



ALLEGATI AL CAPITOLATO TECNICO

(art. 19 del Capitolato Tecnico)

PROCEDURA APERTA SOTTO SOGLIA COMUNITARIA PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI UN SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELLA RETE INTEGRATA PER LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA TRA LE STRUTTURE OSPEDALIERE DI RICOVERO E CURE E LE STRUTTURE DI RICOVERO DELLA RETE TERRITORIALE DI ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO E RELATIVA MANUTENZIONE



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

PRESIDIO OSPEDALIERO: _____

AREA DI DEGENZA: _____

Percorso selezionato:

- Cure Intermedie ex Post Acuta
- Cure Intermedie ex Riabilitazione
- Riabilitazione Ospedaliera (Specialistica / Generale geriatrica)
- Subacute

Motivazione:

DIMISSIBILE DAL: __/__/__

Paziente	
Richiesta numero	
Indice di Intensità Assistenziale (IIA)	
IIA ricalcolato da Struttura Erogatrice	

A. STRUTTURA DI DESTINAZIONE

SCELTA EROGATORE: PREFERENZA DELL'UTENTE/FAMIGLIA

È possibile segnalare fino a tre preferenze. L'istituto preferito sarà indicato con 1.

Denominazione e indirizzo dell'istituto	Punteggio

B. STRUTTURA INVIANTE

Struttura Inviante: _____ Inizio Ricovero Ospedaliero: __/__/__

Area di Degenza:

<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Malattie infettive
<input type="checkbox"/> Medicina	<input type="checkbox"/> Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Oncologia	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Riabilitazione specialistica
<input type="checkbox"/> Subacuta	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Altro		

Reparto: _____

Responsabili del percorso di cura del paziente

Medico: _____ Infermiere: _____

Tel1: _____ Tel2: _____ Tel3: _____

Email1: _____

Email2: _____

C. ANAGRAFICA UTENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il __/__/__

Tessera sanitaria _____ Codice Fiscale _____

Stato civile _____

Domicilio _____

Residenza _____

Residente in Lombardia SI NO

Cittadino Extra UE SI NO

STP SI NO

Invalidità SI NO In corso (data richiesta __/__/__)

Accompagnamento SI NO In corso (data richiesta __/__/__)

MMG _____

Il paziente/caregiver ha dato il consenso al trasferimento? SI NO

Consenso allegato? SI NO

Firma leggibile

D. CARE GIVER/PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome e nome _____

Telefono _____

Parentela/rapporto _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO NON NECESSARIO SI NO

Nominativo e telefono _____

E. AREA SOCIALE

Scegliere una sola opzione.

<input type="checkbox"/>	1 Supporto sociale presente	Vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	3 Assenza di supporto sociale	Vive solo e non sono presenti figure di riferimento

Rientro a domicilio

Certo

Probabile

Attivata pratica RSA

con retta a carico Utente/Famiglia Comune

RSA in cui è stata presentata la domanda: _____

Data di presentazione della domanda: __/__/____ non obbligatorio

F. AREA DIAGNOSI e motivo del trasferimento

Evento Indice – evento che ha determinato il ricovero in ospedale

Data dell'eventuale intervento chirurgico / /

Mezzo di sintesi

Non rilevante

Se posizionato un mezzo di sintesi specificarne il tipo/materiale per possibili incompatibilità in indagini radiologiche o terapie:

Carico concesso

No

Sì

Parziale _____

Con ausili _____

Altro _____

Comorbilità

1	Cardiaca (solo cuore)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
2	Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
3	Vascolare (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
4	Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
6	Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
7	Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	1	2	3	4	5

	Diagnosi					
8	Epatiche (solo fegato)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
9	Renali (solo rene)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
10	Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
11	Sistema Muscolo-Scheletrico-Cute (muscoli, scheletro, legamenti)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
12	Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
13	Endocrine-Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
14	Psichiatrico-Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					

Legenda

- 1 – Assente: nessuna compromissione di organo/sistema
- 2 – Lieve: la compromissione d’organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
- 3 – Moderato: la compromissione d’organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture)
- 4 – Grave: la compromissione d’organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- 5 – Molto grave: la compromissione d’organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)

Paziente oncologico SI NO

Obiettivi del ricovero (richiesta di trasferimento) (anche più di uno)

- Stabilizzazione clinico/assistenziale (“convalescenza” e monitoraggio funzioni vitali)
- Riabilitazione
- Recupero e miglioramento funzionale
- Supporto e addestramento del caregiver (nursing riabilitativo e addestramento a device e/o ausili)
- Valutazione e indirizzo alle cure di fine vita (prognosi poco favorevole e approccio palliativo)
- Altro

