	Residenza Sanitaria Assistenziale SAN FRANCESCO	Domanda di inserimento in regime di Cure intermedie Pagina [1] di 11
---	--	---

DOMANDA DI INSERIMENTO IN REGIME DI CURE INTERMEDIE

N.B: allegare copia del documento identità e tessera sanitaria

Dati Anagrafici Ospite

Sig./Signora _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

Residenza: Città _____ Cap _____ Via _____

Codice fiscale _____ Stato civile _____

Grado di Istruzione :

• Analfabeta • Alfabeto senza titolo • Licenza Elementare • Media inferiore • Diploma • Laurea

Professione svolta : _____

Tipo di pensione :

• Pensione da lavoro • Minima/Sociale • Reversibilità • Indennità di guerra • Indennità di invalidità • Nessuna

Dati sanitari Ospite

Codice assistito (N. Tessera Sanitaria) _____

Codice Tessera Esenzione/Invalidità (es. IC14.15 – 031 – 048 ecc ...) _____

Esenzione per reddito (inferiore a € 38.500,00 annui) SI • NO •


Il potenziale Ospite ha ottenuto il riconoscimento per:

• Invalidità • Accompagnamento • Domanda presentata in attesa di visita • Visita Effettuata

Dati sociali Ospite

Attualmente la persona è:

c/o il proprio domicilio: • sola • con coniuge • con familiari • con assistente privata

	Residenza Sanitaria Assistenziale SAN FRANCESCO	Domanda di inserimento in regime di Cure intermedie Pagina [2] di 11
---	--	---

Le condizioni dell'attuale domicilio sono:

- Idonee ad ospitare il paziente
 parzialmente idonee ad ospitare il paziente
 NON idonee ad ospitare il paziente

Oppure il paziente si trova:

- c/o il familiare _____
 c/o Istituto di Riabilitazione / altra RSA _____
 c/o Azienda Ospedaliera _____
 c/o presidio psichiatrico _____

Attualmente la persona è assistita da:

- presenza costante di un familiare/caregiver
 presenza saltuaria di un familiare/caregiver
 assenza di famigliari/caregiver
 paziente in carico ai servizi sociali

Al momento risultano attivate cure domiciliari e/o Assistenza domiciliare integrata?

- SI NO

N° figli maschi ____ **N° figli femmine** ____

Dati del Delegato / Garante /Tutore/ amministratore di sostegno


Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

	Residenza Sanitario Assistenziale SAN FRANCESCO	Domanda di inserimento in regime di Cure intermedie Pagina [3] di 11
---	--	---

Altri parenti e/o persone di riferimento

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Tel. _____ Cell. _____

Dati intestatario fattura (se diverso dall'Ospite)


Sig./Signora _____ Grado di parentela _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

Residenza: _____ Cap _____ Via _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

	Residenza Sanitario Assistenziale SAN FRANCESCO	Domanda di inserimento in regime di Cure intermedie Pagina [4] di 11
---	--	---

ELENCO DEI FARMACI A CUI IL PAZIENTE E' ALLERGICO

.....


.....

.....

SOSTANZE O PRODOTTI CHE PROVOCANO ALLERGIE O INTOLLERANZE

(barrare con una X)

- Cereali contenenti glutine, cioè: grano, segale, orzo, avena, farro, kamut o i loro ceppi ibridati e prodotti derivati, tranne: sciroppi di glucosio a base di grano, incluso destrosio.
- Crostacei e prodotti a base di crostacei
- Uova e prodotti a base di uova
- Pesce e prodotti e prodotti a base di pesce
- Vino
- Arachidi e prodotti a base di arachidi
- Soia e prodotti a base di soia, tranne:
 - o Olio e grasso di soia raffinato
 - o Tocoferoli misti naturali (E306), tocoferolo D-alfa naturale, tocoferolo acetato D-alfa naturale, tocoferolo succinato D-alfa naturale a base di soia
 - o Oli vegetali derivati da fitosteroli e fitosteroli esteri a base di soia
 - o Esteri di stanolo vegetale prodotto da steroli di olio vegetale a base di soia
- Latte e prodotti a base di latte (incluso lattosio)
- Frutta a guscio, vale a dire: mandorle, nocciole, pistacchi, noci tranne per la frutta a guscio utilizzata per la fabbricazione di distillati alcolici, incluso l'alcool etilico di origine agricola.
- Sedano e prodotti a base di sedano
- Anidride solforosa e solfiti in concentrazioni superiori a 10 mg/kg o 10mg/litro in termini di SO₂ totale da calcolarsi per i prodotti così come proposti pronti al consumo e ricostituiti conformemente alle istruzioni dei fabbricanti.
- Molluschi e prodotti a base di molluschi
- Frutta fresca (indicare quale)

	Residenza Sanitario Assistenziale SAN FRANCESCO	Domanda di inserimento in regime di Cure intermedie Pagina [5] di 11
---	--	---

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE RICOVERO IN REGIME DI CURE INTERMEDIE:

LE PRESTAZIONI IN REGIME DI CURE INTERMEDIE SONO A CARICO DEL SSN NAZIONALE. IL PERIODO DI RICOVERO VARIA TRA 40 E 60 GIORNI IN BASE AL PROFILO DETERMINATO SULLA BASE DELLE SCHEDE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.

