

VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it



### SCHEDA PROPOSTA RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA' (OdC)

DATI DEL PAZIENTE	
Cognome e nome	Data di nascita/
Domicilio/residenza	
Provenienza	
(1	reparto ospedaliero/MMG/RSA/altro)
Contatti telefonici con la struttura/medi	co inviante
Medico curante	
	(nome e telefono)
Familiare di riferimento/caregiver	
	(nome e grado di parentela/telefono)
Codice fiscale:	

### **SCALA DI VALUTAZIONE NEWS 2**

(Paziente <u>non idoneo</u> se punteggio totale >4 o uno dei parametri con punteggio 3), non proseguire nella compilazione della domanda.

PARAMETRI FISIOLOGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea	≤35.0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma





Capitale sociale i.v.: € 150.000

tel. 02 92853920

Partita IVA - Cod. Fiscale: 01574550339 Iscritta al numero 01574550339 del Reg. delle Imprese - Ufficio di Milano Iscrizione REA MI 1932703





VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it

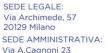


### INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

(Paziente NON idoneo se intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3; non proseguire nella compilazione della domanda.

1. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		2. FUNZIONE RESPIRATORIA	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri < 3 rilevazioni die	2	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
Parametri > 3 rilevazioni die	3	Dispnea da sforzo grave	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Dispnea a riposo	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	Tosse acuta/cronica	3
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	Parametri < 3 rilevazioni die	2
Quantità urine	2	Parametri > 3 rilevazioni die	3
		Ossigenoterapia	3
		Necessità di ventilo terapia notturna	3
		Presenza di tracheotomia	4
		Terapia con nebulizzazioni	3
3. MEDICAZIONI		4. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE	
Assenza di medicazioni	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	Prescrizione dietetica	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	Necessità di aiuto per azioni complesse	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
Ferita chirurgica non complicata	2	Presenza di disfagia lieve	3
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	Presenza di disfagia moderata/severa	4
Moncone di amputazione da medicare	3	Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3		
Stomia recente da medicare	3		
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4		
5. ELIMINAZIONE		6. IGIENE E ABBIGLIAMENTO	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Monitoraggio alvo	2	Necessità di aiuto solo per igiene completa	2
Necessità di clisma	3	Necessità di aiuto cura anche per cura igienica	3
		parziale/vestirsi	
Necessità di essere accompagnato al WC	3	Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
Gestione della stomia	3		
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2		
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo presidi assorbenti 24h/24)	3		
Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3		





SEDE AMMINISTRATIVA: Via A.Cagnoni 23 27058 Voghera (PV) Capitale sociale i.v.: € 150.000







VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it



7. MOVIMENTO		8. SONNO E RIPOSO	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Utilizza in modo autonomo presidi per il movimento	2	Sonno indotto con farmaci	2
Necessità di aiuto costante per la deambulazione	3	Disturbi del sonno	3
Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	Agitazione notturna costante	4
Necessità di usare sollevatore	4		
Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4		

9. SENSORIO E COMUNICAZIONE		10. AMBIENTE SICURO	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	Apparecchi medicali a domicilio	2
Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	Rischio di caduta medio/alto	4
Deficit cognitivo lieve	2	Uso di mezzi di protezione	4
Deficit cognitivo moderato	3	Attivazione assistente sociale	3
Deficit cognitivo grave	4	Educazione sanitaria del care giver	2
Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	Pianificazione dimissione con altre istruzioni	3
11. TERAPIE		12. ALTRI BISOGNI CLINICI	
Assenza di terapia	1	Assenza di altri bisogni clinici	1
Terapia solo orale 1 o 2 volte die	2	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Terapia più di 2 volte die	3	Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti, ecc.) 1 v/die	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti, ecc.) più vv/die	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Antibiotico in infusione continua	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori	4	Necessità di fisioterapia individuale	3
Nutrizione parenterale totale	3	Comorbilità lieve (CIRS-C<3)	2
		Comorbilità severa (CIRS-C≥3)	3
		Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

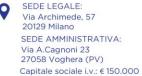
#### Note per la compilazione:

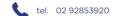
La scheda prevede una compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico. Selezionare per ciascun bisogno il valore corrispondente.

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE, riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il valore assegnato con maggiore frequenza. In caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto.

