



CL 01.01.02

DELIBERAZIONE N. 1096 DEL 23/08/2017

PROPOSTA N. 1205 DEL 22/08/2017

OGGETTO: DELIBERAZIONE N. 1051 DEL 10.08.2017, AD OGGETTO: "INDIZIONE PROCEDURA APERTA SOTTO LA SOGLIA COMUNITARIA, AI SENSI DELL'ART 36, COMMA 9, DEL D.LGS 50/2016, PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI UN SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELLA RETE INTEGRATA PER LA CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA TRA LE STRUTTURE OSPEDALIERE DI RICOVERO E CURE E LE STRUTTURE DI RICOVERO DELLA RETE TERRITORIALE DI ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO E RELATIVA MANUTENZIONE" INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI GARA.

PUBBLICAZIONE DAL 23/08/2017

sull'Albo Pretorio on-line dell'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano.



CL 01.01.02

DELIBERAZIONE N. 1096 DEL 23 AGO, 2017

OGGETTO: DELIBERAZIONE N. 1051 DEL 10.08.2017, AD OGGETTO: "INDIZIONE PROCEDURA APERTA SOTTO LA SOGLIA COMUNITARIA, AI SENSI DELL'ART 36, COMMA 9, DEL D.LGS 50/2016, PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI UN SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELLA RETE INTEGRATA PER LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA TRA LE STRUTTURE OSPEDALIERE DI RICOVERO E CURE E LE STRUTTURE DI RICOVERO DELLA RETE TERRITORIALE DI ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO E RELATIVA MANUTENZIONE" INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI GARA.

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che, con Deliberazione n. 1051 del 10.08.2017, è stata approvata l'indizione di procedura aperta sotto soglia comunitaria, ai sensi dell'art. 36 del D.Lgs. 50/2016, per l'affidamento della fornitura di un software per la gestione informatizzata della rete integrata per la continuità dell'assistenza tra le Strutture Ospedaliere di Ricovero e Cura e le Strutture di Ricovero della rete territoriale di ATS Città Metropolitana di Milano e relativa manutenzione, per il periodo di cinque anni, per un importo complessivo posto a base d'asta pari a € 94.000,00 (IVA esclusa);

DATO ATTO che, per mero errore materiale, non è stato ricompreso, tra la documentazione approvata con la richiamata Deliberazione n. 1051/2017, il Capitolato Tecnico;

RITENUTO necessario, pertanto, integrare la documentazione di gara *de qua* con il Capitolato Tecnico, che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

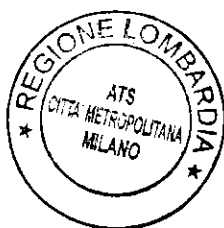
SU CONFORME PROPOSTA del Direttore della UOC Programmazione e Gestione Gare che dichiara la legittimità e la regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo nonché del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

DELIBERA

per le motivazioni formulate in premessa che qui si intendono integralmente trascritte:

1. di integrare la documentazione di gara allegata alla deliberazione n. 1051 del 10.08.2017 con il Capitolato Tecnico che si allega al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
3. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990;
4. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della L.R. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015);
5. di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale.




Il Direttore Generale
Marco Bosio

Parere favorevole formulato ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii e della L.R. 33/2009 e ss.mm.ii. per la formulazione delle decisioni del Direttore Generale

Il Direttore Amministrativo
Alberto Russo



Il Direttore Sanitario
Emerico Maurizio Panciroli



Il Direttore Socio Sanitario
Silvano Casazza



ATS della Città Metropolitana di Milano

Allegato alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1096 del 23 AGO, 2017.

Oggetto: DELIBERAZIONE N. 1051 DEL 10.08.2017, AD OGGETTO: "INDIZIONE PROCEDURA APERTA SOTTO LA SOGLIA COMUNITARIA, AI SENSI DELL'ART 36, COMMA 9, DEL D.LGS 50/2016, PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI UN SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELLA RETE INTEGRATA PER LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA TRA LE STRUTTURE OSPEDALIERE DI RICOVERO E CURE E LE STRUTTURE DI RICOVERO DELLA RETE TERRITORIALE DI ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO E RELATIVA MANUTENZIONE" INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI GARA.

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITÀ TECNICA

Si attesta la legittimità del presente provvedimento per quanto di competenza.