Controlli / Prestazioni già programmate e prenotate per il post dimissione

Tipologia di prestazione	Data di effettuazione prevista

G. AREA VALUTAZIONE CLINICA

Valutazione della instabilità clinica (SCALA SIC) – scegliere una sola opzione

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

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

Scala della disabilità comunicativa - SDC

scegliere una sola opzione

- 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 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: pressochè assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni. Non adeguato all'interlocutore e assolutamente non collaborante alle manovre assistenziali

Linguaggio

- Normale
 Afasia Motoria
 Afasia Sensitiva
 Disartria
 Altro _____

Vista

- Normale Cecità Altro _____

Udito

- Normale Ipoacusia Altro _____

Cute

- Integra
 Lesioni da Decubito sedi _____
 Lesioni Vascolari sedi _____
 Ferita chirurgica sedi _____

Dati di respirazione

Respiro autonomo da >48 ore (anche con ossigenoterapia)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
BPCO preesistente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Paziente in ossigenoterapia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Parametri vitali

Temperatura corporea _____ °C	Data __/__/__
Frequenza cardiaca _____ att/min	Data __/__/__
Frequenza respiratoria _____ att/min	Data __/__/__

Stato nutrizionale

- Peso(kg) _____
 Adeguato
 Obesità

Malnutrizione

Circonferenza polpaccio <31cm ≥31cm

H. AREA VALUTAZIONE DEMENZA

Demenza SI NO

Se si, tipologia _____

Se si, la diagnosi risale a >3 mesi <1 anno >1 anno

MMSE: No Si (punteggio _____) Altro _____

Alterazioni del comportamento rilevanti

- Wandering
- Depressione
- Agitazione/aggressività
- Etilismo

Disturbi comportamentali e sintomi psichici SI NO

Se si, da quanto tempo vari giorni mesi anni

Da compilare solo se **profilo demenze**

Disturbi comportamentali	Confusione
<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 se 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 <input type="checkbox"/> Presenza di disturbi del comportamento alimentare	<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
	Irritabilità
	<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
	Irrequietezza
	<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

I. AREA PATOLOGIE PSICHIATRICHE

Patologie psichiatriche SI NO

Se si, specificare _____

Se si, in compenso SI NO

In carico a CPS SI NO

Se si, specificare _____

Tentato suicidio SI NO

Se si, specificare _____

J. FARMACI ALLA DIMISSIONE

Farmaci prescritti/somministrati in ospedale

Nome del farmaco	Via di somministrazione <i>(scelta tra EV, OS, Altro)</i>	Dosaggio	Posologia

Farmaci assunti abitualmente dal paziente

Nessuno

Nome del farmaco	Via di somministrazione <i>(scelta tra EV, OS, Altro)</i>	Dosaggio	Posologia

Farmaci con piano terapeutico

Nessuno

Nome del farmaco	Via di somministrazione <i>(scelta tra EV, OS, Altro)</i>	Dosaggio	Posologia

K. AREA TERAPIA RIABILITATIVA

Ha svolto attività riabilitativa / fisioterapica durante la degenza in reparto?

SI NO

Se si, illustrare gli obiettivi riabilitativi

L. AREA AUSILI PRESIDI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ausili Per Il Movimento

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Bastone/Gruccia <input type="checkbox"/> Arto artificiale <input type="checkbox"/> Carrozzina
-----------------------------	--

Gestione Incontinenza

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Ano artificiale
-----------------------------	---

Gestione Diabete

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Solo dieta <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> Insulina
-----------------------------	---

Alimentazione Artificiale

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Parenterale parziale <input type="checkbox"/> NPT
-----------------------------	---

Insufficienza Respiratoria

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ossigeno gassoso <input type="checkbox"/> Ossigeno liquido <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ventilatore
-----------------------------	--

Dialisi

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale
-----------------------------	--

Circolo

<input type="checkbox"/> No	CVC: Tipo _____ Data _____	CVP: Tipo _____ Data _____	Altro _____
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------

Cute: Presidi Anti Decubito

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Materasso anti decubito <input type="checkbox"/> Cuscino anti decubito <input type="checkbox"/> Medicazioni semplici <input type="checkbox"/> Medicazioni avanzate
-----------------------------	--

M. SEZIONE SPECIFICA CURE INTERMEDIE

Condizione funzionale pre-morbosa (RANKIN MODIFICATA)

Riferita alla condizione precedente l'evento indice – scegliere una sola opzione

- 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

Controllo del tronco (con riferimento al Trunk Control Test – è consentito scegliere una sola opzione)

