

	OSPEDALE DI COMUNITA' SCHEDA DI SEGNALAZIONE RICOVERO	M	
			01

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER RICOVERO

→ inviare all'indirizzo email: odc@cof.it

ANAGRAFICA PAZIENTE		
COGNOME e NOME		
DATA DI NASCITA		
SESSO	<input type="checkbox"/> MASCHIO <input type="checkbox"/> FEMMINA	
RESIDENZA (specificare se paziente senza fissa dimora)		
PERSONA DI RIFERIMENTO/CAREGIVER (Cognome e Nome)		TELEFONO
MMG		TELEFONO

Gli Ospedali di Comunità sono un'unità di offerta sanitaria di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, erogate sulla base di una valutazione multidimensionale della persona da assistere, attraverso un piano integrato e individualizzato di cura. I Pazienti candidabili non devono necessitare più di assistenza ospedaliera per acuti e devono presentare problemi o esiti che si possono risolvere in un periodo limitato di tempo (15-30 giorni).

CRITERI DI INCLUSIONE

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 (anche UCA o EVM);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (scala SIC)
- 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 (SIC punteggio minore di 2);
- 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 SIC ≥ 2);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3 ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;

	OSPEDALE DI COMUNITA' SCHEDA DI SEGNALAZIONE RICOVERO	M	
			01

- 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 pediatrici.

VALUTAZIONE DI INSTABILITA' CLINICA (SIC)

Mettere una X a fianco della voce prescelta

0	Paziente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale bisettimanale)	
1	Paziente moderatamente stabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale più volte alla settimana)	
2	Paziente moderatamente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale quotidiano)	
3	Paziente instabile (monitoraggio medico/infermieristico e strumentale che prevede almeno un secondo accesso quotidiano oltre a quello di routine)	

**SE IL PUNTEGGIO SIC E' UGUALE o SUPERIORE A 2
NON CONTINUARE LA COMPILAZIONE- PAZIENTE NON ELEGGIBILE**

PROVENIENZA – INVIATO DA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MMG – INFERMIERE DI FAMIGLIA | <input type="checkbox"/> SPECIALISTA AMBULATORIALE |
| <input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO | <input type="checkbox"/> CONTINUITA' ASSISTENZIALE |
| <input type="checkbox"/> REPARTO DI DEGENZA | <input type="checkbox"/> ALTRA STRUTTURA OSPEDALIERA |

OSPEDALE	
REFERENTE CLINICO	
TELEFONO DI RIFERIMENTO	
PAZIENTE DIMISSIBILE DAL	

MOTIVO DEL RICOVERO

PATOLOGIA PRINCIPALE <i>(descrizione sintetica)</i>	
---	--

	OSPEDALE DI COMUNITA' SCHEDA DI SEGNALAZIONE RICOVERO	M	
			01

COMORBILITA' <i>(descrizione sintetica)</i>	
---	--

OBIETTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO OSPEDALE DI COMUNITÀ	
<input type="checkbox"/>	INTERVENTO INFERMIERISTICO CONTINUATIVO NON ESEGUIBILE A DOMICILIO
<input type="checkbox"/>	ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN ATTESA DI TRASFERIMENTO PRESSO ALTRO SETTING ASSISTENZIALE
<input type="checkbox"/>	ADDESTRAMENTO/EDUCAZIONE PAZIENTE O CAREGIVER
<input type="checkbox"/>	RECUPERO FUNZIONALE FINALIZZATO AL RIENTRO AL DOMICILIO
PESO E ALTEZZA	Kg _____ altezza in cm _____ BMI: _____
OSSIGENOTERAPIA	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> O2 Liquido <input type="checkbox"/> O2 Gassoso <input type="checkbox"/> L/min _____
STOMIA	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TIPOLOGIA (ileo, colon, nefro,): _____
NUTRIZIONE ENTERALE NUTRIZIONE PARENTERALE	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> DATA ULTIMO CAMBIO RESIDIO: _____
ALTRI PRESIDI/DEVICE	CVC <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Picc <input type="checkbox"/> ALTRO: _____
CV	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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)

