

PROTOCOLLO D'INTESA
PER LA RICONVERSIONE DI N. 20 POSTI LETTO DI CURE INTERMEDIE IN 20 POSTI
LETTO TECNICI DI CURE SUB ACUTE
TRA LA AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI CREMONA
E L'AZIENDA OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA

Tra l'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Cremona (nel seguito ASL) con sede a Cremona, Via San Sebastiano 14, rappresentata dal Direttore Generale dott. Gilberto Compagnoni,

e

l'Azienda Ospedale Maggiore di Crema (nel seguito AO di Crema) con sede a Crema, Largo Ugo Dossena 2, rappresentato dal Direttore Generale dott. Luigi Ablondi

Preso atto:

- della DGR IX/937 del 01/12/2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011" e della circolare H1.2011.0004863 del 15/02/2011 "Obiettivi Aziendali di interesse regionale dei direttori generali delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali per l'anno 2011, ai sensi delle D.G.R. n. IX/937 del 01/12/2010;
- della D.G.R. IX/1284 del 01/02/2011 ASL Cremona" con la quale, per l'anno 2011, vengono assegnati n. 37 posti letto tecnici sub acuti al territorio della provincia di Cremona;
- della DGR IX/1479 del 30/03/2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 – II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario";
- della Circolare H1.2011.0011864 del 15/04/2011 "Precisazioni in merito all'allegato 1 della DGR n. IX/1479 del 30/03/2011" ;

Premesso che in data 31/03/2011 è stato sottoscritto il "Protocollo d'intesa tra l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona e l'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore di Crema" per la riconversione di n. 20 posti letto tecnici sub acuti";

Preso atto della comunicazione prot. n. 11127 del 23/05/2011 a cura dell'AO Crema (allegato 1) con la quale:

- viene presentata formale istanza di superamento della fase sperimentale del Centro Cure Intermedie presso la Fondazione Soncino Onlus e riconoscimento dell'attività quale Centro di Cure

Sub Acute all'interno dell'assetto accreditato, mediante trasformazione degli attuali 20 posti letto di Cure Intermedie in altrettanti (20) posti tecnici di Cure Subacute;

- viene trasmessa la documentazione relativa all'organizzazione ed all'attività del Centro Cure intermedie presso la Fondazione Soncino Onlus;

In considerazione di quanto premesso:

1. l'ASL prende atto della seguente istanza formulata dall'AO Crema:
 - riconoscimento del Centro di Cure Subacute all'interno dell'assetto accreditato dell'AO Crema, con 20 posti letto operativi in convenzione con la Fondazione Soncino Onlus;
 - variazione assetto accreditato dell'AO Crema mediante trasformazione di 20 posti letto di Cure Intermedie in 20 posti tecnici di Cure Subacute;

ed esprime parere preventivo favorevole in merito a quanto proposto, ritenendo l'iniziativa in linea con le indicazioni regionali e con i contenuti del Documento di analisi elaborato;

2. acquisito il definitivo parere regionale, l'AO di Crema si impegna a formulare domanda di accreditamento e variazione dell'assetto accreditato, nel rispetto delle indicazioni regionali tecniche ed operative in corso di emanazione;
3. l'AO di Crema garantisce il possesso e il mantenimento dei requisiti minimi autorizzativi (organizzativi e strutturali specifici – organizzativi e strutturali generali) conformemente a quanto previsto dall'Allegato A alla DGR n. IX /1479 del 30/03/2011;
4. l'AO di Crema garantisce il rispetto dei criteri di arruolamento dei pazienti ai sensi di quanto previsto dalla DGR n. IX/1479 del 30/03/2011.

Le parti possono concordare in qualunque momento integrazioni e/o modifiche al presente Protocollo di Intesa, considerate necessarie ad un migliore perseguimento degli obiettivi della presente Intesa, nonché dei propri compiti istituzionali.

Letto, approvato e sottoscritto

Cremona,

Azienda Sanitaria Locale della provincia di
Cremona

Il Direttore Generale

Dott. Gilberto Compagnoni

Azienda Ospedale Maggiore di Crema

Il Direttore Generale

Dott. Luigi Ablondi



REGIONE LOMBARDIA
 AZIENDA OSPEDALIERA
 "OSPEDALE MAGGIORE"
 DI CREMA

23 maggio 2011

Crema, li

A. O. Ospedale Maggiore di Crema - Prot.
 USCITA - 23/05/2011 15:13 - 0011127

Alla c.a. Dr. Gilberto Compagnoni
 Direttore Generale
 ASL Cremona
 Via San Sebastiano, 14
 26100 Cremona

Oggetto: Riconoscimento del CENTRO DI CURE SUB ACUTE presso la Fondazione Soncino Onlus all'interno dell'assetto accreditato dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Maggiore di Crema - DGR n° IX/1479 del 30 marzo 2011

Ai sensi della DGR citata in oggetto, richiamata la nota della Direzione Generale Sanità prot. H1.2011.0011864 del 15.04.2011, si trasmette la documentazione relativa all'organizzazione ed all'attività del Centro di Cure intermedie presso la Fondazione Soncino Onlus, nella prospettiva del superamento della fase sperimentale in atto e del riconoscimento dell'attività in discorso quale **Centro di Cure Subacute** all'interno dell'assetto accreditato dell'Azienda Ospedaliera.

In attesa delle indicazioni di competenza per formulare puntuale domanda di accreditamento, resta intesa la prosecuzione dell'attività e del finanziamento del Centro nei termini già concordati nell'accordo stipulato tra le parti il 29.12.2009 e ribadito con il Protocollo di Intesa sottoscritto da ASL e Azienda Ospedaliera il 31 marzo u.s.

Distinti saluti

Il Direttore Generale
 Dott. Luigi Ablondi

Responsabile del procedimento: dr.ssa Frida Fagandini
 Referente del procedimento: Segreteria Direzione Sanitaria ☎ 0373 280 517 📠 0373 280 534 ✉ direzione.sanitaria@hcrema.it

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

RELAZIONE merito al CENTRO di CURE INTERMEDIE dell'Azienda Ospedaliera di Crema
in convenzione con la Fondazione Soncino Onlus di Soncino (CR) -
superamento della fase sperimentale e riconoscimento dell'attività quale

CENTRO DI CURE SUB ACUTE

(DGR IX /1479 del 30 marzo 2011)

L'Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema ha in essere dal 1 febbraio 2010 la attività di ricovero di pazienti sub acuti presso la Fondazione Soncino Onlus in struttura denominata Centro Cure Intermedie (CCI).

L'esperienza del CCI di Soncino

- è nata quale progetto sperimentale dalla collaborazione di più attori: Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Cremona, Fondazione Soncino Onlus, Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema;
- è stata autorizzata dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, con nota prot. H1.2009.0029120 del 04.08.2009;
- ed è regolata da una convenzione fra i soggetti citati, adottata con deliberazione ASL n.773 del 29.12.2010 e deliberazione A.O. n.614 del 30.12.2009.

L'operatività è iniziata in data 01.02.2010, in un'ala ristrutturata dell'ex Ospedale S. Spirito di Soncino, di proprietà della Fondazione Soncino Onlus, con 20 posti letto disposti su 2 piani.

Il soggetto erogatore della prestazione è la Azienda Ospedaliera di Crema e la gestione si fonda sulla partnership fra Azienda Ospedaliera e Fondazione di Soncino, regolata dalla convenzione.

In particolare, la direzione medica e la direzione clinica sono fornite dall'Azienda Ospedaliera di Crema attraverso le proprie strutture di direzione medica di presidio ed Unità Operativa di Medicina Generale, mentre la assistenza infermieristica è fornita dalla Fondazione Soncino Onlus, che pure ha la responsabilità impiantistica, tecnologica e strutturale.

Si precisa che l'attività è garantita nel rispetto degli standard richiesti dalla recente DGR n° IX/1479 del 30.03.2011.

La struttura è ubicata nel complesso edilizio della Fondazione RSA Soncino Onlus. La struttura non è inserita nella rete del Sistema Emergenza-Urgenza 118.

Oltre agli standard di personale medico ed infermieristico, è garantita una reperibilità diurna dal lunedì al venerdì nelle ore nella quali non è presente il Medico di reparto e festiva e pre-festiva fornita dai medici di base operanti sul territorio di Soncino che prestano la propria opera in regime di convenzione con la Fondazione Soncino Onlus.

I pazienti già ad oggi inviati dall'Ospedale di Crema, prevalentemente dalla U.O. di Medicina Generale, dopo un'attenta valutazione secondo criteri predefiniti; le regole applicate nel periodo di sperimentazione sono di fatto sostanzialmente sovrapponibili a quelle previste dalla DGR IX/1479.



Già in questa fase si è deciso di gestire il paziente applicando le regole previste per la degenza ospedaliera in materia di documentazione sanitaria e compilando una SDO ai soli fini epidemiologici.

Nel pieno rispetto delle disposizioni regionali intervenute è stato redatto un **Percorso organizzativo e clinico-assistenziale** del cittadino nella rete assistenziale.

Sono state predisposte le seguenti azioni che, come detto, si inseriscono in un percorso organizzativo già in essere e, in particolare, sono stati revisionati gli strumenti di selezione, comunicazione e valutazione necessari:

- Criteri di arruolamento (mod 1)
- Check-list di accesso alle cure sub-acute (mod 2)
- Scheda tipo per l'arruolamento del paziente nella struttura sub-acute (mod 3)
- Piano assistenziale individuale strutturato (mod 4-PAI)

FLUSSO INFORMATIVO

Il flusso dei dati di ricovero (SDO) sarà gestito secondo le indicazioni regionali.

DOMANDA DI ACCREDITAMENTO

Si procederà a formulare domanda di accreditamento non appena disponibili le relative indicazioni.

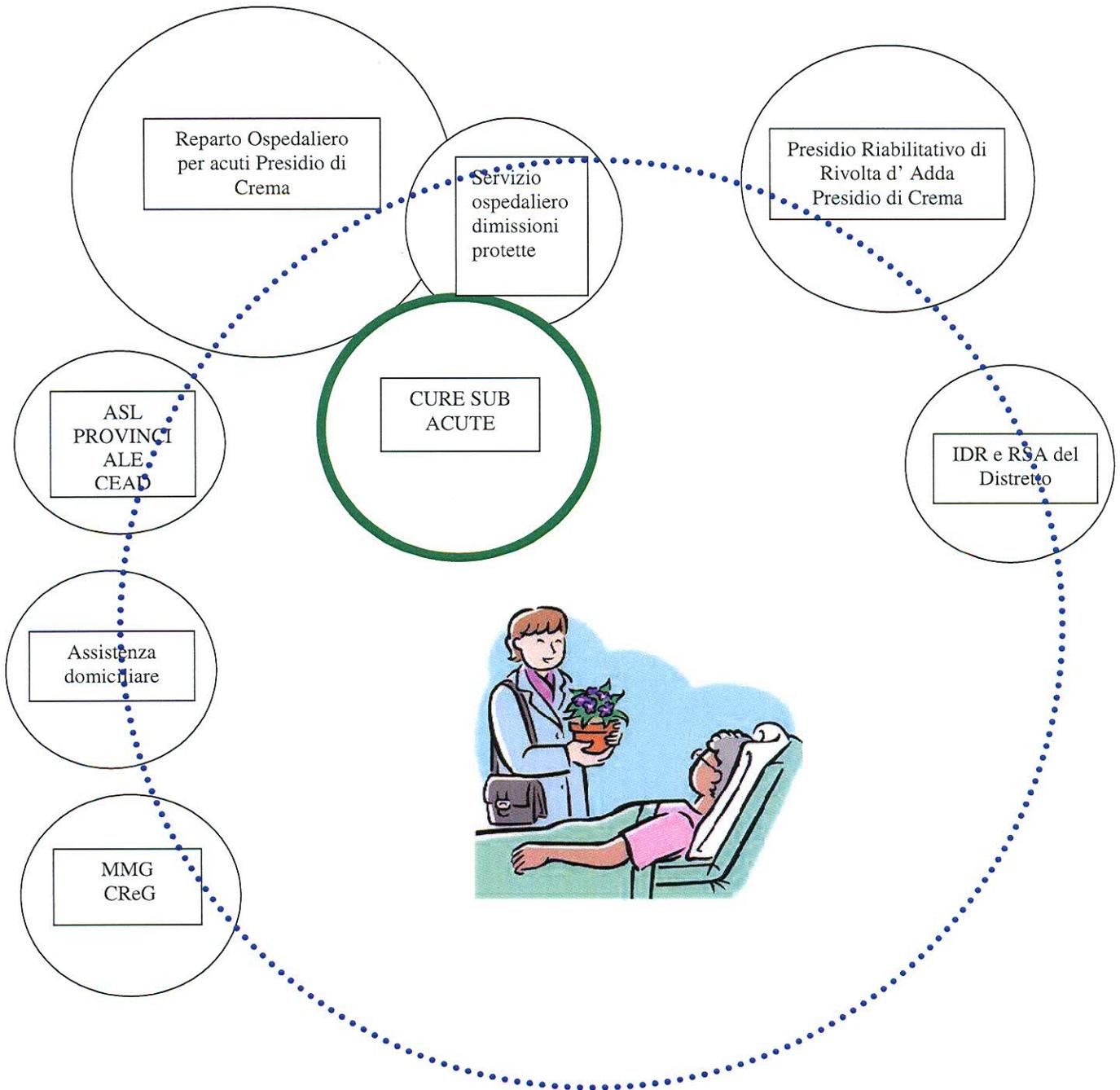
In ordine all'assetto accreditato, come da chiarimenti intercorsi, resta intesa la trasformazione degli attuali 20 posti letto di Cure intermedie in altrettanti (20) posti tecnici di Cure Subacute.

