GRUPPO GHERON
Ci prendiamo cura delle persone.

OSPEDALE DI COMUNITÀ LIMBIATE
VIA TRIESTE, 129 - 20812 LIMBIATE (MB)
Telefono: 02 47952002
Email: odc.limbiate@gruppogheron.it
PEC: gheron.lombardia@legalmail.it

OSPEDALE diCOMUNITÀ LIMBIATE

SCHEDA PROPOSTA RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA' (OdC)

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome _____ Data di nascita _____/_____/_____

Domicilio/residenza _____

Provenienza _____
(reparto ospedaliero/MMG/RSA/altro….)

Contatti telefonici con la struttura/medico inviante _____

Medico curante _____
(nome e telefono)

Familiare di riferimento/caregiver _____
(nome e grado di parentela/telefono)

Codice fiscale: _____

SCALA DI VALUTAZIONE NEWS 2

(Paziente non idoneo 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

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 parziale/vestirsi	3
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		

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**

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 _____

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.

Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- 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.

PROVENIENZA – INVIATO DA:

☐ MMG – INFERMIERE DI FAMIGLIA
☐ PRONTO SOCCORSO
☐ REPARTO DI DEGENZA
☐ SPECIALISTA AMBULATORIALE
☐ CONTINUITA' ASSISTENZIALE
☐ ALTRA STRUTTURA OSPEDALIERA

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE E/O PATOLOGIE ACUTE: *(descrizione sintetica)*	
COMORBOSITA' O PATOLOGIE CRONICHE: *(descrizione sintetica)*	

OBIETTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO OSPEDALE DI COMUNITÀ: (uno o più)

☐ INTERVENTO MEDICO/INFERMIERISTICO CONTINUATIVO NON ESEGUIBILE A DOMICILIO
☐ ASSISTENZA MEDICO/INFERMIERISTICA IN ATTESA DI TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO SETTING ASSISTENZIALE
☐ ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE PAZIENTE O CAREGIVER
☐ RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZATO AL RIENTRO AL DOMICILIO

PESO E ALTEZZA	Kg _____ cm _____
OSSIGENOTERAPIA	☐NO ☐SI: L/min: ☐Occhialini ☐ Maschera
STOMIA	☐NO ☐SI TIPO (ileo, colon, nefro, ecc):
NUTRIZIONE PARENTERALE	☐NO ☐ SI Tipo: _____
NUTRIZIONE ENTERALE	☐NO ☐ SI ☐ PEG ☐ SNG
ALTRI PRESIDI/DEVICE	☐CVC ☐ Midline ☐ Picc ALTRO:
CV	☐NO ☐ SI DATA ULTIMO CAMBIO PRESIDIO:

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 (fitoterapici, omeopatici, integratori) ☐NO ☐ SI

PRESCRIZIONI OFF LABEL ☐ NO ☐ SI

ANAMNESI INFETTIVOLOGICA

PRECEDENTE INFEZIONE DA COVID: ☐NO ☐ SI (DATE PERIODO DI POSITIVITA'):

VACCINAZIONE COVID: ☐ SOLO CICLO PRIMARIO ☐BOOSTER/ADDIZIONALI EFFETTUATE

☐NON VACCINATO ☐ ESONERATO DATA ULTIMA SOMMINISTRAZIONE: ____/____/____

n.b. ESEGUIRE TAMPONE ANTIGENICO NELLE 24H PRECEDENTI INGRESSO

PATOLOGIA PSICHIATRICA ☐ no ☐ si in compenso ☐ no ☐ si	Specificare:	
In carico al CPS: ☐no ☐ si	Specificare:	
IL PAZIENTE E' AFFETTO DA DEMENZA? ☐ no ☐ si	la diagnosi risale a: ☐<3 mesi ☐ <1 anno ☐ >1 anno	

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO e SINTOMI PSICHICI ☐ no (pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente) ☐ si, insorti da: ☐ vari giorni ☐ mesi ☐ anni *Specificare nell'elenco a fianco quali disturbi del comportamento presenta* -->	**Disturbi del comportamento:** ☐ deliri (persecutori, di gelosia..) ☐ 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 utilizzati mezzi di protezione fisica ☐ presenza di disturbi del comportamento alimentare **Confusione** ☐ completamento confuso, personalità destrutturata ☐ confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe ☐ 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	**Invalidità civile:** ☐ SI (specificare %_____) ☐ NO ☐ in corso **Indennità di accompagnamento:** ☐ sì ☐ no ☐ in corso **Legge 104/92:** ☐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

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

Data controllo	Tipologia controllo (diagnostica, visita specialistica, etc)

OUTCOME PREVISTO

☐ RIENTRO AL DOMICILIO
☐ AVVIATA PRATICA PER RICOVERO IN RSA o IN ALTRA STRUTTURA RESIDENZIALE
☐ IN ATTESA DI TRASFERIMENTO PRESSO CURE INTERMEDIE

Se già contattata una struttura segnalare i riferimenti:

_____
_____
_____
_____

DATA COMPILAZIONE: _____ / _____ / _____

MEDICO COMPILATORE: _____ n. telefono di riferimento _____