- Nessun controllo
- 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

Verticalizzazione SI NO

Respirazione

Se ossigenoterapia, in atto svezzamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se cannula tracheale, in atto rimozione

SI NO

Terapie e altri bisogni

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"/> Trattamento dialitico attivo	3	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3

Indice di Intensità Assistenziale

Funzione Cardiocircolatoria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni/die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die 3 <input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urine 2 	Funzione Respiratoria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 4 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4 <input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3 	Medicazioni <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2) 2 <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"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico; ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4
Alimentazione ed idratazione <ul style="list-style-type: none"> <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 PEG recente) 3 	Eliminazione <ul style="list-style-type: none"> <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/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza 3 	Igiene ed abbigliamento <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4
Movimento <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione 3 <input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3 <input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore 4 <input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto 4 	Riposo e sonno <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4 	Sensorio e Comunicazione <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve 2 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave 4 <input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività 4
Ambiente sicuro/situazione sociale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio 2 <input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto 4 <input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione 4 		

<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3		
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2		
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3		

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
Esito di colonna maggiormente rappresentato				
La valutazione ICA 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'item prevalente. La colonna del numero più rappresentato delinea il Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3, 4)

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</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con</i>

			<i>necessità di recupero funzionale</i>	<i>necessità di recupero funzionale</i>	<i>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

Relazione sociale

Da compilare solo se "ex Post Acuta"

Indice di Intensità Assistenziale – Compilato da Struttura Ricevente

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Funzione Cardiocircolatoria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Quantità urine</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </tbody> </table>	Funzione Cardiocircolatoria		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die	2	<input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die	3	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Funzione Respiratoria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dispnea a riposo</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	Funzione Respiratoria		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato	2	<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Medicazioni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Medicazioni		<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2	<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"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
Funzione Cardiocircolatoria																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2																																																																			
Funzione Respiratoria																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3																																																																			
Medicazioni																																																																				
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2																																																																			
<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"/> Ferita chirurgica non complicata	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Alimentazione ed idratazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata-severa</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	Alimentazione ed 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 PEG recente)	3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Eliminazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di clisma</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Gestione della stomia</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	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/24)	3	<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Igiene ed abbigliamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Igiene ed abbigliamento		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4																						
Alimentazione ed 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 PEG recente)	3																																																																			
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/24)	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3																																																																			
Igiene ed abbigliamento																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Movimento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Movimento		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Riposo e sonno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Disturbi del sonno</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Riposo e sonno		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Sensorio e Comunicazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Sensorio e Comunicazione		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4																										
Movimento																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4																																																																			
Riposo e sonno																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4																																																																			
Sensorio e Comunicazione																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Ambiente sicuro/situazione sociale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	Ambiente sicuro/situazione sociale		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3																																																				
Ambiente sicuro/situazione sociale																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3																																																																			

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
Esito di colonna maggiormente rappresentato				
La valutazione ICA 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'item prevalente. La colonna del numero più rappresentato delinea il Profilo Assistenziale del paziente (Profilo 1, 2, 3, 4)

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</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con necessità di elevato</i>

			<i>funzionale</i>	<i>funzionale</i>	<i>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

Setting riabilitativo consigliato

<input type="checkbox"/> R. Specialistica	<input type="checkbox"/> Unità GCA	<input type="checkbox"/> Unità Spinale	<input type="checkbox"/> R. Generale e Geriatrica
<input type="checkbox"/> R. Mantenimento	<input type="checkbox"/> R. Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> MAC	<input type="checkbox"/> Residenziale RSA/RSD
<input type="checkbox"/> Centro Diurno	<input type="checkbox"/> R. Domiciliare		
	<input type="checkbox"/> Non attuali indicazioni riabilitative	<input type="checkbox"/> Solo necessità assistenziali	

Note:

P.R.I. consigliato a medio termine

Aree di intervento (P.R.I.)

Scala Barthel

SCALA BARTHEL/INDICE: _____	Dipendenza completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosuff
Igiene personale	0	1	3	4	5
Bagno-Doccia (lavarsi)	0	1	3	4	5
Alimentazione	0	2	5	8	10
Abbigliamento	0	2	5	8	10
Continenza intestinale	0	2	5	8	10
Continenza urinaria	0	2	5	8	10
Trasferimenti letto-sedia	0	3	8	12	15
Toilette servizi	0	2	5	8	10
Scale	0	2	5	8	10
Deambulazione	0	3	8	12	15
Uso della carrozzina (alternativo a deambulazione)	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ oppure

Punteggio FIM _____

Scala A.S.I.A.

