



## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITA' DI CURE INTERMEDIE

Cognome e Nome	Data Nascita	Sesso
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Domicilio (indirizzo abitazione o struttura residenziale)	telefono
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Residente in Lombardia:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Invalidità:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In corso
Cittadino extra UE:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Accompagnamento:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In corso

**Inviante**

<input type="checkbox"/>	<b>Ospedale</b>	telefono
	Reparto	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	Referente	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<b>Altro</b> (Riportare nominativo e qualifica medico med. Gen., medico RSA, medico specialista, ecc.)	telefono
	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Caregiver/persona di riferimento**

<input style="width: 95%;" type="text"/>	telefono
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Amministratore di sostegno**     Non necessario     No     Si    telefono

Nominativo	telefono
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Costituiscono criteri di esclusione per il ricovero in unità di cure intermedie:

- paziente instabile secondo la classificazione della scala SIC (punteggio 3)
- paziente con acuzie non risolta
- percorso diagnostico incompleto o in corso di definizione
- paziente con patologia psichiatrica attiva
- paziente con condizione per cui sono previsti interventi specifici (SV, SLA, hospice)

**AREA CLINICA    VALUTAZIONE DI INSTABILITA' CLINICA (SCALA SIC)**

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



**EVENTO INDICE** (evento che ha determinato il ricovero in ospedale da cui deve essere dimesso con una diagnosi oppure evento al domicilio che determina una recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale entrambi passibili o meno di ripristino clinico-funzionale)

Data evento indice se individuabile

Altrimenti specificare il periodo:  meno di 3 mesi  meno di 6 mesi  meno di un anno

**Mezzo di sintesi** (se posizionato un mezzo di sintesi specificarne il tipo/materiale per possibili incompatibilità in indagini radiologiche o terapie)

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

**RIFERITA ALLA CONDIZIONE PRECEDENTE L'EVENTO INDICE**

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

*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*

*BADL: Alimentazione, igiene personale, abbigliamento, bagno-doccia, continenza, uso del gabinetto, trasferimenti, deambulazione*

**Comorbidità significativa** (patologie "attive", ovvero in corso di trattamento anche farmacologico e/o monitoraggio, associate al motivo di ingresso)



CONDIZIONI GENERALI AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

• Controllo del tronco (con riferimento al trunk control test)

- Controllo del tronco options: nessun controllo (TCT=0), in grado di girarsi senza supporto su almeno un lato (TCT <25), capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi con supporto (TCT<50), capace di mantenersi seduto per almeno 30 secondi senza supporto (TCT> 50), buon controllo

- Passaggi posturali: Independent, con aiuto, dipendente
Utilizza ausili per la deambulazione: SI, NO, Se si, quali?
Verticalizzazione: SI, NO
Carico concesso: completo, parziale, assente
Se in ossigenoterapia, in atto svezzamento: SI, NO
Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento: SI, NO
Se cannula tracheale, in atto rimozione: SI, NO

Stato Nutrizionale: ADEGUATO, OBESITA', MALNUTRIZIONE, Peso kg:

TERAPIA FARMACOLOGICA IN CORSO (indicare il farmaco in uso e la posologia)

- 12 numbered boxes for listing pharmacological therapy

Eventuali farmaci con piano terapeutico:

Table with 2 columns: Therapy name and score (1-3)

Table with 2 columns: Clinical needs and score (1-3)



**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 si/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

<p><b>Patologie psichiatriche:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><i>Se si, specificare</i> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>In carico a CPS:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><i>Se si, specificare</i> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><b>Tentato suicidio:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><i>Se si, specificare</i> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	<p><b>Alterazioni del comportamento rilevanti</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wandering</p> <p><input type="checkbox"/> Depressione</p> <p><input type="checkbox"/> Agitazione/aggressività</p> <p><input type="checkbox"/> Etilismo</p> <hr/> <p><b>Rientro al domicilio</b></p> <p><input type="checkbox"/> Certo    <input type="checkbox"/> Probabile    <input type="checkbox"/> RSA    <input type="checkbox"/> Attivata pratica</p>
<p><b>Il Paziente è affetto da demenza?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si    <i>Se si, la diagnosi risale a:</i> <input type="checkbox"/> &lt; 3 mesi    <input type="checkbox"/> &lt; 1 anno    <input type="checkbox"/> &gt; 1 anno</p> <p><b>Disturbi comportamentali e sintomi psichici?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si    <i>Se si, da quanto tempo:</i> <input type="checkbox"/> giorni    <input type="checkbox"/> vari mesi    <input type="checkbox"/> anni</p>	