Allegati:

Percorso Organizzativo e Clinico Assistenziale e relativa modulistica



**PERCORSO ORGANIZZATIVO E
CLINICO ASSISTENZIALE
PER L' ACCESSO AL CENTRO DI CURE SUB
ACUTE**



REDAZIONE DMPO-SITRA-DIRETTORE UO MEDICINA- COORD MEDICINA GENERALE	VERIFICA UFFICIO QUALITA'	APPROVAZIONE DIRETTORE DMPO
---	------------------------------	--------------------------------

Il paziente ricoverato presso un reparto per acuti dell' Ospedale di Crema può usufruire della possibilità di accesso al Centro di Cure Subacute di Soncino finalizzato a garantire l' uscita dalla fase acuta del ricovero.

Vi accede previa valutazione delle caratteristiche di sufficiente stabilizzazione clinica. A tal fine sono stati elaborati i seguenti strumenti:

- Criteri di arruolamento (mod 1)
- Check-list di accesso alle cure sub-acute (mod 2)
- Scheda tipo per l'arruolamento del paziente nella struttura sub-acuta (mod 3)
- Piano assistenziale individuale strutturato (mod 4-PAI)

ATTIVITA'	CHI	QUANDO	STRUMENTI
Selezione dei pazienti appropriati per l' inserimento in struttura di cure sub acute	Medico e coordinatore Infermieristico dell'U.O. del Presidio per acuti di Crema	Durante il ricovero in reparto per acuti	Criteri di arruolamento (mod. 1)
Proposta al paziente di prosecuzione della degenza presso il reparto di cure sub acute, informazione sui benefici attesi del percorso, acquisizione del consenso; Colloquio con il caregiver familiare; Valutazione del paziente mediante verifica dei criteri di accesso;	Medico e Coordinatore Infermieristico e operatori del Servizio Ospedaliero di dimissione protetta (A. Sociale)	Durante il ricovero e per tempo prima della dimissione dal reparto per acuti	Consenso informato; Check-list di accesso alle cure sub-acute (mod. 2)
Valutazione del paziente e attribuisce l' indice di complessità assistenziale	Infermiere dell'U.O.	Prima della dimissione dal Reparto per acuti	Scheda per l'arruolamento del paziente nella struttura di cure sub-acute (Mod. 3)
Autorizzazione al trasferimento in sicurezza	Medico	Trasferimento	Trasporto
Comunicazione dello stato di salute, dei bisogni e della complessità assistenziale	Infermiere del reparto per acuti	All' atto del trasferimento	lettera di dimissione-trasferimento, scheda di complessità assistenziale;
Ri-valutazione infermieristica	Infermiere Cure sub-acute	All' arrivo in reparto	Conferma dell' indice di complessità assistenziale
Rivalutazione medica	Medico Cure sub-acute	Entro 6 ore dall'arrivo del paziente	
Valutazione multidisciplinare dei bisogni clinici e assistenziali Definizione degli obiettivi e applicazione delle scale di	Medico e Infermiere Centro sub acuti	Entro 12 ore dall' ingresso	Piano assistenziale individuale strutturato (Mod. 4 PAI)



