



✉: [medicinamanfredonia@aslfg.it](mailto:medicinamanfredonia@aslfg.it)

**RICHIESTA DI RICOVERO IN LUNGODEGENZA POST ACUZIE**  
**SCHEDA PRESENTAZIONE PAZIENTE**

Richiesta proveniente dall'ospedale: \_\_\_\_\_  
Struttura o reparto richiedente: \_\_\_\_\_  
Data di ricovero c/o la struttura di appartenenza: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  M  F  
Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
RESIDENZA  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE PER CUI SI CHIEDE IL RICOVERO IN LUNGODEGENZA POST ACUZIE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DI PRE AMMISSIONE**

(Da compilare solo se proveniente da altra struttura ospedaliera)

Aspettativa di vita < 3 MESI: SI  NO

PESO Kg \_\_\_\_\_

**MOBILITÀ**

**Girarsi nel letto**

Non possibile	<input type="checkbox"/>
Max assistenza 2 operatori	<input type="checkbox"/>
Assistenza 1 operatore	<input type="checkbox"/>
Con sorveglianza	<input type="checkbox"/>
Autonomo	<input type="checkbox"/>

**Supino → Seduto a bordoletto**

Non possibile	<input type="checkbox"/>
Max assistenza 2 operatori	<input type="checkbox"/>
Assistenza 1 operatore	<input type="checkbox"/>
Con sorveglianza	<input type="checkbox"/>
Autonomo	<input type="checkbox"/>

**Seduto → In piedi**

Non possibile	<input type="checkbox"/>
Max assistenza 2 operatori	<input type="checkbox"/>
Assistenza 1 operatore	<input type="checkbox"/>
Con sorveglianza	<input type="checkbox"/>
Autonomo	<input type="checkbox"/>

**Equilibrio seduto**

Non possibile	<input type="checkbox"/>
< 15'	<input type="checkbox"/>
< 30'	<input type="checkbox"/>
Fino a 60'	<input type="checkbox"/>
> 60'	<input type="checkbox"/>

Non possibile	<input type="checkbox"/>
Max assistenza 2 operatori	<input type="checkbox"/>
Assistenza 1 operatore	<input type="checkbox"/>
Con sorveglianza	<input type="checkbox"/>
Autonomo	<input type="checkbox"/>

**VALUTAZIONE DI PRE AMMISSIONE**  
(Da compilare solo se proveniente da altra struttura ospedaliera)

**CAPACITÀ RELAZIONALI E COGNITIVE**

**Disturbi cognitivi**

Gravi	<input type="checkbox"/>
Moderati	<input type="checkbox"/>
Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/>

**Disturbi comportamento**

Gravi	<input type="checkbox"/>
Moderati	<input type="checkbox"/>
Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/>

**Coscienza**

Kelly ( <i>indicare</i> )
1 2 3 4 5 6

**Linguaggio**

Afasia	<input type="checkbox"/>
Normale	<input type="checkbox"/>

**AUTOSUFFICIENZA**

**Controllo sfinteri**

Assente	<input type="checkbox"/>
Parziale	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>

**Mangiare/Bere**

Assente	<input type="checkbox"/>
Parziale	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>

**Igiene personale**

Assente	<input type="checkbox"/>
Parziale	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>

**Vestirsi**

Assente	<input type="checkbox"/>
Parziale	<input type="checkbox"/>
Completo	<input type="checkbox"/>

**BISOGNI SANITARI**

Broncoaspirazione/Drenaggio posturale	<input type="checkbox"/>
Ossigeno terapia (OLT)	<input type="checkbox"/>
Ventilazione meccanica non invasiva	<input type="checkbox"/>
Gestione tracheostomia	<input type="checkbox"/>
Gestione catetere venoso centrale	<input type="checkbox"/>
Gestione stomia	<input type="checkbox"/>
Cateterismo vescicale	<input type="checkbox"/>

Gestione alimentazione tramite PEG	<input type="checkbox"/>
Sondino naso-gastrico	<input type="checkbox"/>
Trasfusione emoderivati periodiche	<input type="checkbox"/>
Chemioterapia e/o Radioterapia in atto	<input type="checkbox"/>
Emodialisi in atto	<input type="checkbox"/>
Apparecchio gessato	<input type="checkbox"/>
Prelievi venosi periodici programmati	<input type="checkbox"/>

**LESIONI DA DECUBITO:**  NO  SI (Se SI specificare il grado)

Dorso	1 2 3 4
Gomito	1 2 3 4
Glutei	1 2 3 4
Regione sacrale	1 2 3 4

Anca	1 2 3 4
Caviglia	1 2 3 4
Tallone	1 2 3 4
Altro (Specificare) _____	1 2 3 4

**SITUAZIONE FAMILIARE Assenza/Presenza adeguata tutela socio-familiare**

Vive solo	<input type="checkbox"/>
Vive con familiare anziano non idoneo	<input type="checkbox"/>
Vive solo, figli non conviventi non disponibili	<input type="checkbox"/>
Vive solo, figli non conviventi disponibili	<input type="checkbox"/>
Vive in famiglia non disponibile senza supporto	<input type="checkbox"/>

Vive in famiglia senza adeguata tutela diurna	<input type="checkbox"/>
Vive in famiglia senza adeguata tutela	<input type="checkbox"/>
Vive in famiglia con adeguata tutela	<input type="checkbox"/>
Tutela con personale retribuito	<input type="checkbox"/>
Interventi di rete/sociali	<input type="checkbox"/>