---

**Da compilare solo per profilo demenze**

**Disturbi comportamentali**

- Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.)
- Allucinazioni
- Vagabondaggio o si perde fuori casa
- Agitazione notturna
- Inversione ritmo sonno-veglia
- Aggressività verso sé e/o gli altri
- Urla o lamentazioni o vocalismi
- Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica
- Presenza di disturbi del comportamento alimentare

**Confusione**

- Completamente confuso, personalità destrutturata
- Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe
- Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio
- Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente

**Irritabilità**

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità
- Non mostra segni di irritabilità

**Irrequietezza**

- Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
- Si agita e gesticola durante la conversazione
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

---

**AREA SOCIALE** CONDIZIONE SOCIALE

- 1** supporto sociale presente (vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario)
- 2** parziale supporto sociale (vive solo oppure in famiglia ma i famigliari, anche se presenti, non sono in grado di fornire tutto il supporto necessario)
- 3** assenza di supporto sociale (vive solo e non sono presenti figure di riferimento)

---

**OBIETTIVI DEL RICOVERO (anche più di uno)**

- Stabilizzazione clinico assistenziale ("convalescenza" e monitoraggio funzioni vitali)

- Recupero e miglioramento funzionale
- Supporto e addestramento del care-giver (nursing riabilitativo e addestramento a device e/o ausili)
- Valutazione e indirizzo alle cure di fine vita (prognosi poco favorevole e approccio palliativo)



## Regione Lombardia

### AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (ICA)

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		4) ALIMENTI E IDRATAZIONE	
<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"/> Prescrizione dietetica	2
<input type="checkbox"/> Parametri ≥ 3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	5) ELIMINAZIONE	
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3
<input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero / a lunga permanenza	3
<input type="checkbox"/> Parametri ≥ 3 rilevazioni die	3	6) IGIENE E ABBIGLIAMENTO	
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
3) MEDICAZIONI		7) MOVIMENTO	
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	<input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore	4
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	8) RIPOSO E SONNO	
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2

<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3
		<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4
		<b>9) SENSORIO E COMUNICAZIONE</b>	
		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
		<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
		<input type="checkbox"/> Difficoltà in grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
		<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
		<b>10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE</b>	
		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
		<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2
		<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alta	4
		<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4
		<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3
		<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2
		<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3

<b>INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FUNZIONE RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAZIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTI E IDRATAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IGIENE E ABBIGLIAMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVIMENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIPOSO E SONNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSORIO E COMUNICAZIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESITO DI COLONNA MAGGIORMANTE RAPPRESENTATO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>LA VALUTAZIONE I.C.A. DELINEA IL PROFILO</b>	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	<b>4</b> <input type="checkbox"/>

Nella scheda ICA compilare tutte le voci dei bisogni rilevanti 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)

Data di compilazione

Nome e firma dell'Infermiere

Nome e firma del Medico





**Matrice per la determinazione del Profilo di cura**

Per ciascuna area sono stati individuati gli indicatori che permettono la collocazione dell'utente nel profilo corrispondente ai differenti bisogni rilevati nelle aree di assistenza, cura e riattivazione, attraverso il seguente processo decisionale:

1. la valutazione ICA consente una prima suddivisione degli utenti in due ambiti: profili 1 e 2 oppure profili 3 e 4;
2. il punteggio delle successive tre scale (SIC, Ranking e SDC) determina l'individuazione precisa del profilo: confrontando i valori ottenuti con le soglie previste dalla matrice di seguito riportata, viene individuato il profilo più elevato in cui, oltre alla scala ICA, sia verificata almeno una delle successive scale.

La classificazione nel profilo 5 – Demenze è determinata dalla presenza di disturbi attivi del comportamento in soggetti con diagnosi già definita di demenza, con manifestazioni che richiedono il ricovero in ambiente protetto.

Indicatore		Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
<b><i>Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo</i></b>		<i>Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica</i>	<i>Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero funzionale</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica con necessità di elevato recupero funzionale</i>
<b>1</b>	<b>Indice di complessità assistenziale (10 Item) I.C.A.</b>	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
<b>2</b>	<b>Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica - SIC)</b>	Bassa instabilità (SIC < 3)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Alta instabilità (SIC = 3)	Alta instabilità (SIC = 3)
	<b>Rankin pre-evento (dipendenza pre-evento)</b>	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)	Alta dipendenza (Rankin ≥ 3)	Bassa dipendenza (Rankin ≤ 2)
	<b>Scala Disabilità Comunicativa - SDC</b>	Alta disabilità	Bassa disabilità	Alta disabilità	Bassa disabilità