
<input type="checkbox"/> Scompensio cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4
<input type="checkbox"/> Scompensio cardiaco classe NYHA 3	3	7) MOVIMENTO	
<input type="checkbox"/> Scompensio cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		<input type="checkbox"/> Mobilitazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore	4
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	8) RIPOSO E SONNO	
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	9) SENSORIO E COMUNICAZIONE	
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
3) MEDICAZIONI		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alta	4
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
4) ALIMENTI E IDRATAZIONE			
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1		
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3		
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3		
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4		
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)	3		
5) ELIMINAZIONE			
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1		
<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3		
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3		
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3		
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2		
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3		
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	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'items prevalente. La colonna del numero più rappresentato delinea il Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3, 4)

Data di compilazione _____

Nome e firma dell'infermiere

Nome e firma del medico



Matrice per la determinazione del profilo di cura

Per ciascuna area sono individuati gli indicatori che permettono la collocazione dell'utente nel profilo corrispondente ai differenti bisogni rilevati nelle aree di assistenza, cura e riattivazione, attraverso il seguente processo decisionale:

1. la valutazione ICA consente una prima suddivisione degli utenti in due ambiti: profili 1 e 2 oppure profili 3 e 4;
2. il punteggio delle successive tre scale (SIC, Rankin e SDC) determina l'individuazione precisa del profilo: confrontando i valori ottenuti con le soglie previste dalla matrice di seguito riportata, viene individuato il profilo più elevato in cui, oltre alla scala ICA, sia verificata almeno una delle successive tre scale.

La classificazione nel profilo 5 – Demenze è determinata dalla presenza di disturbi attivi del comportamento in soggetti con diagnosi già definita di demenza, con manifestazioni che richiedono il ricovero in ambiente protetto.

Indicatore		Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo		<i>Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica</i>	<i>Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con necessità di elevato recupero funzionale</i>
1	Indice di complessità assistenziale (10 Item) I.C.A.	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
2	Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica –SIC)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Alta instabilità (SIC = 3)	Alta instabilità (SIC = 3)
	Rankin pre-evento (dipendenza pre evento)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)
	Scala Disabilità Comunicativa- SDC	Alta disabilità	Bassa disabilità	Alta disabilità	Bassa disabilità

DOMANDA ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA SANITARIA RIABILITATIVA

IL SOTTOSCRITTO, COGNOME NOME

NATO A IL/...../.....

RESIDENTE A

ISCRITTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE TESSERA N° CHIEDE:

“DI ESSERE ACCOLTO IN STRUTTURA SANITARIA RIABILITATIVA CON DEGENZA A TEMPO PIENO”

PARTE RISERVATA AI FAMIGLIARI

IL SOTTOSCRITTO, COGNOME NOME

NATO A IL/...../.....

RESIDENTE A

GRADO DI PARENTELA TEL CELL

E' STATO INFORMATO C H E :

IL RICOVERO È A TERMINE, E SI IMPEGNA A PROVVEDERE AL PROPRIO CONGIUNTO ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE.

Luogo e data Firma

Allegati:

- Certificato di residenza
- Prescrizione del trattamento
- Relazione socio-sanitaria che dimostri l'opportunità del trattamento riabilitativo a degenza piena
- Relazione medica sulle condizioni cliniche e relativa terapia, non antecedente all'ultima settimana

INFORMAZIONE PER I FAMILIARI

Importante

Sull'impegnativa medica deve essere riportata la seguente dicitura:

**"SI RICHIEDE RICOVERO RIABILITAZIONE VILLA
CARPANEDA PER CICLO RIABILITATIVO"**