**NEWS - NATIONAL EARLY WARNING SCORE - Royal College of Physicians July 2012**

(Barrare con una "X" il dato rilevato e riportare il valore nel SUB TOTALE)

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3	Sub Totale
Frequenza respiratoria	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25	
Saturazione O <sub>2</sub>	≤91	92-93	94-95	≥96				
Ossigeno supplementare		Si		No				
Temperatura in °C	≤35		35,1-36	36,1-38	38,1-39	≥39,1		
PA Sistolica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220	
Frequenza Cardiaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131	
Livello di coscienza				Vigile			Stimolaz. verbale dolorosa - coma	
Probabilità di deterioramento clinico: 0-4 = basso; 5-6 (o anche un solo valore uguale a 3) = medio; ≥7 = alto								<b>TOTALE PUNTEGGIO</b>

<b>CIRS - INDICE DI COMORBIDITÀ -</b> (Modified Cumulative Illness Rating Scale, Barrare con una "X" il dato)		ASSENTE	LIEVE	MODERATO	GRAVE	MOLTO GRAVE
1	Patologie cardiache (solo cuore)	0	1	2	3	4
2	Ipertensione (grado di severità)	0	1	2	3	4
3	Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, milza, stazioni linfatiche)	0	1	2	3	4
4	Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea)	0	1	2	3	4
5	Patologie di occhio, orecchio, naso, gola, laringe	0	1	2	3	4
6	Patologie gastro intestinali superiori (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	0	1	2	3	4
7	Patologie gastro intestinali inferiori (intestino, ernie)	0	1	2	3	4
8	Patologie del fegato	0	1	2	3	4
9	Patologie del rene	0	1	2	3	4
10	Patologie genito urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	0	1	2	3	4
11	Patologie dei muscoli, scheletro e tegumenti	0	1	2	3	4
12	Patologie del sistema nervoso periferico e centrale (non la demenza)	0	1	2	3	4
13	Patologie endocrine metaboliche (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)	0	1	2	3	4
14	Patologie psichiatriche comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	0	1	2	3	4
<b>PUNTEGGIO INDICE DI SEVERITA'</b> (Sommare i punteggi ottenuti, escludendo la categoria 14. Il punteggio max è 4)					<b>TOTALE CIRS-SI</b>	____ /13 = ____
<b>PUNTEGGIO INDICE DI COMORBIDITA'</b> (Contare in numero di categorie ≥ 2 escludendo la n° 14. Il punteggio max è 13)					<b>TOTALE CIRS-CI</b>	____

## BREVE DESCRIZIONE E CRITERI DI ACCESSO IN LUNGODEGENZA POST ACUZIE

La Lungodegenza post-acuzie (LDPA) a prevalenza internistica, rappresenta il livello immediatamente successivo al ricovero per acuti indicato ad accogliere in modo specifico pazienti complessi/fragili **in fase di stabilizzazione con diagnosi e piano terapeutico impostato e con possibilità di recupero funzionale** sono le caratteristiche necessarie per accedere alla Lungodegenza post-acuzie a prevalenza internistica (codice 60).

Il ricovero in Lungodegenza Post Acuzie (LDPA), deve essere sempre finalizzato alla risoluzione di un problema sanitario, pertanto:

- a) è necessaria una rigorosa selezione dei pazienti eleggibili per il ricovero in LDPA, sulla base dei criteri stabiliti dalle Linee Guida dell'ARES Puglia (delibera 11.04.07) e del Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 56 suppl. del 22-04-2015.
- b) la richiesta effettuata sul modulo allegato da parte del medico del reparto per acuti, deve essere sempre valutata ed accettata dal medico responsabile della Struttura Semplice di Lungodegenza post Acuzie.

In caso di **riacutizzazione** della patologia di base, di insorgenza di complicanze o di nuova patologia, occorre garantire un percorso prioritario di rientro nel reparto per acuti di provenienza o in altra unità operativa per acuti in grado di fornire l'assistenza più adeguata al caso.

<b>Criteria di esclusione</b>	<b>Criteria di ammissione</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pazienti non provenienti da reparti per acuti.</li><li>- Previsione di degenza maggiore di 60 giorni.</li><li>- Pazienti terminali.</li><li>- Deterioramento cognitivo avanzato.</li><li>- Anziani non autosufficienti con esiti di patologia stabilizzata.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Post acuzie non stabilizzata.</li><li>- Post acuzie stabilizzata, ma a rischio di imminente scompenso per presenza di comorbidità ed elevato carico assistenziale.</li><li>- Post acuzie stabilizzata, ma a rischio di imminente scompenso per presenza di comorbidità e con esiti funzionali che richiedono una riabilitazione estensiva.</li><li>- Post acuzie chirurgica, con comorbidità internistiche ed esiti funzionali che richiedono una riabilitazione estensiva.</li></ul>

Si allega **COPIA DELLA DIAGNOSI DI PRE DIMISSIONE.**

DATA .....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO  
.....

## PARTE RISERVATA ALLA STRUTTURA SEMPLICE DI LUNGODEGENZA

SI ACCONSENTE

NON SI ACCONSENTE

MOTIVAZIONE

.....  
.....  
.....

DATA .....

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO  
.....