

ASST

COGNOME

NOME

PREFERENZA PER L'UTENTE/FAMIGLIA PER L'EROGATORE:

E' possibile segnalare fino a 3 preferenze

Inserire i numeri da 1 a 3 nelle apposite caselle: l'istituto maggiormente preferito sarà indicato con 1

Denominazione e indirizzo dell'istituto	Punteggio
ISTITUTO PALAZZOLO Via Palazzolo – Milano	<input type="text"/>
ISTITUTO REDAELLI Via D'Alviano – Milano	<input type="text"/>
PIO ALBERGO TRIVULZIO Via Trivulzio – Milano	<input type="text"/>
Denominazione altro istituto	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Denominazione altro istituto	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>
Denominazione altro istituto	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>



RegioneLombardia

## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDIIE

**Cognome e Nome**

**Data di Nascita**

**Sesso:**  Maschio  Femmina

**Domicilio** (indirizzo abitazione o struttura residenziale)

**Telefono**

**Residente in Lombardia:**  No  Sì      **Invalidità:**  No  Sì  In corso

**Cittadino Extra UE:**  No  Sì      **Accompagnamento:**  No  Sì  In corso

**INVIANTE**

Ospedale

Reparto

Telefono

Referente

Telefono

**CAREGIVER/PERSONA DI RIFERIMENTO**

Telefono

**AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Non necessario  No  Sì

Nominativo e Telefono



RegioneLombardia

## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDIIE

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 della instabilità clinica (SCALA SIC)

**Attenzione: è consentito scegliere una sola opzione**

- 0 STABILE** problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale
- 1 MODERATAMENTE STABILE** problemi clinici che necessitano di monitoraggio MMI/S programmabile 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 strumentali

### EVENTO INDICE

(evento che ha determinato il ricovero in ospedale e da cui deve essere dimesso con una diagnosi oppure evento al domicilio che determina una recente modifica dello stato clinico- assistenziale-funzionale entrambi passibile 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 1 anno

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



## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDIIE

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

Riferita alla condizione precedente l'evento indice

**Attenzione: è consentito scegliere una sola opzione**

- 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.

**Comorbosità 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):

**Attenzione: è consentito scegliere una sola opzione**

- Nessun controllo
- 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**

Indipendente     Con aiuto     Dipendente

**Utilizza ausili per la deambulazione**  Sì     No

Se sì, quali?



RegioneLombardia

## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDI

**Verticalizzazione**

Sì  No

**Carico concesso**

Completo  Parziale  Assente

**Se ossigenoterapia, in atto svezzamento**

Sì  No

**Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento**

Sì  No

**Se cannula tracheale, in atto rimozione**

Sì  No

**Stato nutrizionale:**  ADEGUATO  OBESITA'  MALNUTRIZIONE Peso Kg:

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

1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
11.	12.

Eventuali farmaci con piano farmaceutico:

--

TERAPIE IN CORSO		ALTRI BISOGNI CLINICI		
<input type="checkbox"/> Assenza di terapie	1	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1	
<input type="checkbox"/> Terapia solo orale	2	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici standard	2	
<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	3	
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3	
<input type="checkbox"/> Trattamento dialitico attivo	3	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3	



RegioneLombardia

## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDI

### SCALA DELLA DISABILITÀ COMUNICATIVA

Attenzione: è consentito scegliere una sola opzione

- 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 pz. 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 sì/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

---

**Patologie psichiatriche**  No  Sì

Se sì, specificare

**In carico a CPS**  No  Sì

Se sì, specificare

**Tentato suicidio**  No  Sì

Se sì, specificare

---

### Alterazioni del comportamento rilevanti

- Wandering
- Depressione
- Agitazione/aggressività
- Etilismo

---

**Rientro a domicilio**  Certo  Probabile  Attivata pratica RSA

**SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE  
PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDI****Il paziente è effetto da demenza?**  No  SìSe sì, la diagnosi risale a:  >3mesi  <1 anno  >1 anno**Disturbi comportamentali e sintomi psichici?**  No  SìSe sì, da quanto tempo:  vari giorni  mesi  anni**Da compilare solo se profilo demenze**

<b>Disturbi comportamentali</b>	<b>Confusione</b>
<input type="checkbox"/> Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.)	<input type="checkbox"/> Completamente confuso, personalità destrutturata
<input type="checkbox"/> Allucinazioni	<input type="checkbox"/> Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe
<input type="checkbox"/> Vagabondaggio o si perde fuori casa	<input type="checkbox"/> Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio
<input type="checkbox"/> Agitazione notturna	<input type="checkbox"/> Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente
<input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia	
<input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o gli altri	
<input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi	
<input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica	
<input type="checkbox"/> Presenza di disturbi del comportamento alimentare	
<b>Irritabilità</b>	
	<input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
	<input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità,
	<input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità
<b>Irrequietezza</b>	
	<input type="checkbox"/> Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
	<input type="checkbox"/> Si agita e gesticola durante la conversazione
	<input type="checkbox"/> Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDI

### AREA SOCIALE

Attenzione: è consentito scegliere una sola opzione

- 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 familiari, 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 caregiver (nursing riabilitativo e addestramento a device e/o ausili)
- Valutazione e indirizzo alle cure di fine vita (prognosi poco favorevole e approccio palliativo)



RegioneLombardia

## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDI

### AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (ICA)

Nella scheda ICA compilare tutte le voci dei bisogni rilevati 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).

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 modesta/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 ED 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, infusione )	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



RegioneLombardia

## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDI

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

INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	1	2	3	4
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"/>
Alimentazione e idratazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eliminazione urina ed intestinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Igiene ed 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"/>
Risposo e sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensori 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 maggiormente rappresentato</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>La valutazione ICA delinea il profilo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Data di compilazione

Cognome e Nome infermiere

Cognome e Nome medico

Firma infermiere

.....

Firma medico

.....

**Documento firmato in originale e depositato agli atti della UO.**



## SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDI

### Matrice per la determinazione del profilo di cura

Per ciascuna area sono 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 tre 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.

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