

**U.O. Casa Residenza per Anziani: Assistenza Intermedia Post-Ospedaliera**

Area medica

<b>OSPITE</b>	Nome e Cognome	Scheda per uso locale e temporaneo Data prevista di ingresso
	Data e luogo di nascita	
	Città ed indirizzo di residenza	

<b>Caregiver di riferimento (nome e cognome)</b>	Relazione con pz.:
	Numero di telefono:

- a) Invio della richiesta: (A) riconsegnare la scheda al familiare dell'utente oppure (B) inviare tramite email a [spr@villabella.info](mailto:spr@villabella.info)  
 Per accedere ai servizi di interpretariato, contattare il Servizio Programmazione Ricoveri (SPR)
- b) Istruzioni di compilazione: indicare le ragioni per la richiesta di presa in carico allegando eventuali documenti quali foglio unico di terapia (FUT), consulenze e richieste di specialistica ambulatoriale. Completando questa richiesta, il suo paziente accede ai servizi per gli utenti in modo che possa essere triagiato dal professionista più appropriato

**Anamnesi, patologie ed allergie**

Sintesi anamnestica	
Patologie acute in atto e croniche	
Allergie e intolleranze	

**Aree di intervento**

Medico	Cognitivo/comportamentale	Psicosociale	Funzionale
<input type="checkbox"/> Mobilità/mobilizzazione <input type="checkbox"/> Cadute/cadute frequenti <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Delirio <input type="checkbox"/> Gestione del dolore <input type="checkbox"/> Polifarmacoterapia <input type="checkbox"/> Problematiche del sonno <input type="checkbox"/> Perdita di peso <input type="checkbox"/> Alimentazione	<input type="checkbox"/> Aggressività verbale <input type="checkbox"/> Aggressività fisica <input type="checkbox"/> Demenza <input type="checkbox"/> Alzheimer's <input type="checkbox"/> Allucinazioni <input type="checkbox"/> Depressione <input type="checkbox"/> Wandering <input type="checkbox"/> Sundowning <input type="checkbox"/> Patologia psichiatrica	<input type="checkbox"/> Storia pregressa di abusi <input type="checkbox"/> Isolamento sociale <input type="checkbox"/> Problematiche familiari <input type="checkbox"/> Problemi con caregiver <input type="checkbox"/> Altro (indicare) _____	<input type="checkbox"/> Grande senilità <input type="checkbox"/> Declino nelle ADL <input type="checkbox"/> Cute non integra <input type="checkbox"/> Declino nelle IADL <input type="checkbox"/> Sicurezza al domicilio <input type="checkbox"/> Altro (indicare) _____

**Area dei rischi**

Infettivo	Vie aeree	Cardiovascolare	Sicurezza
<input type="checkbox"/> Germe sentinella _____ <input type="checkbox"/> Pregressa sepsi <input type="checkbox"/> Pregressa polmonite	<input type="checkbox"/> Eupnoico <input type="checkbox"/> Dispnoico <input type="checkbox"/> Prescrizione O <sub>2</sub> tp.	<input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Pregressa RCP <input type="checkbox"/> Tp. Long acting	<input type="checkbox"/> Autolesionismo <input type="checkbox"/> Cadute negli ultimi 3 mesi <input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale/PS

**Parte A**
**AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (ICA)**

Questa parte della valutazione intende identificare la complessità assistenziale nelle ultime 48/72h dall'evento acuto e per le quali è necessario intervenire una volta determinata la data e modalità di dimissione.

<b>1. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA</b>	<b>5. ELIMINAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Parametri &lt; 3 rilevazioni die</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Parametri ≥ 3 rilevazioni die</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Scompenso cardiaco classe NYHA 3</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Scompenso cardiaco classe NYHA 4</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Peso corporeo giornaliero o plurisetimanale</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Quantità urine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Monitoraggio ALVO</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Necessità di clisma</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Necessità di essere accompagnato al WC</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Gestione della stomia</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Presidi assorbenti solo di notte/uso del pappagallo</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Incontinenza feclae/urinaria (uso presidio 24h)</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Cateterismo durante ricovero/a lunga permanenza</li> </ul>
<b>2. FUNZIONE RESPIRATORIA</b>	<b>6. IGIENE ED ABBIGLIAMENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Dispnea da sforzo grave</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Dispnea a riposo</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Secrezioni abbondanti da broncoaspirare</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Tosse acuta/cronica</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Parametri &lt; 3 rilevazioni die</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Parametri ≥ 3 rilevazioni die</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Ossigenoterapia</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Necessità di ventiloterapia notturna</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Presenza di tracheostomia</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Terapia con nebulizzazioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno/doccia)</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Necessità aiuto di cura per cura igienica parziale/vestirsi</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Totale dipendenza/assenza di collaborazione</li> </ul>
<b>3. MEDICAZIONI</b>	<b>7. MOVIMENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Assenza di medicazioni</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1- 2)</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Ferita chirurgica non complicata</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Moncone di amputazione da medicare</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Stomia recente da medicare</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Altre medicazioni complesse o sedi multiple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Utilizza in modo autonomo presidi per movimento</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Necessità aiuto costante per la deambulazione</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione a letto</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Necessità di utilizzare sollevatore</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Allettamento obbligato/immobilità a letto</li> </ul>
<b>4. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE</b>	<b>8. RIPOSO E SONNO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Prescrizione dietetica</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Necessità di aiuto per azioni complesse</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Presenza di disfagia lieve</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Presenza di disfagia moderata/severa</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Sonno indotto con farmaci</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Disturbi del sonno</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Agitazione notturna costante</li> </ul>
<b>4. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE</b>	<b>9. SENSORIO E COMUNICAZIONE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Prescrizione dietetica</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Necessità di aiuto per azioni complesse</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Presenza di disfagia lieve</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Presenza di disfagia moderata/severa</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Deficit cognitivo lieve</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Deficit cognitivo moderato</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Deficit cognitivo grave</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Stato costante di apatia/agitazione/aggressività</li> </ul>
<b>4. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE</b>	<b>10. AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Prescrizione dietetica</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Necessità di aiuto per azioni complesse</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Presenza di disfagia lieve</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Presenza di disfagia moderata/severa</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> (1) Senza aiuto/sorveglianza</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Apparecchi medicali dal domicilio</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Rischio caduta medio-alto</li> <li><input type="checkbox"/> (4) Uso di mezzi di protezione</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Attivazione assistente sociale</li> <li><input type="checkbox"/> (2) Educazione sanitaria del caregiver</li> <li><input type="checkbox"/> (3) Pianificazione dimissione con altre istituzioni</li> </ul>