ATTRIBUZIONE AL CENTRO DI DESTINAZIONE N.

Milano, _____

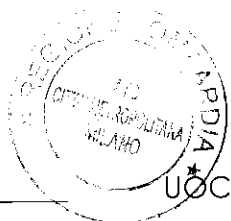


Il Direttore della Struttura proponente
UOC Programmazione e Gestione Gare
e Responsabile del procedimento
Andreina Birpla

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITÀ CONTABILE

Il presente provvedimento non comporta oneri di spesa.

Milano, _____



Il Direttore della
UOC Programmazione Bilancio Monitoraggio e Rendicontazione
Matteo Tosi

Sistema Socio-Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

PROCEDURA APERTA SOTTO SOGLIA COMUNITARIA

**Capitolato Tecnico per la fornitura di
un software per la gestione
informatizzata della rete integrata per
la continuità dell'assistenza tra le
Strutture Ospedaliere di Ricovero e
Cura e le Strutture di Ricovero della
rete territoriale di ATS Città
Metropolitana di Milano**



Indice

1. PREMESSA.....	3
2. CONTESTO.....	3
3. PROCESSO DI GESTIONE DELLA RETE INTEGRATA DI RICOVERO TERRITORIALE	4
4. PRESTAZIONI OGGETTO DELL'APPALTO.....	7
5. FORNITURA DI UN'APPLICAZIONE SOFTWARE.....	8
5.1 REQUISITI FUNZIONALI.....	8
5.2 REQUISITI NON FUNZIONALI	17
5.3 REQUISITI TECNICI	19
6. RECUPERO DEI DATI STORICI	20
7. HOSTING DELL'APPLICAZIONE	20
8. TITOLARITÀ DEL SOFTWARE	21
9. FORMAZIONE	21
10. MANUTENZIONE CORRETTIVA DELL'APPLICAZIONE SOFTWARE E ASSISTENZA	21
11. MANUTENZIONE NORMATIVA DELL'APPLICAZIONE SOFTWARE	22
12. MANUTENZIONE EVOLUTIVA DELL'APPLICAZIONE SOFTWARE.....	23
13. LIVELLI DI SERVIZIO MINIMI RICHIESTI E CRITERI DI MISURA.....	24
14. PIANO DI FORNITURA.....	25
14.1 CONSEGNA DELLA SOLUZIONE	25
14.2 COLLAUDO.....	25
15. EXIT STRATEGY	26
16. DOCUMENTAZIONE.....	26
16.1 MANUALE AMMINISTRATORE	26
16.2 MANUALE UTENTE.....	27
17. DOCUMENTAZIONE TECNICA DI OFFERTA	27
18. LEGENDA E TERMINOLOGIA	27
19. ALLEGATI.....	29
20. RIFERIMENTI	29



1. PREMESSA

L'ATS Città Metropolitana di Milano intende affidare, attraverso gara d'appalto, la fornitura di un software per la gestione informatizzata della rete integrata per la continuità dell'assistenza tra le Strutture Ospedaliere di Ricovero e Cure e le Strutture di Ricovero della rete territoriale di ATS Città Metropolitana di Milano.

Il codice del software oggetto del presente appalto e la proprietà intellettuale dello stesso saranno di ATS Città Metropolitana di Milano. Ricompreso nella fornitura oggetto di gara, oltre ai servizi di manutenzione correttiva e normativa del software, è il servizio di hosting dell'applicativo stesso. I servizi di manutenzione ed hosting compresi nella fornitura devono avere durata di 60 mesi.

All'interno di questo documento sono state adottate le seguenti convenzioni:

- L'amministrazione appaltante (ATS Città Metropolitana di Milano) sarà indicata come ATS;
- L'aggiudicatario sarà indicato come il Fornitore;
- I partecipanti alla gara saranno indicati come i Concorrenti.

2. CONTESTO

Nella fase di stabilizzazione, a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione, può risultare necessario accompagnare il paziente dall'Ospedale verso il territorio con la risposta più appropriata al suo bisogno, al fine di riportarlo al miglior stato di salute e benessere possibile.

La gestione della continuità assistenziale può prevedere la dimissione dall'Ospedale verso altri setting di ricovero (Cure Intermedie, Riabilitazione Specialistica, Subacute). Tale percorso necessita di un processo di informatizzazione che coinvolga più Soggetti (Reparto Ospedaliero, Centro Servizi Aziendale (CSA), Centro Servizi Milano (CSM), Strutture di Ricovero della rete territoriale, ATS della Città Metropolitana di Milano), secondo un percorso che sarà dettagliato in questo documento.