PER IL RICOVERO E' INDISPENSABILE INVIARE LA RELAZIONE MEDICA ALLEGATA DEBITAMENTE COMPILATA E FIRMATA. E' INOLTRE INDISPENSABILE L'IMPEGNATIVA DEL MEDICO DI BASE (RICETTA ROSSA) CON LA SEGUENTE DICITURA: **"SI RICHIEDE RICOVERO IN REGIME DI CURE INTERMEDIE"**

AL TERMINE DEL PERIODO DI RICOVERO IL PAZIENTE DOVRA' LASCIARE LA STRUTTURA O, COMPATIBILMENTE CON LA DISPONIBILITA' DEI POSTI LETTO, SARA' POSSIBILE PASSARE AD ALTRO REGIME DI CURA.

RESTANO A CARICO DELL'UTENTE I COSTI ALBERGHIERI RELATIVI A:


- LAVANDERIA INDUMENTI OSPITE, TELEFONO E TV IN CAMERA, CONNESSIONE WI-FI, PODOLOGO E PARRUCCHIERE; TRASPORTO IN INGRESSO E DIMISSIONE FINO AD UN MASSIMO DI 60 KM. IL COSTO DEI SERVIZI E' DI EURO 25,00 GIORNALIERI IMPOSTE INCLUSE
- L'OPZIONE CAMERA SINGOLA (IN AGGIUNTA AL PUNTO PRECEDENTE) AL COSTO TOTALE DI EURO 35,00 GIORNALIERI (IMPOSTE INCLUSE)

IN CASO DI ESAURIMENTO BUDGET REGIONALE LA RETTA PER LE CURE INTERMEDIE SOLVENZA E' DI EURO 60,00 GIORNALIERI

RESTANO COMUNQUE A CARICO DELL'UTENTE I TRASPORTI NON URGENTI.

QUALORA LA RICHIESTA DI RICOVERO SIA RELATIVA AD UN PAZIENTE IN CONDIZIONI DI MANIFESTA INCAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE IL RICHIEDENTE SI IMPEGNA SIN D'ORA AD ATTIVARE LE PROCEDURE AL FINE DI NOMINARE UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO O UN TUTORE LEGALE.

Data _____ Firma del Richiedente _____

	Residenza Sanitario Assistenziale SAN FRANCESCO	Domanda di inserimento in regime di Cure intermedie Pagina [6] di 11
---	--	---

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016, NONCHÉ DELL'ART. 13 D.LGS. 196/2003

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati personali

Titolare del trattamento è la Società San Francesco S.r.l. in persona del dott. Domenico Nappa, nato a Alzano Lombardo il 21/12/1973, con domicilio eletto presso la sede della Società, in Pinarolo Po (PV), Via Don Luigi Rovelli n. 12.

Il Titolare del trattamento può essere contattato all'indirizzo di posta elettronica direzione.amministrativa@sanfrancescorsa.it

Si segnala che il Titolare del trattamento ha nominato Responsabile della protezione dei dati personali (RPD ovvero, data protection officer, DPO) il dott. Alessio Antonio Federico Dosi, nato a Broni (PV) il 31 gennaio 1984, il quale può essere contattato attraverso le modalità di seguito specificate: privacy@sanfrancescorsa.it

Dati oggetto del trattamento

Il trattamento effettuato dal Titolare ha ad oggetto i Suoi dati personali, ivi compresi i dati sanitari e quelli riguardanti il Suo stato di salute.

Il trattamento può altresì comportare l'utilizzo di immagini e/o di videoriprese all'interno della struttura per fini non commerciali. In particolare le immagini potranno essere pubblicate su social network senza fini commerciali..

Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi i dati sanitari di cui all'art. 9 Regolamento europeo 679/2016, è finalizzato alla gestione del ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistenziale San Francesco, ubicata in Pinarolo Po (PV), via Don Luigi Rovelli n. 12, sia attraverso il servizio hospice che attraverso il servizio degenza socio-sanitaria assistenziale, o alla erogazione di servizi di assistenza verso persone parzialmente non autosufficienti e affette da alzheimer o altre malattie psichiatriche presso la stessa struttura, o infine alla erogazione di prestazioni sanitarie e cure a domicilio.