**Calcolo dell'Indice Intensità Assistenziale (IIA)**
**1                      2                      3                      4**

Funzione cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensorio e comunicazione				
Ambiente sicuro/situazione sociale				

Indice Intensità Assistenziale Complessivo attribuibile \_\_\_\_\_

NOTA: viene assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'Indice di intensità Assistenziale; nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.

**Parte B**
**AREA CLINICA: INDICE DI INSTABILITÀ CLINICA NEWS 2**

La valutazione del livello di instabilità clinica con il sistema NEWS2 prevede che il compilatore ponga un cerchio nella casella corrispondente al valore del parametro vitale rilevato all'utente nelle ultime 24h. Il valore del risultati corrispondenti al livello di rischio per ciascun parametro vitale identifica il rischio aggregato di instabilità. Risulta necessario selezionare un solo valore corrispondente alla scala SpO2 scala 1 oppure 2

**Tabella 1: Il sistema di classificazione NEWS2**

Parametri fisiologici	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiri (per minuto)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO <sub>2</sub> Scala 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO <sub>2</sub> Scala 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Aria o ossigeno?		Oxygen		Air			
Pressione sistolica (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Polso (per minuto)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Livello di coscienza				Alert			CVPU
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Valore NEWS2

- Valore 0-4  
Rischio BASSO
- Un singolo valore 3  
Rischio da BASSO a MEDIO
- Valore 5-6  
Rischio MEDIO
- Valore 7 o più  
Rischio ALTO

Parte **C**
**CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA)**

ADL: alimentazione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, trasferimenti, deambulazione; 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

- (0) **Nessun sintomo**
- (1) **Non disabilità significativa**: nonostante la presenza di sintomi era in grado di svolgere tutte le attività ed i compiti abituali
- (2) **Disabilità lieve**: non in grado di eseguire tutte le IADL quotidiane ma autonomo nelle ADL, senza bisogno di supervisione
- (3) **Disabilità moderata**: richiedeva supervisione/aiuto nelle ADL, ma era in grado di deambulare senza assistenza
- (4) **Disabilità moderatamente grave**: era incapace di deambulare e provvedere alle ADL senza assistenza
- (5) **Disabilità grave**: allettato, incontinente, richiedeva assistenza continua

 Parte **D**
**SCALA DI DISABILITÀ COMUNICATIVA**

- **4 Nessuna**: riferisce l'anamnesi in maniera attendibile ed è in grado di discutere di tutti i problemi personali. Ben rapportato all'interlocutore e collabora senza problemi alla visita e alle manovre assistenziali
- **3 Lieve**: va "guidato" per ricostruire l'anamnesi e stimolato per parlare dei problemi personali. Adeguato all'interlocutore ma è necessario assumere un atteggiamento "direttivo" per ottenere una buona collaborazione alla visita e alle manovre assistenziali
- **2 Moderata**: possono essere scambiate informazioni solo ponendo al paziente domande semplici e per contesto comunicativo strettamente personale ed attuale. Adeguato all'interlocutore ma non riesce a fornire una buona collaborazione alla visita e alle manovre assistenziali
- **1 Grave**: la comunicazione è molto compromessa e si ottengono informazioni solo con domande che prevedono risposte sì/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali. Perplesso nel rapporto con l'interlocutore e non collabora alla visita e alle manovre assistenziali
- **0 Completa**: pressoché assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni. Non adeguato all'interlocutore e assolutamente non collaborante alle manovre assistenziali

**Terapie in atto**
 Allegato il Foglio Unico di Terapia (FUT) |  Riconciliazione farmacologica recente

Farmaco	Dosaggio	Posologia	8	12	14-16	18	20

Data compilazione <hr/>	Infermiere referente del paziente Infermiere Case Manager	Timbro e firma del Medico
----------------------------	--	---------------------------