Il software oggetto del presente capitolato dovrà supportare tale processo; dovrà inoltre poter essere facilmente integrato con il portale del Progetto Milano relativo al Centro Servizi.

I dati verranno inseriti nel sistema informatico in modo ragionato (è stata predisposta come ipotesi una "scheda di valutazione del percorso assistenziale") e quindi assemblati dal sistema in tre schede sulla base delle tre destinazioni:

- Cure intermedie (vedi scheda regionale + frontespizio)
- Riabilitazione ospedaliera (vedi scheda allegata a titolo esemplificativo. La versione che il sistema dovrà produrre sarà analoga, ma assemblata secondo quanto concordato con ATS)



- Subacuta (vedi scheda allegata a titolo esemplificativo. La versione che il sistema dovrà produrre sarà analoga, ma assemblata secondo quanto concordato con ATS)

In caso di modifica della destinazione, il sistema dovrà usare i dati già inseriti e chiedere solo quelli mancanti per il completamento della nuova scheda.

Il contratto stipulato a seguito dell'aggiudicazione del presente bando tra ATS e Fornitore potrà essere ceduto da ATS ad altro Ente Sanitario Pubblico, mantenendo invariate le condizioni contrattuali.

3. PROCESSO DI GESTIONE DELLA RETE INTEGRATA DI RICOVERO TERRITORIALE

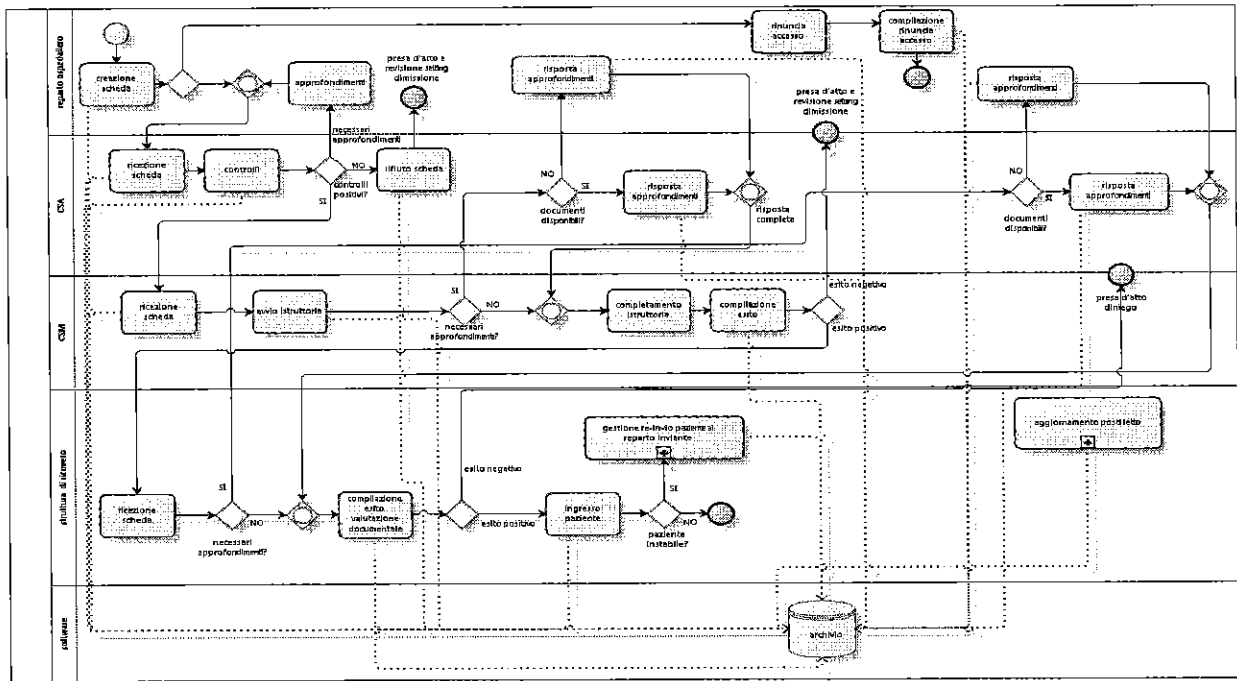
Il processo è descritto nella tabella seguente, suddiviso tra livello organizzativo e fase/azione presidiata. Sono evidenziate in grassetto le fasi che dovranno essere totalmente o in parte gestite con il software oggetto del presente capitolato.