**PERCORSO ORGANIZZATIVO E
CLINICO ASSISTENZIALE
PER L' ACCESSO AL CENTRO DI CURE SUB
ACUTE**

valutazione			
Rivalutazioni periodiche	Medico e Infermiere	Cadenze definite dal PAI	PAI e Cartella clinica Rivalutazione dell' Indice di complessità assistenziale
Pianifica dimissione e organizza contattando assistente sociali e servizi territoriali	Infermiere	Durante il Ricovero	
Valutazione clinico e assistenziale; Valutazione conclusiva del raggiungimento degli obiettivi;	Medico Cure sub-acute	Al momento della Dimissione	(Mod. 4 PAI)
Valutazione del paziente e attribuzione della classe assistenziale ed il punteggio	Infermiere Cure sub-acute	Al momento della Dimissione	(Mod. 3)
Redazione del programma socio-sanitario finalizzato alla dimissione protetta in equipe con l'Assistente sociale dedicato - istruzione del caregiver familiare in merito alla gestione e assistenza del paziente Validazione cartella clinica Compilazione SDO Raccolta e conservazione della documentazione sanitaria	Infermiere Professionale Cure sub-acute Medico Coordinatrice IP	Al momento della Dimissione Entro 7 giorni dalla dimissione Post dimissione	(Mod. 4 PAI) Programma socio sanitario finalizzato alla dimissione protetta (sezione del PAI)

Flussi

Rendicontazione mediante flusso SDO

Allegati

- Criteri di arruolamento (mod 1)
- Check-list di accesso alle cure sub-acute (mod 2)
- Scheda tipo per l'arruolamento del paziente nella struttura sub-acute (mod 3)
- Piano assistenziale individuale strutturato (mod 4-PAI)

SPAZIO BAR CODE PAZIENTE	<u>CRITERI DI ARRUOLAMENTO</u>	CURE SUB ACUTE MOD. 1
-----------------------------	---------------------------------------	---

Valutazione effettuata dal Medico di Reparto durante il ricovero in Ospedale

- ◆ Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità
- ◆ Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite a domicilio
- ◆ Anche se clinicamente stabile il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti
- ◆ Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico.

Le condizioni cliniche del paziente richiedono:

- Coordinamento medico continuo con la necessità di un significativo numero di accessi del medico e dell'infermiere
- Assistenza infermieristica
- Sulla base delle necessità dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica
- Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi:

A pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'Ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto, per il periodo necessario.

A pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici caratterizzati da una tendenza alla instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

Se il paziente rientra nei criteri sopra descritti il Medico e l'A.F.D. compileranno di concerto la check-list di accesso alle cure sub-acute con la finalità di indicare la sufficiente stabilizzazione clinica.



SPAZIO BAR CODE PAZIENTE	CHECK-LIST DI ACCESSO ALLE CURE SUB ACUTE	CURE SUB ACUTE MOD. 2
-----------------------------	--	----------------------------------

CRITERI DI SUFFICIENTE STABILIZZAZIONE CLINICA PER IL TRASFERIMENTO IN STRUTTURE DI CURE SUB-ACUTE

(Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi ipertensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
(Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO ₂ > 95%, PO ₂ > 60 mmHg, CO ₂ non >45 mmHg in pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO ₂ > 90%. La presenza di cannula tracheotomica 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: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Temperatura corporea >38°C o <36°C ◆ Frequenza cardiaca >90 ◆ Frequenza respiratoria >20 atti/min o PCO₂ <32mmHg Globuli bianchi > 12.000/mm ³ , o <4.000/mm ³ o >10% di cellule immature
(Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)
(Assenza di indicazioni prioritarie od interventi chirurgici

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- (decadimento cognitivo MMSE <17;
- (pazienti oncologici terminali;
- (pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.

La selezione dei pazienti candidati al ricovero nel reparto di cure sub acute deve rispettare i seguenti criteri di accesso:

- diagnosi accertata;
- prognosi definita;
- programma di trattamento individuale predisposto;
- il paziente deve essere edotto sulla peculiarità delle cure sub-acute;
- processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali;
- necessità di proseguire cure in fase sub-acute con esigenza di stretto follow-up e completamento processo di guarigione o anche per una fase di instabilità clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica

Giudizio al trasferimento

Idoneo (

Non idoneo (

FIRMA MEDICO	FIRMA INFERMIERE

DATA _____



SPAZIO BAR CODE
PAZIENTE

SCHEDA TIPO PER L'ARRUOLAMENTO DEL PAZIENTE NELLA STRUTTURA SUB ACUTA

Da compilare a cura dell'Infermiere di U.O. per la determinazione
del livello assistenziale