Da compilare solo in caso di mielopatia

A B C D E

Scala GLASGOW

Da compilare solo in caso di cerebropatia

____/____/____

O. SEZIONE SPECIFICA SUBACUTI

Prognosi

Dati di respirazione

Ossigeno terapia L/min _____	SaO2 _____ %	Data __/__/__
CO2 _____ mmHg	Data __/__/__	PO2 _____ mmHg
		Data __/__/__

Parametri vitali

Globuli bianchi _____ x 10 ³ /mL	Data __/__/__
---	---------------

Note Infermieristiche assistenziali

Indice di Intensità Assistenziale – Compilato da Reparto

<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Funzione Cardiocircolatoria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4</td><td>4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Quantità urine</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	Funzione Cardiocircolatoria		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die	2	<input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die	3	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Funzione Respiratoria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dispnea a riposo</td><td>4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare</td><td>4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia</td><td>4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	Funzione Respiratoria		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato	2	<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Medicazioni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)</td><td>4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Medicazioni		<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2	<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"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
Funzione Cardiocircolatoria																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2																																																																			
Funzione Respiratoria																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3																																																																			
Medicazioni																																																																				
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2																																																																			
<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"/> Ferita chirurgica non complicata	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Alimentazione ed idratazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata-severa</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Alimentazione ed 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Eliminazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di clisma</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Gestione della stomia</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>	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	3	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Igiene ed abbigliamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td>1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)</td><td>2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi</td><td>3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>	Igiene ed abbigliamento		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4																										
Alimentazione ed 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																																																																			
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	3																																																																			
Igiene ed abbigliamento																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4																																																																			

<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3	(utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)			
		<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3		
Movimento		Riposo e sonno		Sensorio e Comunicazione	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4			<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4			<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
				<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
Ambiente sicuro/situazione sociale		Terapie		Altri bisogni clinici	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia	1	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici	2
<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte die	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1 v/die	2	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3
<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo	2
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale	3
		<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	<input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
				<input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C ≥ 3)	3
				<input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

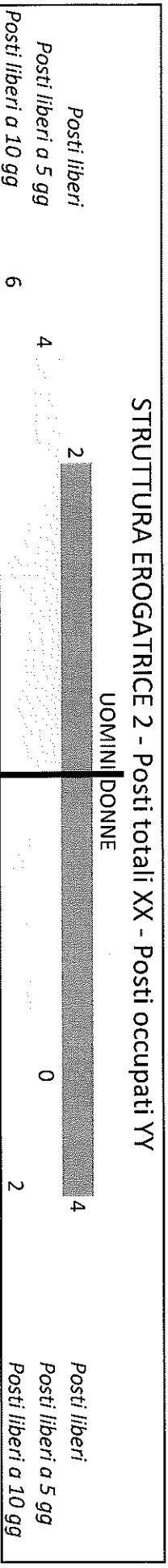
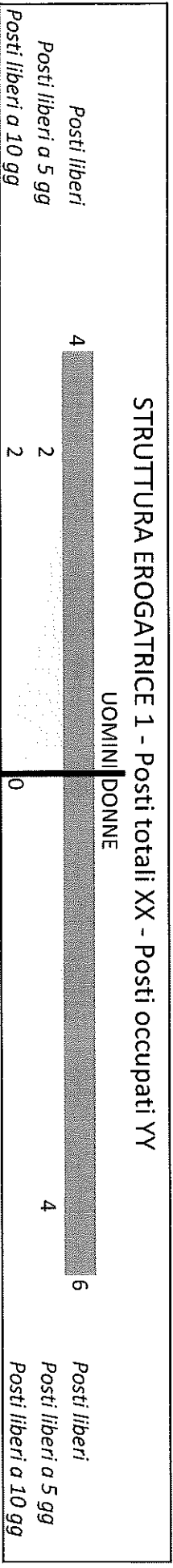
Indice di Intensità Assistenziale – Compilato da Struttura Ricevente

Funzione Cardiocircolatoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urine 2	Funzione Respiratoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 4 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4 <input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3	Medicazioni <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2) 2 <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"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4
Alimentazione ed 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 PEG recente) 3	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/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza 3	Igiene ed abbigliamento <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4
Movimento <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione 3	Riposo e sonno <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4	Sensorio e Comunicazione <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio 3

<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2	
<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3	
<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4	
<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4		<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	
Ambiente sicuro/situazione sociale		Terapie		Altri bisogni clinici	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia	1	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici	2
<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte die	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1 v/die	2	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3
<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo	2
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale	3
		<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	<input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
				<input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C ≥ 3)	3
				<input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