LIVELLO ORGANIZZATIVO	FASE/AZIONE PRESIDATA
Reparto ospedaliero	Effettua un "trriage" entro 48/72 ore dal ricovero per una prima identificazione dei pazienti che necessiteranno di un accompagnamento alla dimissione
	Effettua un orientamento qualificato per individuare l'unità di offerta verso cui indirizzare il paziente (Sub Acute, Riabilitazione Specialista Sanitaria, Cure Intermedie ...). Sceglie l'unità d'offerta più adatta al paziente. Compila, anche progressivamente, la scheda per la dimissione, composta da una parte fissa e da una variabile a seconda dell'unità d'offerta selezionata.
	Informa i familiari dell'assistito riguardo l'avvio dell'iter per un eventuale trasferimento dopo la fase di acuzie della malattia
	Utilizzando il software invia la scheda compilata al CSA per approvazione
	Pianifica eventuali rientri in ospedale del paziente per accertamenti diagnostici o trattamenti specifici programmabili
	Riaccoglie il paziente in caso di necessità.
Centro Servizi Aziendale – CSA (presente in ogni ASST / IRCCS)	Riceve le richieste di ricovero dai Reparti
	Valuta, di norma giornalmente, le richieste pervenute attraverso: - L'esame documentale - Il contatto e il confronto con il Reparto inviante Provvede all'approvazione/sospensione/rifiuto della richiesta Invia la richiesta al CSM
	Fornisce supporto ai diversi Reparti ospedalieri in tutto l'iter della domanda (dalla valutazione preliminare all'esito), anche in un'ottica di appropriato utilizzo di tutte le unità d'offerta della rete dei servizi
	Si raccorda sia con i Reparti sia con il CSM, per il presidio dei percorsi di continuità delle cure
	Opera in un'ottica di case management
Centro Servizi Milano - CSM	Riceve le richieste di ricovero dai CSA
	Valuta, di norma giornalmente, le richieste pervenute attraverso: - L'esame documentale - La discussione in equipe su casi selezionati Provvede all'approvazione/sospensione/rifiuto della richiesta



	<p>Se approvata, trasmette la richiesta ad una delle Strutture di Ricovero, sulla base della disponibilità dei posti, della residenza del paziente, di alcune specificità della struttura stessa e dei criteri di priorità individuati e quantificati.</p> <p>Fornisce supporto ai CSA per il presidio dei percorsi di continuità delle cure, anche nell'ottica dell'utilizzo appropriato delle risorse della rete dei servizi</p> <p>Raccoglie eventuali criticità dalle Strutture di Ricovero per una gestione condivisa della soluzione</p> <p>Opera in un'ottica di coordinamento organizzativo dei servizi</p>
Struttura di Ricovero	<p>Segnala ed aggiorna giornalmente la pianificazione delle dimissioni a due settimane, i posti occupati e i posti liberi dividendoli per sesso</p> <p>Valuta le domande di trasferimento pervenute dal CSM indicando entro 24 h la data di inserimento sulla base delle dimissioni già programmate. In caso di richiesta di approfondimento deve essere esplicitata la motivazione in un apposito campo "strutturato" del gestionale. La domanda potrà poi comunque essere accettata o respinta. In caso di diniego deve essere esplicitata la motivazione in un apposito campo "strutturato" del gestionale.</p> <p>Si attiva per dare attuazione al ricovero</p> <p>Inserisce in un apposito campo le valutazioni cliniche e le criticità riscontrate dopo l'arrivo del paziente in Struttura. Segnala in apposito campo il motivo dell'eventuale rinvio immediato al Reparto.</p> <p>La Struttura contatta il Reparto di provenienza del paziente per lo scambio di eventuali informazioni cliniche sia nel momento della valutazione della domanda, sia al momento del trasferimento del paziente, sia dopo l'inserimento in struttura.</p> <p>Collabora con il CSM per il miglioramento del processo di continuità assistenziale</p> <p>Collabora con il reparto per gli eventuali bisogni diagnostici o trattamenti specifici programmati all'atto del trasferimento</p> <p>Richiede, in caso di necessità e previo contatto diretto con la struttura ospedaliera, il ricovero con priorità del paziente, compilando un apposito campo contenente motivazioni e data della richiesta.</p>
Advisory Board socio sanitario della città di Milano	<p>Monitora, in collaborazione con i gestori delle Strutture di Ricovero, il funzionamento del modello, la corretta applicazione dei criteri e delle procedure condivise</p>

Il seguente diagramma descrive il processo informatizzato che dovrà essere gestito dal software oggetto dell'appalto.





