

PROPOSTA DI RICOVERO OSPEDALE DI COMUNITA'

Cognome e nome paziente: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Residenza: _____

Codice fiscale _____

SETTING DI PROVENIENZA *(scegliere una opzione)*

☐ Reparto ospedaliero: _____

☐ Ambulatorio specialistico: _____

☐ Pronto Soccorso: _____

☐ Domicilio

☐ Altro: _____

RETE FAMILIARE DI RIFERIMENTO E/O SERVIZIO SOCIALE DI COMPETENZA

Caregiver principale: _____ Tel: _____

AS territoriale di riferimento: _____ Tel: _____

MMG di riferimento: _____ Tel: _____

IfeCG di riferimento: _____ Tel: _____

MOTIVO DEL RICOVERO *(scegliere una opzione)*

☐	Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa	☐	Riattivazione funzionale
☐	Patologia cronica riacutizzata	☐	Interventi riabilitativi, rieducativi, monodistretto o completamento di interventi estensivi
☐	Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica	☐	Acuzie minori
☐	Educazione/addestramento del paziente e del caregiver	☐	Isolamento per patologia infettiva
☐	Altro	☐	

VALUTAZIONE STABILITÀ CLINICA

Per paziente proveniente da Territorio (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)
- ☐ 4 ALTAMENTE INSTABILE: Con problemi clinici che necessitano di MMI/S intensivo pluriquotidiano (almeno due altri accessi oltre a quello previsto di routine * Monitoraggio medico infermieristico e/o strumentale significa: visita medica completa o valutazione attenta “problema orientata” e/o esami di laboratorio e/o strumentali.

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

☐ Scala SIC– punteggio: _____

Per paziente proveniente da Ospedale BG EST

Tabella - Punteggi per il calcolo di NEWS2 Score

parametri vitali	punteggio 3	punteggio 2	punteggio 1	punteggio 0	punteggio 1	punteggio 2	punteggio 3
1 Frequenza respiratoria (per minuto)	≤ 8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥ 25
2 Frequenza cardiaca (battiti per minuto)	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131
3 Temperatura corporea (°C)	≤ 35		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥ 39.1	
4 Pressione sistolica (mmHg)	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
5 Stato di coscienza				Cosciente			CVPU*
6a Saturazione di ossigeno (%)	≤ 91	92 - 93	94 - 95	≥ 96			
6b Saturazione di ossigeno (%) [se BPCO]	≤ 83	84 - 85	86 - 87	88 - 92 ≥ 93 in AA	93 - 94 in O ₂	95 - 96 in O ₂	≥ 97 in O ₂
In aria, ambiente o ossigeno-terapia?		O ₂ **		AA			

- Attribuire un punteggio pari a 3 a “Nuova comparsa di confusione/disorientamento/agitazione (C)” o a “Qualsiasi alterazione della coscienza (VPU)”.
- C: Confusione, disorientamento e/o agitazione di nuova insorgenza, laddove in precedenza vi era uno stato mentale normale. Il paziente può rispondere alle domande in modo coerente, ma presenta confusione, disorientamento e/o agitazione. Quando non è chiaro se lo stato mentale alterato di un paziente sia “nuovo” o rappresenti il suo stato abituale, deve essere classificato come nuovo fino a quando non venga confermato il contrario.
- VPU: tutte le condizioni che **non sono classificate come A** nel sistema AVPU (A-alert=cosciente; V-verbal=risponde a chiamata; P-pain=risponde al dolore; U-unresponsive=non risponde).
- ** Attribuire un punteggio pari a 2 in caso di supplementazione di ossigeno fornito attraverso maschera o cannula nasale.

LEGENDA

AA: aria ambiente
 O₂: ossigeno-terapia

☐ Scala NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore con nessuna variabile uguale a 3 –
 punteggio: _____

BG OVEST E PAPA GIOVANNI XXIII

Carta 1: National Early Warning Score (NEWS)

PARAMETRI FISIOLOGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		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

☐ Scala NEWS score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore con nessuna variabile uguale a 3 – punteggio: _____

Per paziente proveniente da Pronto Soccorso

- ☐ Scala SIC (vedi sopra)– punteggio: _____
- ☐ Scala NEWS2 (vedi sopra) score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore con nessuna variabile uguale a 3– punteggio: _____
- ☐ Scala NEWS score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore con nessuna variabile uguale a 3 – punteggio: _____

Per tutti i pazienti:

SCHEDA DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE (IIA)

La compilazione deve essere congiunta da parte del personale medico ed infermieristico.
Assegnare il valore ad ogni bisogno assistenziale.

