



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

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



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

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

6	Igiene - Abbigliamento	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
	- Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
	- Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
7	Movimento	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
	- Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
	- Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
	- Necessità di utilizzare sollevatore	4
	- Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
8	Riposo - Sonno	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Sonno indotto con farmaci	2
	- Disturbi del sonno	3
	- Agitazione notturna costante	4
9	Sensorio e Comunicazione	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
	- Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
	- Deficit cognitivo lieve	2
	- Deficit cognitivo moderato	3
	- Deficit cognitivo grave	4
	- Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
10	Ambiente Sicuro/Situazione Sociale	
	- Senza aiuto/sorveglianza	1
	- Apparecchi medicali dal domicilio	2
	- Rischio caduta medio-alto	4
	- Uso di mezzi di protezione	4
	- Attivazione assistente sociale	3
	- Educazione sanitaria del caregiver	2
	- Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
11	Terapie	
	- 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
12	Altri Bisogni Clinici	
	- 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 INTENSITA' 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 INTENSITA' ATTRIBUITO					
IIA	INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE (corrisponde al punteggio assegnato con maggiore frequenza ; 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**

Data di compilazione	Nome e cognome Medico
____/____/____	Recapito Telefonico
	Firma

RIFERIMENTI:

COORDINATORE INFERMIERISTICO: Mariateresa Spertini – 366 787 8157

CASE MANAGER: Marian Grecu – 0332668711- 388 375 4874

MAIL: odc@menottibassani.it

Data di ricevimento ____ / ____ / ____