LEGENDA DEL DIAGRAMMA:

-  inizio processo
-  attività
-  passaggio di ricongiunzione del flusso
-  passaggio condizionale
-  fine processo
-  Deposito Dati
-  Sottoprocesso

N.B.:

- tutte le fasi indicate devono essere tracciate sul SW e deve essere possibile ricavarne dati e indicatori
- deve essere tracciato anche l'eventuale flusso di ritorno del paziente dalle Strutture di Ricovero al Reparto Ospedaliero.
- Deve essere possibile allegare documentazione (relazioni cliniche, ...)
- Il sistema deve essere di facile utilizzo per tutti i livelli organizzativi.
- Lo stato di avanzamento della domanda deve essere visibile a tutti i livelli organizzativi.

4. PRESTAZIONI OGGETTO DELL'APPALTO

L'appalto include le seguenti prestazioni:

- Fornitura di un'applicazione software
- Recupero dei dati storici
- Hosting dell'applicazione fornita
- Formazione
- Manutenzione correttiva e assistenza
- Manutenzione normativa
- Manutenzione evolutiva



5. FORNITURA DI UN'APPLICAZIONE SOFTWARE

Il Fornitore svilupperà il software applicativo secondo quanto specificato nel presente capitolato. Il codice sorgente e la proprietà intellettuale dello stesso saranno di ATS Città Metropolitana di Milano e potranno essere ceduti da ATS ad un altro Ente Pubblico Sanitario, mantenendo invariate le condizioni contrattuali. ATS si riserva inoltre di rendere disponibile l'applicativo per il riuso presso altri Enti pubblici.

L'erogazione del software dovrà essere in modalità cloud: nessuna componente server dovrà essere installata presso le sedi di ATS.

Il software applicativo dovrà rispettare le specifiche funzionali, le specifiche non funzionali e le specifiche tecniche di seguito definite.

Principali requisiti che dovranno caratterizzare il servizio

- integrazione: i moduli applicativi software dovranno essere funzionalmente integrati tra loro e gli archivi dovranno essere strutturati in modo da garantire l'univocità di qualsiasi informazione all'interno della base dati; In caso di modifica della destinazione del paziente, anche a seguito di richieste di approfondimento, il sistema dovrà usare i dati già inseriti e chiedere solo quelli mancanti per il completamento della nuova scheda;
- storicità: le informazioni rilevanti dovranno essere storicizzate: per ciascuna registrazione dovrà essere rilevabile la data di validità;
- notifiche: tutte le comunicazioni inviate dal software via email avranno caratteristiche di semplice notifica e non dovranno contenere dati personali o riservati dei pazienti;
- Help on-line e visualizzazione descrittiva degli elementi codificati.

Le specifiche di seguito definite sono da intendersi come specifiche minime.

Il mancato rispetto di qualsiasi requisito contenuto nelle specifiche minime comporta l'esclusione automatica del Concorrente.

Eventuali miglioramenti offerti saranno oggetto di valutazione secondo i criteri stabiliti nei documenti di gara.

5.1 REQUISITI FUNZIONALI

GDF1	Profili
------	---------

- o Il software deve prevedere sei profili base:

- o Reparto Ospedaliero

Gli operatori dei reparti ospedalieri dovranno avere un'utenza personale di accesso al sistema ed essere univocamente associati ad



un Presidio Ospedaliero. Dovranno necessariamente avere un indirizzo email al quale il software spedisce le notifiche.

- o Centro Servizi Aziendale (CSA)

Gli operatori del CSA potranno accedere alle schede inserite dal proprio presidio. Dovranno necessariamente avere un indirizzo email al quale il software spedisce le notifiche.

- o Centro Servizi Milano (CSM)

Gli operatori del CSM potranno accedere a tutte le schede inserite nel sistema e inviarle alla Struttura di destinazione del paziente. Dovranno necessariamente avere un indirizzo email al quale il software spedisce le notifiche.

- o Struttura di Ricovero

Ciascuna Struttura di Ricovero potrà avere uno o più utenti ad essa associati, che avranno visibilità delle schede dei soli pazienti inviati alla Struttura stessa. Dovranno necessariamente avere un indirizzo email al quale il software spedisce le notifiche.

- o Coordinamento CSM e Livelli di governo (Advisory Board, SC Domiciliarità)

Gli operatori del livello di governo del sistema potranno accedere a tutte le schede e alla reportistica completa.

- o Amministratore

Gli utenti con questo profilo avranno la possibilità di gestire le utenze (creazione, modifica, cancellazione) e tutte le anagrafiche/tabelle previste dal software. Avranno inoltre la possibilità di modificare le schede.

GDF2	Funzioni per il Reparto Ospedaliero
------	-------------------------------------

L'utente dovrà poter compilare i contenuti richiesti e dovrà avere la possibilità di salvarli in qualsiasi momento e di poterli riprendere successivamente. Per ogni sezione della scheda deve essere previsto un campo note e la possibilità di importare file (ad esempio parti dell'anamnesi o del decorso ospedaliero).



Il programma posizionerà degli alert su eventuali incompletezze/inappropriatezze/incongruenze. Fino a quando le sezioni non saranno compilate in modo corretto non sarà possibile l'invio al CSA.

L'applicativo deve permettere:

1. la compilazione dei contenuti clinici e di valutazione della "SCHEDA UNICA DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE", come allegata al presente Capitolato Tecnico, ovvero:
 - FRONTESPIZIO (comprendente scelta dell'unità d'offerta, motivazione della richiesta, dati della Struttura inviante e dati del paziente)
 - STRUTTURA DI DESTINAZIONE
 - STRUTTURA INVIANTE
 - ANAGRAFICA UTENTE
 - CARE GIVER
 - AREA SOCIALE
 - AREA DIAGNOSI e motivo del ricovero
 - AREA VALUTAZIONE CLINICA
 - AREA VALUTAZIONE DEMENZA/PATOLOGIE PSICHIATRICHE
 - AREA TERAPIA FARMACOLOGICA E RIABILITATIVA
 - AREA AUSILI E PRESIDII PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI
 - INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE
 - SEZIONE SPECIFICA CURE INTERMEDIE (solo in caso di scelta dell'unità d'offerta Cure Intermedie ex Post Acuta o Cure Intermedie ex Riabilitazione)
 - SEZIONE SPECIFICA RIABILITAZIONE SPECIALISTICA (solo in caso di scelta dell'unità d'offerta Riabilitazione Ospedaliera)
 - SEZIONE SPECIFICA SUBACUTI (solo in caso di scelta dell'unità d'offerta Subacute)

L'organizzazione delle informazioni a video dovrà ricalcare quella della scheda allegata "SCHEDA UNICA DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE".

ULTERIORI SPECIFICHE NELLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA

- Nel frontespizio della scheda deve comparire il logo dell'ASST di appartenenza dell'utente che ha compilato la scheda stessa.
- Il sistema deve richiedere, nella apposita sezione, il caricamento del pdf relativo al consenso al trattamento dei dati personali firmato dal paziente o da un familiare.
- La sezione "Struttura di destinazione" deve proporre solo le strutture che offrono l'unità di offerta selezionata. Deve essere possibile indicare una struttura non censita nel sistema.



- Nelle sezioni specifiche CURE INTERMEDIE e SUBACUTI la sezione denominata "Indice Intensità Assistenziale (compilato da Struttura Ricevente)" non deve essere compilabile dal Reparto inviante.
- Le diagnosi devono essere inserite per esteso e facendo riferimento ai codici in uso (ICD-9)
- Nella sezione "Profilo di cura" il software deve evidenziare all'utente le celle della tabella corrispondenti ai valori delle rispettive scale di riferimento, lasciando la possibilità di compilare il profilo di cura (a scelta tra i 4 valori possibili)

Durante la compilazione della scheda stessa devono essere effettuati controlli di coerenza tra valori di campi appartenenti anche a sezioni diverse (es. se si seleziona un determinato valore in una sezione, non deve essere possibile selezionarne uno in contraddizione in una sezione successiva), il cui dettaglio verrà fornito da ATS al Fornitore.

Al completamento della scheda e dopo che l'operatore lo ha confermato, il software calcolerà i risultati degli algoritmi laddove previsti, come descritti nella scheda e/o successivamente dettagliati da ATS al Fornitore.

2. la compilazione di una sezione RINUNCIA ALL'ACCESSO: prevedere un menu a tendina con elenco di motivazioni e un campo testo per note.
3. La compilazione di una sezione nella quale pianificare gli eventuali rientri in ospedale del paziente per accertamenti diagnostici o trattamenti specifici, indicando la data dell'evento e l'evento in un campo di testo.
4. Deve essere presente una sezione da cui tutti gli utenti possano scaricare materiale di riferimento (es. Scala ASIA, Glasgow, MMSE, NPUAP..) che deve poter essere inserito ed aggiornato in autonomia dall'amministratore del Sistema.
5. Deve essere prevista una sezione in cui l'utente possa inserire allegati, con lo scopo principale di caricare le scale compilate (ma non solo). Tale sezione deve richiedere un titolo per ciascun allegato caricato.
6. L'utente deve poter compilare le sezioni nell'ordine che preferisce. Deve poter salvare la scheda in qualsiasi momento, anche se la sezione in fase di compilazione non è completa.

Una volta completata la compilazione di tutte le sezioni può avvenire l'invio al CSA. Un alert comparirà nella bacheca del CSA e gli operatori potranno vedere tutto il materiale compilato all'interno della piattaforma informatica. Ci si riferisce sia alla scheda nella sua interezza sia alle parti aggiuntive. Tutto



questo materiale potrà essere stampato (si vedano a questo proposito le specifiche nel seguito di questo documento).

GDF3	Funzioni per il Centro Servizi CSA e CSM
------	------------------------------------------

CSA:

- Il CSA ha il compito di verificare le domande ricevute dai reparti. Il CSA deve avere la possibilità di modificare qualsiasi dato delle schede ricevute, fino al momento in cui le inoltra al CMS oppure le reinvia al Reparto inviante. Deve essere tenuta traccia dell'autore e della data di ciascuna modifica effettuata.
- Quando il CSA consulta una domanda, devono essere resi evidenti gli alert su eventuali inapproprietezze/incongruenze. Gli algoritmi di individuazione di tali inapproprietezze/incongruenze riguarderanno specifiche combinazioni multiple campo-valore il cui dettaglio verrà fornito da ATS al Fornitore. La pratica può essere comunque inoltrata (forzata) anche in presenza di incongruenze segnalate.
- Il CSA avrà a disposizione una sezione denominata "Scheda di esito CSA" in cui sono previste tre opzioni:
 - Esito positivo: In questo caso il CSA invia la scheda al CSM. A seguito di tale operazione il CSM riceverà una comunicazione attraverso il software
 - Richiesta di approfondimenti: Deve essere previsto un campo note in cui il CSA dettaglia la richiesta. La scheda torna all'attenzione del Reparto Ospedaliero mittente.
 - Esito negativo: Deve essere previsto un menù a tendina contenente le possibili motivazioni, oltre ad un campo note in cui il CSA dettagli le ragioni del rifiuto.
A seguito di tale operazione, il reparto ospedaliero mittente riceverà una comunicazione attraverso il software
- Il sistema deve tener traccia della data, dell'ora e dell'utente che compila e salva la sezione "Scheda di esito CSA".
- Una volta effettuato l'invio al CSM non sarà più possibile effettuare modifiche da parte degli operatori del CSA
- Deve essere possibile compilare la sezione "Rinuncia all'accesso" di cui al GDF2 - punto 2.

CSM:

- Il CSM consulta le schede ricevute dal CSA. Il CMS non deve avere possibilità di modificare i dati delle schede.