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		7) MOVIMENTO	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri <3 rilevazioni die	2	Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
Parametri ≥3 rilevazioni die	3	Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	Necessità di utilizzare il sollevatore	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	8) RIPOSO E SONNO	
Quantità urine	2	Senza aiuto/sorveglianza	1
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		Sonno indotto con farmaci	2
Senza aiuto/sorveglianza	1	Disturbi del sonno	3
Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	Agitazione notturna costante	4
Dispnea da sforzo grave	3	9) SENSORIO E COMUNICAZIONE	
Dispnea a riposo	4	Senza aiuto/sorveglianza	1
Secrezioni abbondanti da bronco aspirare	4	Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
Tosse acuta/cronica	3	Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
Parametri <3 rilevazioni die	2	Deficit cognitivo lieve	2
Parametri ≥3 rilevazioni die	3	Deficit cognitivo moderato	3
Ossigenoterapia	3	Deficit cognitivo grave	4
Necessità di ventilazione notturna	3	Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
Presenza di tachicardia	4	10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	
Terapia con nebulizzazioni	3	Senza aiuto/sorveglianza	1
3) MEDICAZIONI		Apparecchi medicali dal domicilio	2
Assenza di medicazioni	1	Rischio caduta medio-alta	4
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	Uso di mezzi di protezione	4
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	Attivazione assistente sociale	3
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	Educazione sanitaria del care-giver	2
Ferita chirurgica non complicata	2	Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	11) TERAPIE	
Moncone di amputazione da medicare	3	Assenza di terapie	1
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
Stomia recente da medicare	3	Terapia più di due volte die	3
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc) 1v/die	2
4) ALIMENTI E IDRATAZIONE		Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
Senza aiuto/sorveglianza	1	Antibiotico in infusione continua	3
Prescrizione dietetica	2	Terapia infusoriale continua con inotropi, vasodilatatori	4
Necessità di aiuto per azioni complesse	2	Nutrizione parenterale totale	3
Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3	12) ALTRI BISOGNI CLINICI	
Presenza di disfagia lieve	3	Assenza di altri bisogni clinici	1
Presenza di disfagia moderata/severa	4	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3	Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
5) ELIMINAZIONE		Necessità di consulenze specialistiche	3
Senza aiuto/sorveglianza	1	Necessità di follow-up strumentale	3
Monitoraggio alvo	2	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Necessità di clisma	3	Necessità di fisioterapia individuale	3
Necessità di essere accompagnato al WC	3	Comorbilità lieve (CIRS - C<3)	2
Gestione della stomia	3	Comorbilità severa (CIRS - C≥3)	3
Presidi assorbenti solo di notte/pappagalio	2	Necessità di educazione sanitaria del paziente	2
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3	NOTE	
Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3	☐ Isolamento per malattia infettiva	
6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO		☐ altro:	
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		

☐ IIA (allegata) – punteggio: _____

DIAGNOSI E ATTUALI CONDIZIONI CLINICHE (*allegare documentazione clinica*)

TERAPIA IN ATTO (*è possibile allegare documentazione clinica*)

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

- ☐ consolidamento della stabilità clinica
- ☐ monitoraggio dell'efficacia della terapia e deprescrizione terapeutica alla dimissione
- ☐ risoluzione di lesioni cutanee o ferite chirurgiche
- ☐ recupero dell'autonomia pre morbosa
- ☐ addestramento caregiver/badante
- ☐ Altro

DURATA STIMATA DEL RICOVERO _____

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 socioassistenziale (attivazione di servizi come SAD, Pasti al domicilio, trasporto sociale, ecc...)
- ☐ richiesta di ricovero in RSA/ Sollievo
- ☐ Altro _____

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

- ☐ Sì
- ☐ No

Data di compilazione ____/____/____

Nome e cognome medico _____
(timbro e firma)

Recapiti:

Mail _____

Telefono _____

Si declinano per chiarezza i criteri di eleggibilità e di esclusione (DGR XII/1435 del 2023)

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

- Intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (**IIA 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

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Patologie acute in atto o croniche riacutizzate non stabili
- Diagnosi non ancora definita
- **IIA > 3** (indice di intensità assistenziale)
- Patologia psichiatrica attiva o delirium in atto
- Pz con demenza e disturbi comportamentali non controllati con la terapia
- Pz destinati a setting di cura specifici specializzati (SLA, SVP, Hospice) o criteri per C-dom
- Pz che necessitano di percorso riabilitativo **intensivo**
- Ricoveri di sollievo o per motivazioni solo di natura socioeconomica
- Patologia infettiva

DICHIARAZIONE DI CONSENSO alla presa in carico presso OSPEDALE DI COMUNITA'

Io Sottoscritto/a _____
essendo stato/a informato/a dal Dott./Dott.ssa _____
dell'opportunità di ricovero presso l'Ospedale di Comunità

☐ **AUTORIZZO** ☐ **NON AUTORIZZO**

il proseguimento delle cure presso l'Ospedale di Comunità di _____

Data _____ Firma _____

Se l'acquisizione del Consenso Informato ha richiesto la mediazione di altra persona
diversa dal paziente (parente o tutore):

Cognome e Nome _____

Tipo e n. Documento di Identificazione _____

Data _____ Firma _____