



PROPOSTA DI RICOVERO - OSPEDALE DI COMUNITÀ CITTÀ DI BERGAMO

MOD.ODC.01 - VER.00 del 1 GIUGNO 2024

Cognome e nome paziente: _____

Data di nascita: _____ Luogo di nascita: _____

Residente a: _____ Indirizzo: _____

Cod. Fiscale: _____

MOTIVO DEL RICOVERO *(scegliere una opzione)*

- Paziente fragile/affetto da patologia cronica, proveniente dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato
- Paziente affetto da multimorbilità proveniente da struttura ospedaliera per acuti o riabilitativa clinicamente dimissibile per conclusione dell'iter diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa
- Paziente che necessita di assistenza nella somministrazione di farmaci o gestione di presidi e dispositivi, educazione ed addestramento del pz e del caregiver prima del rientro a casa

Si declinano per chiarezza i criteri di eleggibilità e di esclusione (delibera RL XII/1435)

Nota bene:

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ	CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none">- Intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (ICA 2-3)- Assenza di instabilità clinica (SIC<3)- Percorso diagnostico completato- Prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (max 30 giorni)- Consenso informato del paziente presente	<ul style="list-style-type: none">- Patologie acute in atto o croniche riacutizzate non stabili- Diagnosi non ancora definita- ICA > 3 (indice di intensità assistenziale)- Patologia psichiatrica attiva o delirium in atto- Pz destinati a setting di cura specifici specializzati (SLA, SVP, Hospice) o criteri per C-dom- Ricoveri di sollievo o per motivazioni solo di natura socioeconomica

CONTESTO DI CURA *(scegliere una opzione)*

- Reparto ospedaliero
- Ambulatorio specialistico
- Pronto Soccorso
- Domicilio
- Altro _____

DIAGNOSI E ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE (è possibile allegare documentazione clinica)

ASSENZA DI INSTABILITÀ CLINICA

Valutazione di instabilità clinica (Scala SIC)

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

Se proviene da ospedale

- NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore con nessuna variabile uguale a 3

TERAPIA IN ATTO (è possibile allegare documentazione clinica)

OBIETTIVO DEL RICOVERO-Programma di monitoraggio/trattamento individuale (scelta multipla)

- raggiungimento/mantenimento della stabilità clinica
- monitoraggio dell'efficacia della terapia e deprecrizione terapeutica alla dimissione
- prevenzione/risoluzione di lesioni cutanee o ferite chirurgiche
- recupero dell'autonomia pre morbosa
- addestramento caregiver/badante
- Altro _____



Regione Lombardia

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"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4																																																																	
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 3	3	7) MOVIMENTO																																																																		
<input type="checkbox"/> Scopenso 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"/> Mobilitazione 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" style="width: 100%;"> <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)

IPOTESI DI PERCORSO DI DIMISSIONE DOPO IL RICOVERO IN ODC

- al domicilio
- al domicilio con attivazione di supporto riabilitativo C-Dom CDI
- al domicilio con attivazione di supporto sociale
- richiesta di ricovero in RSA/ Sollievo
- Altro _____

RETE FAMILIARE DI RIFERIMENTO E/O SERVIZIO SOCIALE DI COMPETENZA

Caregiver principale: _____ Tel: _____

AS territoriale di riferimento: _____ Tel: _____

MMG di riferimento: _____ Tel: _____

Il paziente è stato informato della presente segnalazione e acconsente alla richiesta di ricovero?

- Sì
- No

Data di compilazione _____

Nome e cognome, firma timbro del segnalante, recapiti