	OSPEDALE DI COMUNITA' SCHEDA DI SEGNALAZIONE RICOVERO	M	
			01

TERAPIE NON CONVENZIONALI (fitoterapici, omeopatici, integratori) NO SI

PRESCRIZIONI OFF LABEL NO SI

ANAMNESI INFETTIVOLOGICO- VACCINALE

PRECEDENTE INFEZIONE DA COVID: SI NO

VACCINAZIONE COVID: SI NO

VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE SI NO

ALTRE VACCINAZIONI EFFETTUATE

ALTRE VACCINAZIONI CONSIGLIATE DA EFFETTUARE

ESAMI CULTURALI	DATA	TIPOLOGIA	LOCALIZZAZIONE

ESEGUIRE TAMPONE MOLECOLARE NELLE 24H PRECEDENTI INGRESSO

ALTRE INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

PATOLOGIA PSICHIATRICA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Specificare:	
In carico al CPS: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Specificare:	
PRESENZA DI DEMENZA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	la diagnosi risale a:	<3 mesi <input type="checkbox"/> <1 anno <input type="checkbox"/> >1 anno <input type="checkbox"/>

	OSPEDALE DI COMUNITA' SCHEDA DI SEGNALAZIONE RICOVERO	M	
			01

<p>DISTURBI DEL COMPORTAMENTO e SINTOMI PSICHICI</p> <p><input type="checkbox"/> no (pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente)</p> <p>si, insorti da:</p> <p style="padding-left: 40px;">vari giorni</p> <p style="padding-left: 40px;">mesi</p> <p style="padding-left: 40px;">anni</p> <p><i>Specificare nell'elenco a fianco quali disturbi del comportamento presenta --></i></p>	<p>Disturbi del comportamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> deliri (persecutori, di gelosia..) <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 utilizzati mezzi di protezione fisica <input type="checkbox"/> presenza di disturbi del comportamento alimentare <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 e nello spazio <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
<p>INDICATORI SOCIALI</p>	<p>Invalidità civile: <input type="checkbox"/> SI (specificare % _____) <input type="checkbox"/> NO pratica in corso</p> <p>Indennità di accompagnamento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> pratica in corso <input type="checkbox"/></p> <p>Legge 104/92: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> presentata, in attesa di esito <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Servizi già attivi al domicilio: SAD <input type="checkbox"/> C DOM <input type="checkbox"/> IFeC <input type="checkbox"/></p> <p>misure welfare: B1, B2, RSA Aperta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Paziente già seguito dal Servizio Sociale SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se sì Comune <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/></p> <p>Amministratore di Sostegno/Tutore legale :</p> <p><input type="checkbox"/> SI (nominativo e recapito telefonico _____)</p> <p><input type="checkbox"/> NO pratica in corso</p>

	<p style="text-align: center;">OSPEDALE DI COMUNITA' SCHEDA DI SEGNALAZIONE RICOVERO</p>	M	
			01

INDICE DI INTENSITA	' ASSISTENZIALE (IIA)
---------------------	-----------------------

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)

11) TERAPIE

- Assenza terapie (1)
- Terapia solo orale 1 o 2 volte/die (2)
- Terapia più di 2 volte/die (3)
- Trattamento infusivo 1/die (antibiotici, elettroliti) (2)
- Trattamento infusivo più volte die (3)
- Antibiotico in infusione continua (3)
- Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori (4) Nutrizione parenterale totale (3)

12) ALTRI BISOGNI CLINICI

- Assenza di altri bisogni clinici (1)
- Monitoraggio settimanale ematochimici (2)
- Monitoraggio plurisett. ematochimici (3)
- Necessità di consulenze specialistiche (3)
- Necessità di follow-up strumentale (3)
- Necessità di fisioterapia di gruppo (2)
- Necessità di fisioterapia individuale (3)
- Comorbilità lieve (CIRS-C<3) (2)
- Comorbilità severa (CIRS-C=3) (3)
- Necessità di educazione sanitaria al pz. (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 (anche scelta multipla).

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**
- 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"**

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				

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:

NOTE CLINICHE

DATA COMPILAZIONE: _____

MEDICO COMPILATORE: _____

ESITO VALUTAZIONE (a cura del personale dell'ODC)

- IDONEO
- NON IDONEO
- RICHIESTA INFORMAZIONI AGGIUNTIVE (specificare _____)

DATA INGRESSO PREVISTA: