



FASCICOLO SOCIO-ASSISTENZIALE E SANITARIO – FaSAS OSPEDALE DI COMUNITÀ

DISTRETTO
OSPEDALE DI COMUNITÀ'

Responsabile clinico Dott.

Coord. Inf.

Tel.

DATA RICOVERO / PRESA IN CARICO: ____/____/____ **ORA:** ____

COGNOME **NOME**

Data di nascita/...../..... **Luogo di nascita** **Sesso:** €M €F **Età**

Codice Fiscale **Potestà decisionale** se stesso altri (specificare)

Nazionalità **Cittadinanza** **Lingua:** **Stato Civile**

Titolo di studio **Condizione professionale**

Invalità civile: € < 100% (____) € 100% senza accompagnamento € 100% con accompagnamento

Persone o strutture di riferimento (familiari/caregiver/ altro)

1) tel/cell..... **Mail**

2) tel/cell..... **Mail**

3) tel/cell..... **Mail**

Assistenza religiosa e spirituale € Sì € No **Se “Sì” indicare la religione**

Mediatore culturale..... tel/cell..... **Mail**

Medico di Medicina Generale (MMG) dr. tel/cell..... **Mail**

Richiesta di ricovero in OdC è effettuata da:

☐ MMG dr. _____

☐ Medico Ospedaliero dr. _____ **Struttura** _____

☐ Medico Specialista ambulatoriale dr. _____

☐ Medico di Pronto Soccorso del PO di _____ **previo accordo con OdC e secondo modalità previste**

☐ tramite la Centrale Operativa Territoriale (COT) _____

SINTESI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ALL'INGRESSO

.....

Motivazione prevalente che determina l'attivazione e/o presa in carico

NOME E COGNOME / Firma dell'Operatore Sanitario _____ / _____

COGNOME _____ NOME _____ Nato(a) il _____

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ALL'INGRESSO

SCHEDA PER LA DEFINIZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE (IIA) ALL'INGRESSO

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

Data _____ ora _____

Nome e Cognome/Firma Infermiere _____ / _____

COGNOME _____ **NOME** _____ **Nato(a) il** _____

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 (antibiotici/ elettroliti ecc.) 1 v/die	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Antibiotico in infusione continua	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	Necessità di fisioterapia individuale	3
Nutrizione parenterale totale	3	Comorbidità lieve (CIRS-C <3)	2
		Comorbidità 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 e 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				

Data _____ **ora** _____

Nome e Cognome e Firma Infermiere /Operatore Sanitario _____ / _____

COGNOME _____ NOME _____ Nato(a) il _____

Alcune definizioni operative - IIA

L'indice di intensità assistenziale (IIA) che si ottiene utilizzando la scheda, determina il grado di dipendenza del paziente:

Indice 1: la persona è autonoma 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.

Viene 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.

Criteri di sufficiente stabilizzazione clinica

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)

- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO₂ > 95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)

- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano

- **Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione**, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:

o temperatura corporea > 38°C o < 36°C

o frequenza cardiaca > 90

o frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32mmHg

o globuli bianchi > 12.000/mm³, o < 4.000/mm³ o > 10% di cellule immature

- **Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale** (per OS, SNG, PEG)

- **Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici**

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- decadimento cognitivo MMSE < 17;

- pazienti oncologici terminali;

- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.

COGNOME _____ **NOME** _____ **Nato(a) il** _____

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ALL'INGRESSO

SCALA NEWS2

PARAMETRI FISIOLGICI	Punteggio						
	3	2	2	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (al 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 aria	93-94 Ossigeno	95-96 Ossigeno	≥ 97 Ossigeno
Aria o Ossigeno		Ossigeno		Aria			
Pressione arteriosa Sistolica (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca (al min)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	11-130	≥ 131
Livello di coscienza				Vigile			CVPU
Temperatura (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	

Tabella a - Valutazione del rischio secondo la NEWS2

NEWS2 score	Rischio	Risposta
0-4	Basso	Risposta del reparto
Red Score Punteggio 3 Per un solo parametro	Basso - Medio	Risposta urgente del reparto
5-6	Medio	Soglia per la risposta urgente*
≥7	Alto	Risposta in emergenza o urgenza**

Data _____

Punteggio raggiunto = _____

Nome e Cognome / Firma Infermiere _____ / _____

COGNOME _____ **NOME** _____ **Nato(a) il** _____

Tabella b - Frequenza e risposta clinica nella NEWS2

NEWS2 score	Frequenza monitoraggio	Risposta clinica
0	Minimo ogni 12 ore	Monitoraggio di routine
1-4	Minimo ogni 4-6 ore	• Comunicare la variazione durante l'handover e condividere il segnale di allerta al team infermieristico • Il personale infermieristico decide la frequenza del monitoraggio e il livello di allerta
3 Per un singolo parametro	Minimo ogni ora	• L'infermiere informa il medico, che deciderà intervento di cura
≥5 Soglia di risposta urgente	Minimo ogni ora	• L'infermiere avverte immediatamente il medico che ha in cura il paziente • L'infermiere richiede una valutazione urgente da un clinico o da un team per la cura dei pazienti acuti • Fornisce cure in un ambiente con un sistema di monitoraggio
≥7 Soglia per la risposta in emergenza	Monitoraggio continuo dei parametri vitali	• L'infermiere informa il medico che ha in cura il paziente e che dovrebbe avere competenze nella valutazione dell'emergenza • L'emergenza dovrebbe essere valutata da team dedicato alle emergenze cliniche e gestione delle vie aeree • Valutare il trasferimento in terapia intensiva • Curare il paziente in un ambiente con sistema di monitoraggio

COGNOME _____ NOME _____ Nato(a) il _____

Anamnesi (A)

1. Il Paziente riferisce l'anamnesi in modo attendibile
2. Il Paziente è coadiuvato da un familiare nel riferire l'A.
3. Il Paziente è sostituito da un familiare nel riferire l'A.

ANAMNESI SOCIALE

Con chi vive _____

Abitazione / barriere architettoniche _____

Assistente a domicilio _____

Altro _____

ANAMNESI FUNZIONALE

Condizioni generali fisiche:

Vista _____ Udito _____ Mobilità _____

ANAMNESI FISIOLOGICA

1. Menarca _____ 2. Gravidanze _____ 3. Figli _____ 4. Menopausa _____

5. Modificazioni del peso corporeo negli ultimi 6 mesi _____

6. Tipo Alimentazione _____ 7. Alcolici _____ 8. Fumo _____

9. Minzione _____ 10. Alvo _____ 11. Sonno _____

ANAMNESI FARMACOLOGICA

Terapia in atto (nell'ultimo mese) n. _____ Tipo _____

Nome commerciale farmaco	Principio attivo farmaco	Posologia

ALLERGIE**NO****SI****Tipo** _____



 Regione Lombardia
ASST Mantova

ETICHETTA
PAZIENTE

ANAMNESI FAMILIARE

ANAMNESI PATOLOGIA REMOTA

VERIFICA DELLO STATO DELLO SCREENING

SCREENING NUTRIZIONALE (Scheda NRS - compilazione all'ingresso ed oggi 7 gg di degenza)

Presidi legati alla nutrizione artificiale No ☐ Sì ☐ Quali _____

VERIFICA DELLO STATO VACCINALE



 Regione Lombardia
ASST Mantova

ETICHETTA
PAZIENTE

Medico Dr. _____ firma _____



Carlo Poma

Sistema Soc. o Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Mantova

TIMBRO
Ospedale di Comunità

ETICHETTA
PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ Nato(a) il _____

ESAME OBIETTIVO GENERALE

CONDIZIONI GENERALI

APPARATO CARDIOVASCOLARE

APPARATO RESPIRATORIO

Ossigenoterapia SI ☐ NO ☐ (ricompresa nell'assistenza farmaceutica)

ADDOME

APPARATO GENITO – URINARIO

SISTEMA NERVOSO

ALTRO

data _____ Medico dr. _____ firma _____



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Mantova

TIMBRO
Ospedale di Comunità

ETICHETTA
PAZIENTE

PROGETTO SOCIO SANITARIO INDIVIDUALE (PI)

COGNOME _____ NOME _____ Nato(a) il _____

SINTESI DEI BISOGNI COME ESITO DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

AREA DI INTERVENTO

OBIETTIVI ed INTERVENTI (AZIONI-TEMPI-FIGURE COINVOLTE):

VERIFICA (definiti i tempi di verifica per i singoli obiettivi)

DATA: ____/____/____

Nome e Cognome/ FIRMA/ E OPERATORE/ I: _____/_____
_____/_____/_____

Avvenuta informazione e condivisione del PI con l'assistito/l'avente titolo

FIRMA UTENTE/I COINVOLTO / I: _____

COGNOME _____ NOME _____ Nato(a) il _____

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)

Valutazione all'ingresso _____

Area di intervento IIA_News Score Obiettivo	Trattamenti/ Interventi/terapia	Modalità di attuazione		
		Con quale intensità	Tempi previsti	Equipe/operatori coinvolti

Durata presunta della degenza: _____

Risultati attesi / News2 score _____

Data _____ Nome/Cognome Operatore san. dr. _____ firma _____

Risultati raggiunti

- ☐ Educazione ed addestramento del paziente /caregiver per l'accompagnamento verso il domicilio
- ☐ Ottimizzazione dell'aderenza alla terapia farmacologica _____
- ☐ Addestramento del paziente /caregiver nella somministrazione dei farmaci _____
- ☐ Miglioramento dell'autonomia funzionale _____
- ☐ Educazione ed Informazione paziente / caregivers per migliorare le capacità di autocura _____
- ☐ Altro _____

Data _____ Nome/Cognome Operatore san. dr. _____ firma _____



Sistema Soc o Sanitario



TIMBRO
Ospedale di Comunità

ETICHETTA
PAZIENTE

DIARIO CLINICO

COGNOME _____ **NOME** _____ **Nato(a) il** _____

[illegible]



Sistema Soc o Sanitario



TIMBRO
Ospedale di Comunità

ETICHETTA
PAZIENTE

DIARIO ASSISTENZIALE

COGNOME _____ **NOME** _____ **Nato(a) il** _____

[illegible]



Sistema Soc o Sanitario



TIMBRO
Ospedale di Comunità

ETICHETTA
PAZIENTE

DIARIO TECNICO RIABILITATIVO

COGNOME_____ **NOME**_____ **Nato(a) il**_____

[illegible]



Sistema Soc o Sanitario



ETICHETTA
PAZIENTE

COGNOME.....NOME.....Nato/a il.....

[illegible]



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Mantova

TIMBRO
Ospedale di Comunità

ETICHETTA
PAZIENTE

ESAMI STRUMENTALI

RICHIESTA ESAMI	Firma Medico richiedente	Richiesto il	Programmato il	Eseguito il /Firma	Referto pervenuto il

CONSULENZE SPECIALISTICHE

RICHIESTA CONSULENZE	Firma Medico richiedente	Richiesto il	Eseguita il



SCHEDA INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE dall'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Indirizzato a:

Sig./ra Cognome e Nome Nato/a il.....

Data ingresso nell'OdC.

STATO COSCIENZA

Vigile orientato Resp. Stimolo verbale Resp. Stimolo doloroso Non risponde
Segnalazioni.....

MOBILIZZAZIONE/ AMBIENTE SICURO

Autosufficiente Parzialmente dipendente Dipendente Ausili
Valutazione Conley del rischio cadutePunteggio.....
Segnalazioni
Indicazioni per la mobilizzazione

IGIENE E COMFORT

autosufficiente parzialmente dipendente dipendente
Segnalazioni.....

CUTE

Integra Si No Localizzazione e descrizione delle lesioni
.....
Medicazioni lesioni cute.....
Ferita chirurgica (tipo).....
Medicazioni ferita chirurgica.....
Segnalazioni.....

ALIMENTAZIONE

Autosufficiente Dipendente Dieta Nutrizione artificiale
Segnalazioni

ELIMINAZIONE

Incontinenza urinaria Incontinenza fecale Stipsi Stomia
Catetere vescicale tipo Ultima sostituzione.....
Segnalazioni

DRENAGGI: TIPO

POSSIBILITA DI REINFUSIONE

DOLORE

Sede
Segnalazioni

RESPIRAZIONE

normale
 con ausili
 occhialini
 maschera Venturi
 tracheostomia

tipo cannula.....
 Ch.....
 Data ultima sostituzione.....

Ventilatore

* Modello _____
 * Con maschera nasale _____
 * Con maschera facciale _____
 * Con O2 litri/min _____
 * In AA _____
 * Data sostituzione circuito _____
 * Data sostituzione filtro _____

Segnalazioni.....

COMUNICAZIONE

Segnalazioni.....

TERAPIA ESEGUITA PRIMA DELLA DIMISSIONE

.....

INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE (IIA)

INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE	1	2	3	4
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione e idratazione				
Eliminazione				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensorio e comunicazione				
Ambiente sicuro /situazione sociale				
Terapie				
Altri bisogni clinici				
INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE COMPLESSIVO alla DIMISSIONE				

NEWS2 Score alla dimissione

DATA ____/____/____

Nome /Cognome Infermiere _____ **Firma** _____

DIMISSIONE MEDICA

Compilazione strutturata e contiene almeno le seguenti informazioni:

- * Periodo di degenza
- * Motivo del ricovero, diagnosi e comorbidità;
- * Obiettività fisica riscontrata e altri accertamenti significativi
- * Procedure diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, socioassistenziali e riabilitative eseguite
- * Terapia farmacologica significativa, compresa la terapia alla dimissione (vale a dire, tutti i farmaci da assumere a domicilio)
- * Condizioni /stato del paziente alla dimissione
- * Stili di vita consigliabili correlati alla patologia di ricovero
- * Istruzioni di follow up