POSTI LETTO



Paziente Nato il
Codice Fiscale MMG

Struttura Inviante	Policlinico "Ospedale Maggiore"		Inizio ricovero	<input type="text"/>	
Area di degenza	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Malattie infettive
	<input type="checkbox"/> Medicina	<input type="checkbox"/> Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Oncologia
	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Altro
Reparto	<input type="text"/>				
Medico responsabile del percorso di cura del paziente	Dr/Dessa <input type="text"/>	Coordinatore di reparto	<input type="text"/>		
Tel 1	<input type="text"/>	Tel 2	<input type="text"/>	Tel 3	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>				

Struttura di destinazione Trasferibile dal

Prima diagnosi e comorbidità

Prognosi definita

Motivo del trasferimento

Note infermieristiche assistenziali

Il paziente ha dato il consenso al trasferimento?

SI NO TRASFERIMENTO INTERNO

Consenso allegato?

SI NO

Firma leggibile

Scheda Medica

Farmaci in uso (EV)

--

Farmaci in uso (OS)

--

Farmaci in uso (Altro)

--

Paziente oncologico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Valutazione MMSE	<input type="checkbox"/> <17	<input type="checkbox"/> >=17	Paziente psichiatrico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Prognosi inf. 6 mesi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Valore MMSE	<input style="width: 50px;" type="text"/>		Controllato dalla terapia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Respiro autonomo da >48 ore (anche con ossigenoterapia)?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
BPCO preesistente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Paziente in ossigeno terapia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
Ossigeno terapia	<input style="width: 150px;" type="text"/>	SaO2	<input style="width: 50px;" type="text"/>	%	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>			
CO2	<input style="width: 50px;" type="text"/>	mmHg	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>	PO2	<input style="width: 50px;" type="text"/>	mmHg	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multorgano?		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						

Temperatura corporea	<input style="width: 30px;" type="text"/>	°C	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Frequenza cardiaca	<input style="width: 30px;" type="text"/>	atti/min	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Frequenza respiratoria	<input style="width: 30px;" type="text"/>	atti/min	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>	PCO2	<input style="width: 30px;" type="text"/>	mmHg	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Globuli bianchi	<input style="width: 30px;" type="text"/>	1/mm3	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Cellule immature	<input style="width: 30px;" type="text"/>	%	Data	<input style="width: 50px;" type="text"/>

Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)?	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> NO

Indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---	-----------------------------	-----------------------------

Firma leggibile medico

Indice Intensità Assistenziale UO Acuti 1/2

1) Funzione Cardiocircolatoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni dia 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni dia 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urine 2	2) Funzione Respiratoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie da sforzo lieve/moderata 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 2 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncospirato 4 <input type="checkbox"/> Tosse acuta / cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni dia 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni dia 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3	3) Medicazioni <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 - 2) 2 <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"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (infiammazione, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico/ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomaia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4
4) Alimentazione ed 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 disagia lieve 3 <input type="checkbox"/> Presenza di disagia moderata/severa 4 <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (EN) o PEG (accanto) 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/sera/notte 2 <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero lunga permanenza 3	6) Igiene ed abbigliamento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igiene parziale/vestire 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4
7) Movimento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione 3 <input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3 <input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore 4 <input type="checkbox"/> Allungamento obbligatorietà immobilità nel letto 4	8) Riposo e sonno <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4	9) Sensorio e comunicazione <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forme lievi: vista e/o udito e/o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forme gravi: vista e/o udito e/o linguaggio 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve 2 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave 4 <input type="checkbox"/> Stato costante di apatia / agitazione / aggressività 4
10) Ambiente sicuro/assistenza oculata <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Apparecchi metallici del domicilio 2 <input type="checkbox"/> Rischio caduta media - alta 4 <input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione 4 <input type="checkbox"/> Assistenza assistente sociale 3 <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care giver 2 <input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre soluzioni 3	11) Terapia <input type="checkbox"/> Assenza di terapia 1 <input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno 2 <input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte al giorno 3 <input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) iv/ide 2 <input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più volte 3 <input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua 3 <input type="checkbox"/> Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori 4 <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale 3	12) Altri bisogni clinici <input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio emodinamico ematocritico 2 <input type="checkbox"/> Monitoraggio glicemico ematocritico 3 <input type="checkbox"/> Necessità di consulenza specialistica 3 <input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strutturato 3 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo 2 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale 3 <input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C < 3) 2 <input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C >= 3) 3 <input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente 2

Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)

Firma leggibile

Indice Intensità Assistenziale UO Acuti 2/2

	1	2	3	4
1) Funzione Cardiocircolatoria				
2) Funzione Respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

Presenza di presidi antidecubito?

