



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

ODC - 03
Data: 06/06/2024
Rev. 0

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:

Grado di parentela _____ Cognome _____ Nome _____
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



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

ODC - 03
Data: 06/06/2024
Rev. 0

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 S/T | <input type="checkbox"/> rantolo | <input type="checkbox"/> vomito |
| <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 FISIologici	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	$\leq 35,0$		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	$\geq 39,1$	
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

ODC - 03
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 infusionale 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
	- Comorbidità lieve (CIRS-C <3)	2
	- Comorbidità 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

ODC - 03
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 ____ / ____ / ____