



Spett.le  
FONDAZIONE CENTRO RESIDENZIALE PER ANZIANI  
MENOTTI BASSANI ONLUS  
Via avv. Franco Bassani, 13 - 21014 LAVENO MOMBELLO (VA)  
Tel.: 0332 668339 – 668711 - Fax: 0332 626045  
Email: [odc@menottibassani.it](mailto:odc@menottibassani.it)

### Verifica di congruità

**Motivo prevalente del ricovero**

**Dati anagrafici del paziente**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
 Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Esenzione \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Domicilio se diverso dalla residenza: Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale: 

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



**NUMERO TESSERA SANITARIA**

(riportare qui) \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Scolarità \_\_\_\_\_  
 Medico di famiglia: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**Persona di riferimento:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 E' stato nominato:  Tutore  Amministratore di sostegno  Curatore

**Segnalato da:**  Medico di famiglia  
 Ospedale \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

**Attualmente il paziente si trova:**  Domicilio  Ospedale \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

**Nome e cognome caregiver:** \_\_\_\_\_ **Grado di parentela:** \_\_\_\_\_

**Presenza di persone che accudiscono il paziente:**  
 nessuna  familiari  badante  familiari+badante  rete amicale/vicini di casa

**Invalidità:**  sì ( \_\_\_\_ %)  no  in accertamento  
**Accompagnamento:**  sì  no  in accertamento  
**Situazione abitativa:**  adeguata  inadeguata  presenza barriere architettoniche \_\_\_\_\_  
**Situazione economica:**  adeguata  inadeguata



## Dati clinici

Diagnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Accertamenti recenti: \_\_\_\_\_

### Presidi:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> catetere vescicale         | <input type="checkbox"/> Pace Maker/ ICD        |
| <input type="checkbox"/> ureterostomia/ nefrostomia | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC/ PICC |
| <input type="checkbox"/> SNG/PEG                    | <input type="checkbox"/> Tracheotomia           |
| <input type="checkbox"/> NPT                        | <input type="checkbox"/> O2 Terapia             |
| <input type="checkbox"/> colonstomia                | <input type="checkbox"/> medicazioni complesse  |
|   | <input type="checkbox"/> _____                  |

### Sintomi e segni:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> agitazione      | <input type="checkbox"/> disuria                      | <input type="checkbox"/> sindrome mediastinica |
| <input type="checkbox"/> anoressia       | <input type="checkbox"/> edemi                        | <input type="checkbox"/> singhiozzo            |
| <input type="checkbox"/> ansia           | <input type="checkbox"/> febbre                       | <input type="checkbox"/> sopore                |
| <input type="checkbox"/> astenia         | <input type="checkbox"/> grave insufficienza d'organo | <input type="checkbox"/> sonnolenza            |
| <input type="checkbox"/> cefalea         | <input type="checkbox"/> infezioni cutanee            | <input type="checkbox"/> stipsi                |
| <input type="checkbox"/> coma            | <input type="checkbox"/> insonnia                     | <input type="checkbox"/> tenesmo               |
| <input type="checkbox"/> confusione      | <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica     | <input type="checkbox"/> tremore               |
| <input type="checkbox"/> delirio         | <input type="checkbox"/> lesioni da decubito          | <input type="checkbox"/> tosse                 |
| <input type="checkbox"/> depressione     | <input type="checkbox"/> melena                       | <input type="checkbox"/> versamento ascitico   |
| <input type="checkbox"/> diarrea         | <input type="checkbox"/> nausea                       | <input type="checkbox"/> versamento pleurico   |
| <input type="checkbox"/> disfagia        | <input type="checkbox"/> prurito                      | <input type="checkbox"/> vertigine             |
| <input type="checkbox"/> disorientamento | <input type="checkbox"/> rantolo                      | <input type="checkbox"/> vomito                |
| S/T                                      |   |  |
| <input type="checkbox"/> disidratazione  | <input type="checkbox"/> rischio di crisi convulsive  | <input type="checkbox"/> _____                 |
| <input type="checkbox"/> dispnea         | <input type="checkbox"/> rischio di emorragia         | <input type="checkbox"/> _____                 |

Terapia in atto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Si prega di allegare:

- DOCUMENTAZIONE CLINICA
- RICHIESTA DI RICOVERO SU RICETTA REGIONALE.

## SCALA NEWS 2

TABELLA 1

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤ 8		9-11	12-20		20-24	≥ 25
Saturazione d'ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea	≤ 35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥ 39,1	
Pressione sistolica	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
Frequenza Cardiaca	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale dolore provocato coma

PUNTEGGIO NEWS 2.....

Ai fini dell'accesso in Ospedale di Comunità

- Per gli utenti provenienti da struttura sanitaria

Punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e nessuna variabile uguale a 3.

- Per gli utenti provenienti dal domicilio

Punteggio da 1 a 4 e nessuna variabile uguale a 3.



## SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE

La scheda prevede una compilazione congiunta da parte del personale medico ed infermieristico.

Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC.

Selezionare per ciascun bisogno il valore corrispondente (anche scelta multipla).