SI NO

Sedi delle lesioni da decubito

Riabilitazione in corso?

SI NO

Utilizzo presidi per movimento in autonomia?

SI NO

Firma leggibile

Trasferimento

Data trasferimento concordato

Partenza da struttura acuta

Data

Ora

Trasferimento annullato?

SI

NO

Motivo dell'annullamento

Firma leggibile

Decisione struttura sub acuta

Data della decisione

Richiesta sospesa

Motivo della sospensione

Richiesta rifiutata

Motivo del rifiuto

Richiesta confermata

Data trasferimento concordato

Firma leggibile

Accettazione

Data dell'accettazione

Ora

Indice IIA ricalcolato

Durata prevista per la degenza in struttura sub-acuta

Dimissione

Data della dimissione

Ora

Destinazione

Ordinario (Domicilio)

Trasferimento ad altro ospedale

RSA

Deceduto

Trasferimento ad altro regime

Altro

Volontaria

Trasferimento a struttura riabilitativa

Firma leggibile

Indice Intensità Assistenziale UO Cure SubAcute 1/2

Valutatore

Durata prevista della degenza Giorni Valutazione effettuata il alle ore

	1	2	3	4
1) Funzione Cardiocircolatoria				
2) Funzione Respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

Firma leggibile valutatore

Indice Intensità Assistenziale UO Cure SubAcute 2/2

1) Funzione Cardiocircolatoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri <=3 rilevazioni dia 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni dia 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo glicemico o glicoselezione 3 <input type="checkbox"/> Clearance ureica 2	2) Funzione Respiratoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo/lavoro/moderata 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 4 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4 <input type="checkbox"/> Tosse acuta / cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <=3 rilevazioni dia 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni dia 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapie con nebulizzazioni 3	3) Medicazioni <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 - 2) 2 <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"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (detscenza, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Monitorio di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico; ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complicate o sedi multiple 4
4) Alimentazione ed 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"/> Infusione enterale (NGT o PEG 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/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza 3	6) Igiene ed abbigliamento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto anche per cura igienica parziale/vescivoli 3 <input type="checkbox"/> Tolofo dipendenza/assenza di collaborazione 4
7) Movimento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante per la deambulazione 3 <input type="checkbox"/> Mobilità in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3 <input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore 4 <input type="checkbox"/> Affiancamento obbligato/immobilità nel letto 4	8) Riposo e sonno <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4	9) Sensorio e comunicazione <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito o linguaggio 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve 2 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave 4 <input type="checkbox"/> Stato costante di apatia / agitazione / aggressività 4
10) Ambiente sicuro/situazione sociale <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Apparecchi protesici del dentellio 2 <input type="checkbox"/> Rischio caduta medio - alto 4 <input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione 4 <input type="checkbox"/> Assistenza assistente sociale 3 <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del caregiver 2 <input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni 3	11) Terapia <input type="checkbox"/> Assenza di terapia 1 <input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno 2 <input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte al giorno 3 <input type="checkbox"/> Trattamento Invasivo (antibiotici/antivirali ecc.) 1/2/die 2 <input type="checkbox"/> Trattamento Invasivo (antibiotici/antivirali) più volte 3 <input type="checkbox"/> Antidotto in infusione continua 3 <input type="checkbox"/> Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori 4 <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale 3	12) Altri bisogni clinici <input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici 2 <input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici 3 <input type="checkbox"/> Necessità di consulenza specialistica 3 <input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale 3 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo 2 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale 3 <input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C < 3) 3 <input type="checkbox"/> Comorbilità sovrata (CIRS-C >= 3) 3 <input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente 2

Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)

Firma leggibile valutatore



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
-----------------------	---------------------	---

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

Inviante

Ospedale telefono

Reparto
Referente

Altro (Riportare nominativo e qualifica medico med. gen., medico RSA, medico specialista, ecc.) telefono

Caregiver/persona di riferimento	telefono
---	-----------------

Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> Non necessario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	telefono
Nominativo	

- Costituiscono criteri di esclusione per il ricovero 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)

0 STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale

1 MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile una o più volte la settimana ma non quotidiano

2 MODERATAMENTE INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S routinario una volta al giorno

3 INSTABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S semi-intensivo quotidiano (almeno un altro accesso oltre quello previsto di routine)

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

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: meno di 3 mesi meno di 6 mesi 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)

.....



**CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA)
RIFERITA ALLA CONDIZIONE PREDETE 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

Comorbidità 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:	<input type="checkbox"/> indipendente	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> dipendente
• Utilizza ausili per la deambulazione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Se si, quali?
• Verticalizzazione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Carico concesso:	<input type="checkbox"/> completo	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> assente
• Se in ossigenoterapia, in atto svezzamento:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
• Se cannula tracheale, in atto rimozione:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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:
.....



Regione Lombardia

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 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

Patologie psichiatriche: No / Sì

Se sì, specificare

In carico a CPS: No / Sì

Se sì, specificare

Tentato suicidio: No / Sì

Se sì, specificare

Alterazioni del comportamento rilevanti

- Wandering
- Depressione
- Agitazione/aggressività
- Etilismo

Rientro al domicilio

- Certo Probabile Attivata pratica RSA

Il paziente è affetto da demenza? No Sì se sì, la diagnosi risale a: < 3 mesi < 1 anno > 1 anno

Disturbi comportamentali e sintomi psichici? No Sì 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 dubbioso, 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 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)

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)



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"/> 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	7) MOVIMENTO																																																																		
<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		<input type="checkbox"/> Mobilizzazione 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		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Funzione cardiocircolatoria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Funzione Respiratoria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Medicazioni</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Alimentazione ed idratazione</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Eliminazione urinaria ed intestinale</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Igiene ed abbigliamento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Movimento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Riposo e sonno</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sensori e comunicazione</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ambiente sicuro/situazione sociale</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Esito di colonna maggiormente rappresentato</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>		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
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																																																																
<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																																																																			

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
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

PROPOSTA DI TRASFERIMENTO IN STRUTTURA RIABILITATIVA

(da inoltrare almeno 5 giorni lavorativi prima della dimissione)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ COD. SAN. _____
 Stato civile _____ Telefono parenti _____
 Comune di residenza _____
 Ricoverato c/o ospedale _____ U.O. _____ Tel. _____

DIAGNOSI PRINCIPALE (In caso di intervento chirurgico, si prega di specificarne la tipologia)

Data evento indice: ____ / ____ / ____

GLASGOW COMA SCALE: ____ / ____ / ____
 (da compilare solo in caso di cerebropatia)

SCALA A.S.I.A. (da compilare solo in caso di mielopatia)	A	B	C	D	E

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

**AUTONOMIA
PRE-EVENTO INDICE:**
 AUTOSUFFICIENTE

DIPENDENZA LIEVE
 DIPENDENZA MODERATA

DIPENDENZA GRAVE
 DIPENDENZA COMPLETA

PATOLOGIE CONCOMITANTI IN ATTO

1) Cardiaca (solo cuore) diagnosi _____	1	2	3	4	5
2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) diagnosi _____	1	2	3	4	5
3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) diagnosi _____	1	2	3	4	5
4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) diagnosi _____	1	2	3	4	5
5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) diagnosi _____	1	2	3	4	5
6) Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) diagnosi _____	1	2	3	4	5
7) Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie) diagnosi _____	1	2	3	4	5
8) Epatiche (solo fegato) diagnosi _____	1	2	3	4	5
9) Renali (solo rene) diagnosi _____	1	2	3	4	5
10) Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) diagnosi _____	1	2	3	4	5
11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) diagnosi _____	1	2	3	4	5
12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) diagnosi _____	1	2	3	4	5
13) Endocrine-Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) diagnosi _____	1	2	3	4	5
14) Psichiatrico-Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) diagnosi _____	1	2	3	4	5

1- Assente	nessuna compromissione di organo/sistema
2- Lieve	la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es.: abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3- Moderato	la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario la prognosi è buona (es.: colelitiasi, diabete, fratture)
4- Grave	la compromissione d'organo /sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es.: carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5- Molto grave	la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es.: infarto del miocardio, stroke, embolia)

SCALA BARTHEL / INDICE : _____	Dipendenz a completa	Dipendenz a grave	Dipendenz a moderata	Dipendenz a lieve	Autosuff.
Igiene personale	0	1	3	4	5
Bagno-Doccia (lavarsi)	0	1	3	4	5
Alimentazione	0	2	5	8	10
Abbigliamento	0	2	5	8	10
Continenza intestinale	0	2	5	8	10
Continenza urinaria	0	2	5	8	10
Trasferimenti letto-sedia	0	3	8	12	15
Toilette servizi	0	2	5	8	10
Scale	0	2	5	8	10
Deambulazione	0	3	8	12	15
Uso della carrozzina (alternativo a deambulazione)	0	1	3	4	5