SCHEDA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE CON SCALA DI VALUTAZIONE

bisogno assistenza infermieristica funzione cardiocircolatoria Senza aiuto/sorveglianza 1 Ferita/lesione 2 Lesione da pressione sede 3 Stadio 1-2 Lesione da pressione sede 4 Stadio 3-4 Lesione da pressione (in più sedi) 4 Parametri <4 rilevazioni die 2 Parametri >3 rilevazione die 3 Altro	bisogno assistenza infermieristica funzione respiratoria Senza aiuto/sorveglianza 1 Difficoltà respiratoria da sforzo 2 Secrezioni abbondanti 3 Tosse acuta/cronica 3 Dispnea a riposo 3 Parametri <4 rilevazioni die 2 Parametri >3 rilevazioni die 3 Altro
bisogno assistenza infermieristica Alimentazione ed idratazione Senza aiuto/sorveglianza 1 Necessità di aiuto per Posizionamento nel letto e/o preparazione alimenti 2 Difficoltà di masticazione 2 Prescrizione dietetica 2 Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi 3 Anoressia o bulimia 3 Nutrizione enterale 4 Controllo peso 2 Altro	bisogno assistenza infermieristica eliminazione senza aiuto/sorveglianza 1 Uso di padella/pappagallo 2 Necessità di essere accompagnato al WC 3 Necessità di aiuto per gestire la stomia 3 Alvo stitico 3 Incontinenza urinaria parziale 2 Incontinenza fecale o urinaria 3 Incontinenza fecale e urinaria 4 Ritenzione urinaria 4 Cateterismo estemporaneo 2 Cateterismo a lunga permanenza 3 Cateterismo durante il ricovero 3 Cateterismo ad intermittenza 4 Controllo feci/urine 2 Altro
Bisogno di assistenza infermieristica Igiene e abbigliamento Senza aiuto/sorveglianza 1 Necessità aiuto per cura igienica parziale 2 Necessità di aiuto per vestirsi e spogliarsi 2 Necessità aiuto per igiene completa (bagno) 3 Totale dipendenza 4 Altro	Bisogno assistenza infermieristica Movimento Senza aiuto/sorveglianza 1 Necessità aiuto per la deambulazione 2 Necessità aiuto per 3 Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3 Posizione obbligata per 3 Allettamento obbligato/movimenti attivi 3 Immobilità nel letto 4 Rischio da lesione da pressione medio/alto 4 Presenza presidi antidecubito (specificare) Utilizzo presidi per movimento in autonomia (specificare) Riabilitazione in corso SI NO Altro



<p>Bisogno assistenza infermieristica Riposo e sonno</p> <p>Senza aiuto/sorveglianza 1 Necessità di posizionamento 2 Sonno indotto con farmaci 2 Disturbi del sonno con conseguente malessere: 3 difficoltà ad addormentarsi/sonno interrotto/risveglio precoce 3 Non riposa e non dorme con conseguente malessere 4 Altro.....</p>	<p>Bisogno assistenza infermieristica Comunicazione</p> <p>Senza aiuto/sorveglianza 1 Necessità di acquisire informazioni quali _____ 1 Necessità di acquisire abilità quali _____ 1 Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 3 Stato costante di apatia e/o ansia e/o agitazione 3 Persona non responsiva 3 Comunicazione gravemente alterata 4 Aggressività/disorientamento 4 Pianificazione dimissione con altre istituzioni 3 Altro</p>
<p>Bisogno assistenza infermieristica Ambiente sicuro</p> <p>Senza aiuto/sorveglianza 1 Apparecchi medicali del domicilio 2 Necessità di aiuto per gestire il suo confort 3 Non è in grado di utilizzare il sistema di chiamata 4 Rischio caduta medio-alto 4 Uso di mezzi di protezione 4 Altro</p>	<p>Bisogno assistenza infermieristica Procedure diagnostiche (PD) e terapeutiche</p> <p>PD senza preparazione 1 PD con preparazione e/o allettamento <12 h 2 PD con preparazione e/o allettamento >12 h 3 PD con preparazione in persona non autosufficiente 4 Dolore moderato/forte con valutazione ripetuta 4 Assenza di terapia 1 Terapia 1/2 volte die 2 Terapia più di 12 volte die o chemioterapia orale 3 Terapia infusione continua 4 Trattamento infusivo con chemioterapici 4</p>
<p>Medicazione 1 volta die 2 Medicazioni in più sedi o più volte die 4 Drenaggio con controlli 3 Bilancio idrico 2 Altro.....</p>	