I dati personali potranno essere trattati a mezzo sia di archivi cartacei che informatici (ivi compresi dispositivi portatili) e trattati con modalità strettamente necessarie a far fronte alle finalità sopra indicate.

Base giuridica del trattamento

I suoi dati, ai sensi dell'art. 6 del Regolamento europeo citato, saranno lecitamente trattati, oltre che nel caso di espressa manifestazione di consenso da parte Sua, anche al fine di:

- dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte;
- rispettare gli obblighi previsti dalla normativa vigente ai quali è soggetto il Titolare del trattamento;
- salvaguardare gli interessi vitali Suoi o di un'altra persona fisica.

Conseguenze della mancata comunicazione dei dati personali

Con riguardo ai dati personali relativi all'esecuzione del contratto di cui Lei è parte o relativi all'adempimento ad un obbligo normativo (ad esempio gli adempimenti legati alla tenuta delle scritture contabili e fiscali), la mancata comunicazione dei dati personali impedisce il perfezionarsi del rapporto contrattuale stesso.

Conservazione dei dati


I Suoi dati personali, oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservati per tutto il periodo di durata del contratto, e comunque durante l'intero periodo di ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistenziale San Francesco o durante l'intero arco temporale di prestazione di altri servizi assistenziali e socio-sanitari presso la medesima Residenza o a domicilio.

Anche successivamente, i Suoi dati potranno essere conservati per il tempo strettamente necessario al Titolare per adempiere agli obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previste da norme di legge.

Comunicazione dei dati

I Suoi dati personali, ivi compresi quelli sanitari, potranno essere comunicati a:

- i. medici e personale sanitario che operano per conto del Titolare del trattamento;
- ii. enti pubblici, ospedali e altri organismi sanitari;
- iii. consulenti e commercialisti o legali che erogano prestazioni funzionali ai fini sopra indicati;
- iv. istituti bancari e assicurativi che erogano prestazioni funzionali ai fini sopra indicati;
- v. soggetti che elaborano i dati in esecuzione di specifici obblighi di legge;

	Residenza Sanitaria Assistenziale SAN FRANCESCO	Domanda di inserimento in regime di Cure intermedie Pagina [7] di 11
---	--	---

vi. Autorità giudiziarie o amministrative, per l'adempimento degli obblighi di legge.

Profilazione e Diffusione dei dati

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato, ivi compresa la profilazione.

Diritti dell'interessato

Tra i diritti a Lei riconosciuti rientrano quelli di:

- chiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati personali ed alle informazioni relative agli stessi;
- richiedere ed ottenere dal Titolare - nelle ipotesi in cui la base giuridica del trattamento sia il contratto o il consenso, e lo stesso sia effettuato con mezzi automatizzati - i Suoi dati personali in un formato strutturato e leggibile da dispositivo automatico, anche al fine di comunicare tali dati ad un altro titolare del trattamento (c.d. diritto alla portabilità dei dati personali);
- chiedere al Titolare la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti;
- chiedere al Titolare la cancellazione dei dati personali che La riguardano (al verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art. 17, paragrafo 1 del Regolamento europeo e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo);
- chiedere al Titolare la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del Regolamento europeo);
- opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano;
- revocare il consenso in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni (ad esempio data e luogo di nascita o luogo di residenza), oppure particolari categorie di dati (ad esempio dati che rivelano la Sua origine razziale, le Sue opinioni politiche, le Sue convinzioni religiose, lo stato di salute o la vita sessuale). Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva, comunque, la sua liceità;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – www.garanteprivacy.it).

CONSENSO

Io sottoscritto _____, nato a _____, il _____ codice fiscale: _____

- in qualità di titolare dei dati personali oggetto di trattamento e beneficiario dei servizi erogati dall'Ente;
- in qualità di _____ del titolare dei dati personali oggetto di trattamento e beneficiario dei servizi erogati dall'Ente;

- dichiaro di aver ricevuto per iscritto le informazioni relative al trattamento dei dati personali;

- affinché la Società San Francesco S.r.l. ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenta la base giuridica del trattamento

- presto il consenso
- nego il consenso

al trattamento da parte del Titolare, del Responsabile e di altri eventuali incaricati dei dati personali, ivi compresi quelli sanitari, nei limiti e per le finalità sopra descritte.

Data-Luogo, _____

Firma sig. _____



Regione Lombardia

**SCHEDA UNICA DI INVIO E VALUTAZIONE PER
RICOVERO IN UNITÀ DI CURE INTERMEDIE**

Cognome e Nome Data Nascita Sesso
 M / F

Domicilio (indirizzo abitazione o struttura residenziale) telefono

Residente in Lombardia: No / Si Invalidità: No Si In corso
Cittadino Extra UE: No / Si Accompagnamento: No Si In corso

Inviante

Ospedale telefono
Reparto
Referente
 Altro (Riportare nominativo e qualifica medico med. gen., medico RSA, medico specialista, ecc.) telefono

Caregiver/persona di riferimento telefono

Amministratore di sostegno Non necessario No Si telefono

Nominativo.....

