

COGNOME _____ NOME _____
DATA DI NASCITA _____
SESSO M ☐ F ☐ ETÀ _____
DOMICILIO _____ MMG _____

Provenienza:

☐ Ospedale _____
Reparto _____
Telefono _____

☐ Domicilio _____
MMG _____
Telefono _____

☐

DIAGNOSI MEDICA COMPRENSIVA DELLE PIU' IMPORTANTI COMORBILITA'

ALTRI ELEMENTI CLINICI RILEVANTI _____

TERAPIA IN ATTO _____

Sono soddisfatti i criteri di ammissione allegati? SI ☐ NO ☐

Eventuali considerazioni aggiuntive _____

Data _____

Firma e timbro Medico _____

CRITERI CLINICI DI ACCESSO

Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;
- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica);
- consenso informato del paziente.

Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

CRITERI DI ESCLUSIONE

Criteri di esclusione:

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 5 o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3 ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.

Scheda per la definizione dell'indice di intensità assistenziale (IIA)

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

9. Sensorio e comunicazione	Punteggio	10. Ambiente sicuro/situazione sociale	Punteggio
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	Apparecchi medicali dal domicilio	2
Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	Rischio caduta medio-alto	4
Deficit cognitivo lieve	2	Uso di mezzi di protezione	4
Deficit cognitivo moderato	3	Attivazione assistente sociale	3
Deficit cognitivo grave	4	Educazione sanitaria del care-giver	2
Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	Pianificazione di missione con altre istituzioni	3
11. Terapie	Punteggio	12. Altri bisogni clinici	Punteggio
Assenza di terapia	1	Assenza di altri bisogni clinici	1
Terapia solo orale 10-2 volte al giorno	2	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Terapia più di 2 volte die	3	Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
Trattamento infusivo (antibiotico/flettroliti ecc.) 1 v/die	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Trattamento infusivo (antibiotico/flettroliti) più vv/die	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Antibiotico in infusione continua	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Terapia infusoria continua con inotropi, vasodilatatori	4	Necessità di fisioterapia individuale	3
Nutrizione parenterale totale	3	Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
		Comorbilità severa (CIRS-C ~ 3)	3
		Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

Calcolo del L'Indice Intensità Assistenziale (IIA)	1	2	3	4
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensorio e comunicazione				
Ambiente sicuro /situazione sociale				
Terapie				
Altri bisogni clinici				
Indice Intensità Assistenziale Complessivo attribuibile				

NOTA: viene quindi assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'Indice di Intensità Assistenziale: nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.

Data _____ ora _____

FIRMA DEL MEDICO (Leggibile) _____

FIRMA DELL'INFERMIERE (Leggibile) _____

SCHEDA NEWS 2

	PUNTEGGIO						
Parametri fisiologici	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria/min	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2 % scala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO2 % scala 2*	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 in AA	93-94 in ossigeno	95-96 in ossigeno	≥97 in ossigeno
Supplementazione di ossigeno		si		no			
PA sistolica (mmHg)	≤90	91-100	101-110	11-219			≥220
Frequenza cardiaca /min	≤40		41-50	51-90	31-110	11-130	≥131
Livello di coscienza				Vigile			CVPU**
Temperatura (°C)	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

Punteggio: _____

*la scala 2 deve essere utilizzata nei soggetti con insufficienza respiratoria

**C: confusione; V: apertura degli occhi allo stimolo verbale; P: apertura degli occhi allo stimolo doloroso, U: non responsivo allo stimolo verbale né doloroso

Data _____ **ora** _____

FIRMA DEL MEDICO (Leggibile) _____

FIRMA DELL'INFERMIERE (Leggibile) _____