Scala di Instabilità Clinica (S.I.C.) (barrare numero corrispondente)		
0	STABILE	Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico(*) programmabile ad intervalli maggiori di 60 giorni
1	MODERATAMENTE STABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di 30 - 60 giorni
2	MODERATAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana
3	INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico NON programmabile, presumibilmente una o più volte la settimana, ma non quotidiano
4	ALTAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano
5	ACUZIE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano

(*) visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali

AUSILI GIA' IN USO PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI						Altro
Ausili per movimento	No	Bastone/gruccia	Arto artificiale	Carrozzina		
Gestione incontinenza	No	Pannoloni	Catetere vescicale	Ano artificiale		
Gestione diabete	No	Solo dieta	Ipoglicemizzanti orali	Insulina		
Alimentazione artificiale	No	Sondino	PEG	Parenterale parziale	NPT	
Insufficienza respiratoria	No	Ossigeno gassoso	Ossigeno liquido	Tracheostomia	Ventilatore	
Dialisi	No	Dialisi extracorporea	Dialisi peritoneale			
Circolo	CVC: Tipo: _____ Data: _____		CVP: Tipo: _____ Data: _____		Altro _____	

CUTE: Integre; LDD Sede _____ Stadio (NPUAP) _____; L. Vascolare Sede _____; Ferita ch. Sede _____

LINGUAGGIO: Normale; Afasia motoria; Afasia sensitiva Disartria; Altro _____

VISTA: Normale; Cecità; Altro _____

UDITO: Normale; Ipoacusia; Altro _____

STATO DI AGITAZIONE: No; Psicica; Motoria; Altro _____

DETERIORAMENTO COGNITIVO: No; SI (MMSE _____); Altro _____

CARICO: No; SI; Parziale _____; Con ausili _____; Altro _____

ALLEGARE VALUTAZIONE FISIATRICA

DIMISSIBILE DAL: ___/___/_____

Data di compilazione: ___/___/_____

QUALIFICA E FIRMA DEI COMPILATORI _____/_____

Programmi Riabilitativi (P.r.i.) impostati: intensità bassa media alta

Criteria di scelta della tipologia di Setting riabilitativo

1	RANKIN anamnestica (Disabilità)	0	1	2	3	4	5
2	RANKIN attuale (Disabilità)	0	1	2	3	4	5
3	Complessità clinica del paziente	bassa		media		alta	
4	Stabilità clinica del paziente	bassa		media		alta	
5	Livello di funzionalità ed autonomia	basso		medio		alto	
6	Gradiente di modificabilità delle menomazioni e disabilità	basso		medio		alto	
7	Stato cognitivo e comportamentale	basso		medio		alto	
8	Collaborazione/adesione al trattamento	bassa		media		alta	
9	Resistenza alle attività fisiche e cognitive	bassa		media		alta	
10	Adeguatezza del supporto familiare	bassa		media		alta	
11	Presenza di presidi riabilitativi territoriali di competenza	SI			NO		
12	POTENZIALITA' COMPLESSIVA DI RECUPERO	0	1	2	3	4	5

Setting Riabilitativo consigliato:

- R. Specialistica Unità GCA Unità Spinale R. Generale e geriatrica
 R. Mantenimento R. Domiciliare Residenziale RSA/RSD Centro diurno
 R. ambulatoriale Non attuali indicazioni riabilitative Solo necessità assistenziali

Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) consigliato a medio termine

Aree di intervento (P.r.i.)

Data _____

Il Medico Fisiatra Responsabile P.R.I. _____

Riabilitazione Specialistica
 Alta potenzialità di recupero rispetto al programma
 Alto impegno diagnostico-terapeutico riabilitativo
 Trattamento riabilitativo indifferibile
 Trattamento riabilitativo intensivo
 Nursing riabilitativo complesso
 Tutela medica continuativa

Riabilitazione Generale e Geriatrica
 Basso potenzialità di recupero o disabilità a lento recupero
 Controindicazioni al trattamento riabilitativo intensivo
 Alto supporto assistenziale infermieristico
 Tutela medica continuativa
 Anziani con pluripatologie o non autosufficienti (instabili)

Riabilitazione di Mantenimento
 Stabilizzazione clinica di patologia in via di risoluzione prima del rientro a domicilio o del passaggio in RSA
 Possibilità di piccoli guadagni funzionali in un breve periodo di ricovero a bassa intensità assistenziale.
 Pazienti con pluripatologie con deterioramento progressivo funzionale