Indice intensità assistenziale	1	2	3	4	Indice intensità Assistenziale Complessivo attribuibile
Funzione cardiorespiratoria					
Respirazione					
Alimentazione ed idratazione					
Eliminazione urinaria ed intestinale					
Igiene ed abbigliamento					
Movimento					
Riposo e sonno					
Interazione nella comunicazione					
Ambiente sicuro					
Procedure diagnostiche e terapeutiche					

Data	FIRMA INFERMIERE



Alcune definizioni operative

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.



PIANO di ASSISTENZA INDIVIDUALE STRUTTURATO

Identificazione paziente Nome Cognome Data di nascita Nosologico	Spazio per il bar code		
Data inizio PAI		Data fine PAI	

DATI VALUTAZIONE

Data Valutazione Tipo Valutazione: Iniziale Rivalutazione Rivalutazione

TIPOLOGIA PAZIENTE

DETTAGLIO DEI BISOGNI CLINICI

DETTAGLIO DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

Uso dei servizi igienici:	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Indicatore deambulazione:	<input type="checkbox"/> Autonomo (anche se con ausili)	<input type="checkbox"/> si sposta assistito	<input type="checkbox"/> non si sposta
Abbigliamento:	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Igiene personale:	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Alimentazione:	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente
Disturbi cognitivi:	<input type="checkbox"/> Assenti/lievi	<input type="checkbox"/> Moderati	<input type="checkbox"/> Gravi
Disturbi comportamentali:	<input type="checkbox"/> Assenti/lievi	<input type="checkbox"/> Moderati	<input type="checkbox"/> Gravi
Supporto sociale:	<input type="checkbox"/> Presenza	<input type="checkbox"/> presenza parz. e/o temp.	<input type="checkbox"/> Non presenza
Assistenza per rischio infettivo:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

<input type="checkbox"/> Broncoaspirazione drenaggio posturale	<input type="checkbox"/> Prelievi venosi occasionali
<input type="checkbox"/> Ossigeno terapia	<input type="checkbox"/> ECG
<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Telemetria
<input type="checkbox"/> Tracheotomia	<input type="checkbox"/> Procedura terapeutica sottocutanea/intramuscolare/infusione
<input type="checkbox"/> Alimentazione assistita	<input type="checkbox"/> Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/> Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/> Trasfusioni



Alimentazione parenterale	
SCOPO DELLE CURE	

Guarigione	Recupero funzionale	Mantenimento	Acquisizione Autonomia	Stabilizzazione
Altro (descrizione)				

SCALE DI VALUTAZIONE APPLICATE

LIVELLO DI DISABILITA'		Item "Deambulazione"	Item "Trasferimento letto-sedia o carrozzina"	Totale Barthel	Firma del compilatore
BARTHEL	1^ DATA SOMMINISTRAZIONE				
	2^ DATA SOMMINISTRAZIONE				
	3^ DATA SOMMINISTRAZIONE				
VALUTAZIONE RISCHIO ULCERE DA PRESSIONE					
NORTON	1^ DATA SOMMINISTRAZIONE				
	2^ DATA SOMMINISTRAZIONE				
	3^ DATA SOMMINISTRAZIONE				
		item	item	Totale	
MMSE	SOMMINISTRAZIONI E INGRESSO				
	SOMMINISTRAZIONE DIMISSIONE				

	PROGRAMMA INFERMIERISTICO	VALUTAZIONE FINALE
DIAGNOSI PROFESSIONALE		
OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE		
INTERVENTO (TIPO E FREQUENZA)		

Data



Firma dell'Infermiere

PROGRAMMA MEDICO		VALUTAZIONE FINALE
DIAGNOSI PROFESSIONALE		
OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE		
INTERVENTO (TIPO E FREQUENZA)		
Sintesi Diagnosi Medica		
Data		
Firma del Medico		

PROGRAMMA SOCIO SANITARIO FINALIZZATO ALLA DIMISSIONE PROTETTA

PROBLEMA BISOGNO RILEVATO	
OBIETTIVO	
INTERVENTO (TIPO E FREQUENZA)	
data	Firma infermiere