- Indice 1 Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: intensità assistenziale bassa > NON IDONEO
- Indice 2 Dipendenza minima della persona: intensità assistenziale medio bassa
- Indice 3 Dipendenza elevata della persona: intensità assistenziale medio alta
- indice 4 Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: intensità assistenziale alta > NON IDONEO









VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it

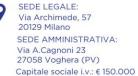


INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE	1	2	3	4
Funzione Cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione e idratazione				
Eliminazione urinaria e intestinale				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensori e comunicazione				
Ambiente sicuro/situazione sociale				
Terapie				
Altri bisogni clinici				
Esito di colonna maggiormente rappresentato – Profilo ICA	NO			NO

#### ATTENZIONE - PROFILI ICA 1 e 4 NON IDONEI - NON PROCEDERE CON LA COMPILAZIONE

ALLERGIE NOTE:	NO
	SI: QUALI











VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it



### CRITERI DI ELEGIBILITÀ:

#### Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;
- > programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2);
- consenso informato del paziente.

### <u>Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:</u>

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- > intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

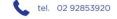
#### **CRITERI DI ESCLUSIONE:**

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 5 o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- > paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3 o bassa = 1;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.)
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti con età minore di 18 anni compiuti.





Capitale sociale i.v.: € 150.000







VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

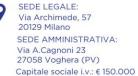
Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it



#### PROVENIENZA - INVIATO DA:

			∐ S	PECIALISTA AMBULA	TORIALE	
☐ PRONTO SOCCORSO	☐ CONTINUITA' ASSISTENZIALE					
$\square$ REPARTO DI DEGENZA			□ A	LTRA STRUTTURA OS	SPEDALIERA	
DIAGNOSI ALLA						
DIMISSIONE E/O						
PATOLOGIE ACUTE:						
(descrizione sintetica)						
COMORBOSITA' O PATOLOGIE CRONICHE:						
CRONICHE.						
(descrizione sintetica)						
OBIETTIVO DELLA RICHIESTA DI F	RICOVERC	PRESS(	O OSPEDALE DI	COMUNITÀ: (uno	o più)	
I I INTERVENTA MEDICA /INTERNATE	りにエにへ へん	ALLIAITIA	TIVO NON ECECI	UDULE A DOMICULO		
☐ INTERVENTO MEDICO/INFERMIEI					TTING ASSISTENTIALE	
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER	ISTICA IN A	ATTESA D	I TRASFERIMENT		TTING ASSISTENZIALE	
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER ☐ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE	ISTICA IN A PAZIENTE	ATTESA D O CAREG	DI TRASFERIMENT GIVER		TTING ASSISTENZIALE	
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER	ISTICA IN A PAZIENTE	ATTESA D O CAREG	DI TRASFERIMENT GIVER		TTING ASSISTENZIALE	
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER ☐ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE	istica in <i>A</i> Paziente Zato al Ri	ATTESA D O CAREG ENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO	O PRESSO ALTRO SE	TTING ASSISTENZIALE	
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER ☐ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE ☐ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA	ISTICA IN A PAZIENTE ZATO AL RI	ATTESA D O CAREG ENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO cm	O PRESSO ALTRO SE		
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER ☐ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE ☐ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ	istica in <i>A</i> Paziente Zato al Ri	ATTESA D O CAREG ENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO	O PRESSO ALTRO SE	TTING ASSISTENZIALE	
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER ☐ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE ☐ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA	ISTICA IN A PAZIENTE ZATO AL RI  Kg  □NO	O CAREGENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO cm	O PRESSO ALTRO SE		
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA	ISTICA IN A PAZIENTE ZATO AL RI  Kg  □NO	O CAREGENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO cm L/min:	O PRESSO ALTRO SE		
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA	ISTICA IN A PAZIENTE ZATO AL RI  Kg  □NO	O CAREGENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO cm L/min:	O PRESSO ALTRO SE	□ Maschera	
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA  STOMIA	ISTICA IN A PAZIENTE ZATO AL RI  Kg  □NO  □NO	O CAREGENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO  cm  L/min:  TIPO (ileo, color	O PRESSO ALTRO SE	□ Maschera	
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA  STOMIA	ISTICA IN A PAZIENTE ZATO AL RI  Kg  □NO  □NO	O CAREGENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO  cm  L/min:  TIPO (ileo, color	O PRESSO ALTRO SE	□ Maschera	
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA  STOMIA  NUTRIZIONE PARENTERALE	KgNO	O CAREGENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO  cm  L/min:  TIPO (ileo, color	O PRESSO ALTRO SE	☐ Maschera	
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA  STOMIA  NUTRIZIONE PARENTERALE	KgNO	O CAREGENTRO A	OI TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO  cm  L/min:  TIPO (ileo, color	O PRESSO ALTRO SE	☐ Maschera	
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA  STOMIA  NUTRIZIONE PARENTERALE  NUTRIZIONE ENTERALE	KgNO	O CAREGENTRO A	TIPO (ileo, color	O PRESSO ALTRO SE	☐ Maschera	
□ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIER □ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE □ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZ  PESO E ALTEZZA  OSSIGENOTERAPIA  STOMIA  NUTRIZIONE PARENTERALE  NUTRIZIONE ENTERALE	KgNO	O CAREGENTRO A	TRASFERIMENT GIVER AL DOMICILIO  cm L/min:  TIPO (ileo, color)  SI  SI  Midline	O PRESSO ALTRO SE	☐ Maschera ☐ SNG RO:	











VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

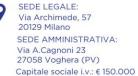
Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it



### **TERAPIA FARMACOLOGICA**

Nome del farmaco (nome commerciale o principio attivo dosaggio e forma farmaceutica)	Via di Somministrazione	Posologia (Dose e frequenza di assunzione )
TERAPIE NON CONVENZIONALI (fitote PRESCRIZIONI OFF LABEL  AN	erapici, omeopatici, integratori)  IAMNESI INFETTIVOLOGICA	□NO □ SI
PRECEDENTE INFEZIONE DA COVID: [ VACCINAZIONE COVID:  SOLO CICL	□NO □ SI (DATE PERIODO DI P .O PRIMARIO □BOOSTER/ADD	
n.b. ESEGUIRE TAMPO	ONE ANTIGENICO NELLE 24H PRE	CEDENTI INGRESSO
PATOLOGIA PSICHIATRICA	Specificare:	
□ no □ si		
in compenso $\square$ no $\square$ si		
In carico al CPS: □no □ si	Specificare:	
IL PAZIENTE E' AFFETTO DA  DEMENZA?	la diagnosi risale a: <3 mesi <1	anno >1 anno











VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

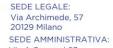
Telefono: 02 47952002

Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it

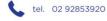


DISTURBI DEL COMPORTAMENTO	Disturbi del comportamento:
e SINTOMI PSICHICI	☐ deliri (persecutori, di gelosia)
	☐ allucinazioni
$\square$ no (pensa in modo chiaro, tiene	☐ vagabondaggio o si perde fuori casa
normali contatti con l'ambiente)	☐ agitazione notturna
☐ si, insorti da:	☐ inversione ritmo sonno-veglia
☐ vari giorni	☐ aggressività verso sé e/o gli altri
☐ mesi	urla o lamentazioni o vocalismi
□ anni	negli ultimi 6 mesi sono stati utilizzati mezzi di protezione fisica
	presenza di disturbi del comportamento alimentare
Specificare nell'elenco a fianco quali	Confusione
disturbi del comportamento presenta	$\square$ completamento confuso, personalità destrutturata
>	$\square$ confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe
	$\square$ incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo e nello spazio
	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
INDICATORI SOCIALI	
INDICATORI SOCIALI	Invalidità civile: ☐ SI (specificare %) ☐ NO ☐ in corso
	Indennità di accompagnamento: ☐ sì ☐ no ☐ in corso
	<b>Legge 104/92:</b> □ SI □ no □ presentata, in attesa di esito
	Servizi già attivi al domicilio: □SAD □ ADI □misure welfare (B1, B2, RSA
	Aperta):
	Paziente già seguito dal Servizio Sociale ☐ SI: ☐ Comune ☐ Ospedale
	□ no
	Amministratore di Sostegno/Tutore legale :
	☐si (nominativo e recapito telefonico)
	□no □ in corso





SEDE AMMINISTRATIVA: Via A.Cagnoni 23 27058 Voghera (PV) Capitale sociale i.v.: € 150.000







Data controllo

## OSPEDALE DI COMUNITÀ LIMBIATE

VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)

Telefono: 02 47952002

Email: odc.limbiate@gruppogheron.it PEC: gheron.lombardia@legalmail.it

Tipologia controllo (diagnostica, visita specialistica, etc)



# CONTROLLI PROGRAMMATI PRIMA DELL'INGRESSO DA ESEGUIRE DURANTE I 30 GIORNI DI DEGENZA:

	OUTCOME PREVISTO	
☐ RIENTRO AL DOMICILIO ☐ AVVIATA PRATICA PER RICOVE ☐ IN ATTESA DI TRASFERIMENTO	ERO IN RSA o IN ALTRA STRUTTURA RESIDENZIALE O PRESSO CURE INTERMEDIE	
Se già contattata una struttura se	egnalare i riferimenti:	
DATA COMPILAZIONE:/	/	
MEDICO COMPILATORE:	n. telefono di riferimento	



