



RegioneLombardia

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

Cognome e Nome	Data Nascita	Sesso
		<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
Domicilio (indirizzo abitazione o struttura residenziale)	telefono	
Residente in Lombardia: <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Invalidità: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In corso
Cittadino Extra UE : <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Accompagnamento: <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In corso
Inviaente		
<input type="checkbox"/> Ospedale	telefono	
Reparto	
Referente	
<input type="checkbox"/> Altro (Riportare nominativo e qualifica medico med. gen., medico RSA, medico specialista, ecc.)	telefono	
Caregiver/persona di riferimento		
Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Non necessario	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)		
AREA CLINICA VALUTAZIONE DI INSTABILITÀ CLINICA (SCALA SIC)		
<input type="checkbox"/> 0 STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale		
<input type="checkbox"/> 1 MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano		
<input type="checkbox"/> 2 MODERATAMENTE INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno		
<input type="checkbox"/> 3 INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre quello previsto di routine)		
<u>Legenda:</u> 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		
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)		
.....		
.....		
.....		
Data evento indice se individuabile:		
Altrimenti specificare il periodo: <input type="checkbox"/> meno di 3 mesi <input type="checkbox"/> meno di 6 mesi <input type="checkbox"/> 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)		
.....		



RegioneLombardia

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*

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

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
- **Se in ossigenoterapia, in atto svezzamento:** SI NO
- **Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento:** SI NO
- **Se cannula tracheale, in atto 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**

<input type="checkbox"/> Assenza di terapie	1
<input type="checkbox"/> Terapia solo orale	2
<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo	3
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3
<input type="checkbox"/> Trattamento dialitico attivo	3

ALTRI BISOGNI CLINICI

<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici standard	2
<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	3
<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> 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 sì/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: <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare	Alterazioni del comportamento rilevanti <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Agitazione/aggressività <input type="checkbox"/> Etilismo
In carico a CPS: <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare	
Tentato suicidio: <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare	Rientro al domicilio <input type="checkbox"/> Certo <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> 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 dubioso, 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 familiari, 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
- 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)



RegioneLombardia

AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITÀ 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"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3		
<input type="checkbox"/> Scompenso 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		7) MOVIMENTO	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore	4
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<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		
<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
		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
3) MEDICAZIONI		8) RIPOSO E SONNO	
<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		
<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, infusione)	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		9) SENSORIO E COMUNICAZIONE	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o P EG recente)	3		
5) ELIMINAZIONE		10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alta	4
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3
<input type="checkbox"/> Inkontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE			
	1	2	3
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

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)

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, Ranking 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
<i>Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo</i>		<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