- 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 risolte
 - 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 DI INSTABILITÀ CLINICA (SCALA SIC)

- 0 STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/S programmabile, anche bisettimanale
- 1 MODERATAMENTE STABILE: problemi clinici che necessitano di monitoraggio M-MI/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 da cui deve essere dimesso con una diagnosi oppure evento al domicilio che determina una recente modifica dello stato clinico-assistenziale-funzionale entrambi passibili 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 un anno

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



Regione Lombardia

CONDIZIONE FUNZIONALE PRE-MORBOSA (RANKIN MODIFICATA)

RIFERITA ALLA CONDIZIONE PREDELENTE L'EVENTO INDICE

- 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

Comorbidità 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):

- nessun controllo (TCT = 0)
- 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:** SI NO Se si, quali?
- **Verticalizzazione:** SI NO
- **Carico concesso:** completo parziale assente
- **Se in ossigenoterapia, in atto svezzamento:** SI NO
- **Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento:** SI NO
- **Se cannula tracheale, in atto rimozione:** SI 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 terapeutico:

.....



Regione Lombardia

TERAPIE IN CORSO

<input type="checkbox"/> Assenza di terapie	1
<input type="checkbox"/> Terapia solo orale	2
<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo	3
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3
<input type="checkbox"/> Trattamento dialitico attivo	3

ALTRI BISOGNI CLINICI

<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici standard	2
<input type="checkbox"/> Monitoraggio ematochimici almeno settimanali	3
<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3

SCALA DI DISABILITÀ COMUNICATIVA

- 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 paziente 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 al domicilio

Certo Probabile Attivata pratica RSA

Il paziente è affetto da demenza? No Sì se sì, la diagnosi risale a: < 3 mesi < 1 anno > 1 anno

Disturbi comportamentali e sintomi psichici? No Sì se sì, da quanto tempo: vari giorni mesi anni

Da compilare solo per profilo demenze

Disturbi comportamentali

- Deliri (persecutori, di gelosia, ecc.)
- Allucinazioni
- Vagabondaggio o si perde fuori casa
- Agitazione notturna
- Inversione ritmo sonno-veglia
- Aggressività verso sé e/o gli altri
- Urla o lamentazioni o vocalismi
- Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica
- Presenza di disturbi del comportamento alimentare

Confusione

- Completamente confuso, personalità destrutturata
- Confuso e non si comporta in certe situazioni come dovrebbe
- Incerto e dubbioso, nonostante sia orientato nel tempo/spazio
- Pensa in modo chiaro, tiene normali contatti con l'ambiente

Irritabilità

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità,
- Non mostra segni di irritabilità

Irrequietezza

- Incapace di stare fermo, tocca gli oggetti a portata di mano
- Si agita e gesticola durante la conversazione
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria

AREA SOCIALE CONDIZIONE SOCIALE

- 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 famigliari, 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 care-giver (nursing riabilitativo e addestramento a device e/o ausili)
- valutazione e indirizzo alle cure di fine vita (prognosi poco favorevole e approccio palliativo)



Regione Lombardia

AREA ASSISTENZIALE: INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE (ICA)

1) FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA		6) IGIENE ED ABBIGLIAMENTO	
<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"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione	4
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 3	3	7) MOVIMENTO	
<input type="checkbox"/> Scopenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Utilizzo in modo autonomo presidi per movimento	2
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
2) FUNZIONE RESPIRATORIA		<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare il sollevatore	4
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	8) RIPOSO E SONNO	
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4
<input type="checkbox"/> Parametri ≥3 rilevazioni die	3	9) SENSORIO E COMUNICAZIONE	
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
3) MEDICAZIONI		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2)	2	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	10) AMBIENTE SICURO/SITUAZIONE SOCIALE	
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alta	4
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissioni con altre istituzioni	3
4) ALIMENTI E IDRATAZIONE			
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1		
<input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3		
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve	3		
<input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata/severa	4		
<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3		
5) ELIMINAZIONE			
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1		
<input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo	2		
<input type="checkbox"/> Necessità di clisma	3		
<input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC	3		
<input type="checkbox"/> Gestione della stomia	3		
<input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2		
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24h)	3		
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero /a lunga permanenza	3		

INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	1	2	3	4
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione Respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione urinaria ed intestinale				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensori e comunicazione				
Ambiente sicuro/situazione sociale				
Esito di colonna maggiormente rappresentato				
La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO	1	2	3	4

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)

Data di compilazione

Nome e firma dell'infermiere

Nome e firma del medico

.....

.....