


Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Pavia</b>	<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE</b>  <b>MOD02.TER727.DID01.86006/PRO01</b>	<b>Ed 1</b> <b>Rev 0</b> <b>2023</b>
--	--	--

<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE</b>
---

DATA \_\_\_\_\_

Cognome e Nome .....

Data di Nascita ..... Sesso    M ☐    F ☐

Residenza .....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La scheda prevede una compilazione **congiunta** da parte del personale medico ed infermieristico.


Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC.

Selezionare per ciascun bisogno il valore corrispondente (anche scelta multipla).

BISOGNI ASSISTENZIALI: valutazione del paziente		MAP/U.O. INVIANTE
<b>1</b>	<b>Funzione Cardiocircolatoria</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Parametri < 3 rilevazione die	2
	– Parametri > 3 rilevazione die	3
	– Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2
	– Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3
	– Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4
	– Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3
	– Quantità urine	2
<b>2</b>	<b>Funzione Respiratoria</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
	– Dispnea da sforzo grave	3
	– Dispnea a riposo	4
	– Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
	– Tosse acuta/cronica	3
	– Parametri < 3 rilevazione die	2
	– Parametri > 3 rilevazione die	3
	– Ossigenoterapia	3
	– Necessità di ventiloterapia notturna	3
	– Presenza di tracheostomia	4
	– Terapia con nebulizzazioni	3
<b>3</b>	<b>Medicazioni</b>	
	– Assenza di medicazioni	1
	– Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)	2
	– Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)	3
	– Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)	4
	– Ferita chirurgica non complicata	2
	– Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3
	– Moncone di amputazione da medicare	3
	– Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3
	– Stomia recente da medicare	3
	– Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4



<b>4</b>	<b>Alimentazione - Idratazione</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Prescrizione dietetica	2
	– Necessità di aiuto per azioni complesse	2
	– Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
	– Presenza di disfagia lieve	3
	– Presenza di disfagia moderata-severa	4
	– Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
<b>5</b>	<b>Eliminazione</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Monitoraggio alvo	2
	– Necessità di clisma	3
	– Necessità di essere accompagnato al WC	3
	– Gestione della stomia	3
	– Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2
	– Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3
	– Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3
<b>6</b>	<b>Igiene - Abbigliamento</b>	
	– 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
<b>7</b>	<b>Movimento</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
	– Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
	– Mobilitazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
	– Necessità di utilizzare sollevatore	4
	– Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<b>8</b>	<b>Riposo - Sonno</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Sonno indotto con farmaci	2
	– Disturbi del sonno	3
	– Agitazione notturna costante	4
<b>9</b>	<b>Sensorio e Comunicazione</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
	– Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
	– Deficit cognitivo lieve	2
	– Deficit cognitivo moderato	3
	– Deficit cognitivo grave	4
	– Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<b>10</b>	<b>Ambiente Sicuro/Situazione Sociale</b>	
	– Senza aiuto/sorveglianza	1
	– Apparecchi medicali dal domicilio	2
	– Rischio caduta medio-alto	4
	– Uso di mezzi di protezione	4
	– Attivazione assistente sociale	3
	– Educazione sanitaria del caregiver	2
	– Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
<b>11</b>	<b>Terapie</b>	
	– Assenza di terapia	1
	– Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2
	– Terapia più di 2 volte die	3
	– Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die	2
	– Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3
	– Antibiotico in infusione continua	3
	– Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4
	– Nutrizione parenterale totale	3

Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Pavia</b>	<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE</b>  <b>MOD02.TER727.DID01.86006/PRO01</b>	<b>Ed 1</b> <b>Rev 0</b> <b>2023</b>
--	--	--

12	Altri Bisogni Clinici	
	– Assenza di altri bisogni clinici	1
	– Monitoraggio settimanale ematochimici	2
	– Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
	– Necessità di consulenze specialistiche	3
	– Necessità di follow-up strumentale	3
	– Necessità di fisioterapia di gruppo	2
	– Necessità di fisioterapia individuale	3
	– Comorbidità lieve (CIRS-C <3)	2
	– Comorbidità severa (CIRS-C >3)	3
	– Necessità di educazione sanitaria del paziente	2


Data compilazione domanda	Firma
____/____/____	<b>MAP</b> (Medico Assistenza Primaria) _____ <b>MEDICO U.O.</b> _____ <b>INFERMIERE</b> _____

<b><u>ESITO RICHIESTA DI AMMISSIONE DOPO VALUTAZIONE DOCUMENTAZIONE</u></b>	
<input type="checkbox"/> idoneo <input type="checkbox"/> non idoneo (indicare motivazione) _____ <input type="checkbox"/> richiesta ulteriore documentazione _____	
Data ____/____/____	Firma Infermiere Case Manager/IFeC _____

#### **A CURA DELL'U.O. ACCETTANTE:**

Dopo aver assegnato il valore ad ogni BISOGNO ASSISTENZIALE riportare nella scheda sottostante, segnando con una X, il valore assegnato con maggiore frequenza

INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE		1	2	3	4
1	FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA				
2	FUNZIONE RESPIRATORIA				
3	MEDICAZIONI				
4	ALIMENTAZIONE – IDRATAZIONE				
5	ELIMINAZIONE				
6	IGIENE – ABBIGLIAMENTO				
7	MOVIMENTO				
8	RIPOSO SONNO				
9	SENSORIO E COMUNICAZIONE				
10	AMBIENTE SICURO - SITUAZIONE SOCIALE				
11	TERAPIE				
12	ALTRI BISOGNI CLINICI				
INDICE DI INTENSITÀ ATTRIBUITO					
<b>IIA</b>	INDICE INTENSITA' ASSISTENZIALE (corrisponde al punteggio assegnato con <b>maggiore frequenza</b> ; in caso di parità tra i punteggi attribuiti, assegnare quello più alto)..				
DISTRETTO LOMELLINA <span style="float: right;">Pag 3 di 4</span>					

Sistema Socio Sanitario  <b>Regione Lombardia</b> <b>ASST Pavia</b>	<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE</b>  <b>MOD02.TER727.DID01.86006/PRO01</b>	<b>Ed 1</b> <b>Rev 0</b> <b>2023</b>
--	--	--

**Gli indici 2 e 3 indicano l'accesso appropriato all'OdC.**

- **Indice 1** Autonomia 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**

<b>Data presa in carico</b>	<b>Firma</b>
____/____/____	<b>MEDICO</b> _____ <b>INFERMIERE</b> _____

---

**N.B.:** La presente scheda deve essere conservata nella Cartella Clinica