BISOGNI ASSISTENZIALI: valutazione del paziente		MAP/U.O. INVIANTE
<b>1</b>	<b>Funzione Cardiocircolatoria</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Parametri < 3 rilevazione die	2
	- Parametri > 3 rilevazione die	3
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
	- Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
	- Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
	- Quantità urine	2
<b>2</b>	<b>Funzione Respiratoria</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
	- Dispnea da sforzo grave	3
	- Dispnea a riposo	4
	- Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
	- Tosse acuta/cronica	3
	- Parametri < 3 rilevazione die	2
	- Parametri > 3 rilevazione die	3
	- Ossigenoterapia	3
	- Necessità di ventiloterapia notturna	3
	- Presenza di tracheostomia	4
	- Terapia con nebulizzazioni	3
<b>3</b>	<b>Medicazioni</b>	
	- Assenza di medicazioni	1
	- Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)	2
	- Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)	3
	- Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)	4
	- Ferita chirurgica non complicata	2
	- Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3
	- Moncone di amputazione da medicare	3
	- Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
	- Stomia recente da medicare	3
	- Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
<b>4</b>	<b>Alimentazione - Idratazione</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Prescrizione dietetica	2
	- Necessità di aiuto per azioni complesse	2
	- Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
	- Presenza di disfagia lieve	3
	- Presenza di disfagia moderata-severa	4
	- Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
<b>5</b>	<b>Eliminazione</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Monitoraggio alvo	2
	- Necessità di clisma	3
	- Necessità di essere accompagnato al WC	3
	- Gestione della stomia	3
	- Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
	- Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3
	- Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3
<b>6</b>	<b>Igiene - Abbigliamento</b>	



**SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN  
Ospedale di Comunità - ODC**

ACC - 32  
Data: 06/06/2024  
Rev. 0

	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
	- Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
	- Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
<b>7</b>	<b>Movimento</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
	- Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
	- Mobilitazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
	- Necessità di utilizzare sollevatore	4
	- Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<b>8</b>	<b>Riposo - Sonno</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Sonno indotto con farmaci	2
	- Disturbi del sonno	3
	- Agitazione notturna costante	4
<b>9</b>	<b>Sensorio e Comunicazione</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
	- Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
	- Deficit cognitivo lieve	2
	- Deficit cognitivo moderato	3
	- Deficit cognitivo grave	4
	- Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<b>10</b>	<b>Ambiente Sicuro/Situazione Sociale</b>	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Apparecchi medicali dal domicilio	2
	- Rischio caduta medio-alto	4
	- Uso di mezzi di protezione	4
	- Attivazione assistente sociale	3
	- Educazione sanitaria del caregiver	2
	- Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
<b>11</b>	<b>Terapie</b>	
	- Assenza di terapia	1
	- Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
	- Terapia più di 2 volte die	3
	- Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die	2
	- Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
	- Antibiotico in infusione continua	3
	- Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
	- Nutrizione parenterale totale	3
<b>12</b>	<b>Altri Bisogni Clinici</b>	
	- Assenza di altri bisogni clinici	1
	- Monitoraggio settimanale ematochimici	2
	- Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
	- Necessità di consulenze specialistiche	3
	- Necessità di follow-up strumentale	3
	- Necessità di fisioterapia di gruppo	2
	- Necessità di fisioterapia individuale	3
	- Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
	- Comorbilità severa (CIRS-C >3)	3
	- Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il valore assegnato con maggiore frequenza.



**SEGNALAZIONE PER RICHIESTA DI PRESA IN CARICO IN  
Ospedale di Comunità - ODC**

ACC - 32  
Data: 06/06/2024  
Rev. 0

INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE		1	2	3	4
1	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA				
2	FUNZIONE RESPIRATORIA				
3	MEDICAZIONI				
4	ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE				
5	ELIMINAZIONE				
6	IGIENE - ABBIGLIAMENTO				
7	MOVIMENTO				
8	RIPOSO SONNO				
9	SENSORIO E COMUNICAZIONE				
10	AMBIENTE SICURO - SITUAZIONE SOCIALE				
11	TERAPIE				
12	ALTRI BISOGNI CLINICI				
INDICE DI INTENSITÀ ATTRIBUITO					
<b>IIA</b>	INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE (corrisponde al punteggio assegnato con <b>maggiore frequenza</b> ; in caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto)..				

**GLI INDICI 2 E 3 INDICANO L'ACCESSO APPROPRIATO ALL'ODC.**

- **Indice 1** Autonomia nel soddisfacimento del bisogno: **Intensità assistenziale bassa**
- **Indice 2** Dipendenza minima della persona: **Intensità assistenziale medio bassa**
- **Indice 3** Dipendenza elevata della persona: **Intensità assistenziale medio alta**
- **Indice 4** Forte grado di dipendenza o dipendenza totale: **Intensità assistenziale alta**

<b>Data di compilazione</b>	<b>Nome e cognome Medico</b> .....
____/____/____	<b>Recapito Telefonico</b> .....
	<b>Firma</b> .....

**RIFERIMENTI:**

**COORDINATORE INFERMIERISTICO:** Mariateresa Spertini – 366 787 8157

**CASE MANAGER:** Marian Grecu – 0332668711- 388 375 4874

**MAIL:** odc@menottibassani.it

Data di ricevimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_