- Quando il CSM consulta una scheda, devono essere resi evidenti gli alert su eventuali inapproprietezze/incongruenze. Gli algoritmi di individuazione di tali inapproprietezze/incongruenze riguarderanno specifiche combinazioni multiple campo-valore il cui dettaglio verrà fornito da ATS al Fornitore; La pratica può essere comunque inoltrata (forzata) anche in presenza di incongruenze segnalate.
- Il CSM avrà a disposizione una sezione denominata "Scheda di esito CSM" in cui sono previste tre opzioni:
 - Esito positivo: In questo caso il CSM seleziona la Struttura di Ricovero a cui assegnare il paziente. A seguito di tale operazione, la Struttura di Ricovero, il CSA ed il Presidio Ospedaliero mittente riceveranno una comunicazione attraverso il software
 - Richiesta di approfondimenti: Deve essere previsto un campo note in cui il CSM dettaglia la richiesta. La scheda torna all'attenzione del CSA.
 - Esito negativo: Deve essere previsto un menù a tendina contenente le possibili motivazioni, oltre ad un campo note in cui il CSM dettagli le ragioni del rifiuto. A seguito di tale operazione il CSA e il Reparto Ospedaliero mittente riceveranno una comunicazione attraverso il software.
- Il sistema deve tener traccia della data, dell'ora e dell'utente che compila e salva la sezione "Scheda di esito CSA".
- Visualizzazione posti letto: il CSM avrà a disposizione una funzione per visualizzare graficamente in un'unica schermata la disponibilità dei posti sulle Strutture di Ricovero configurate nell'applicativo. Dovrà avere a disposizione dei filtri relativi alla struttura, alla tipologia di posto letto, alla data ed al sesso. La visualizzazione dovrà mostrare con colori differenti i posti disponibili, quelli con prevista dimissione e quelli occupati. Tale visualizzazione dovrà basarsi sul modello allegato al presente capitolato "Visualizzazione posti letto.xlsx" e potrà eventualmente essere migliorata su proposta del Fornitore, concordemente con ATS.
- Visualizzazione della Lista d'attesa: il CSM avrà a disposizione una funzione per estrarre la Lista d'attesa complessiva, con dei filtri relativi alle strutture invianti, alle Strutture di Ricovero, alla tipologia di posti letto, alla data e al sesso.

GDF4	Funzioni per la Struttura di Ricovero
------	---------------------------------------

- La Struttura di Ricovero può visualizzare le schede dei pazienti assegnati, senza poterle modificare.
- La Struttura di Ricovero avrà a disposizione una sezione denominata "Scheda di esito Struttura di Ricovero" in cui sono previste due opzioni:
 - Accettazione. Deve essere previsto un campo data obbligatorio "Data prevista di inserimento".



- Criticità/Approfondimento. Deve essere previsto un menù a tendina contenente le possibili motivazioni, oltre ad un campo note per l'inserimento dei dettagli richiesti.
- Diniego: deve essere esplicitata la motivazione
- Valutata la scheda, la Struttura di Ricovero deve rispondere al CSM, ovvero inserire le date richieste, entro 24 ore dalla ricezione. Se trascorre più tempo, deve comparire un alert visibile a tutti i livelli organizzativi, sulla scheda non trattata.
- Nel caso di pazienti di Cure Intermedie (entrambe le tipologie) o Subacuti deve compilare la sezione denominata "Indice Intensità Assistenziale (compilato da Struttura Ricevente)" entro 15 giorni solari. Se trascorre più tempo, deve comparire un alert visibile a tutti i livelli organizzativi, sulla scheda non trattata.
- Segnalazione posti letto disponibili: la struttura segnala i posti letto disponibili utilizzando un'apposita pagina dell'applicativo il cui tracciato comprenderà i campi tipologia posto letto, numero posti letto suddivisi in maschi, femmine. Analogamente dovrà segnalare i posti letto la cui disponibilità è prevista nelle successive due settimane a causa di dimissioni programmate dei pazienti. Dovrà contenere inoltre la data di aggiornamento del dato.

GDF5	Funzioni per Coordinamento CSM e livelli di governo
------	-----------------------------------------------------

- I livelli di governo del sistema hanno un profilo di visualizzazione di tutte le domande inserite e di tutte le relative sezioni, sia quelle in corso che quelle archiviate (esitate positivamente o negativamente in qualsiasi punto del processo). Devono disporre di una funzione che offra sufficienti filtri di ricerca da agevolare la ricerca delle schede.

GDF6	Funzioni per l'Amministratore
------	-------------------------------

- Deve essere possibile gestire le opzioni disponibili sulla scheda nei campi di tipo menu a tendina, checkbox a scelta multipla e radiobutton; la cancellazione dei possibili valori deve essere solo logica e deve permettere la corretta visualizzazione delle vecchie schede (cioè interrogando una scheda in cui era selezionato un valore in seguito disattivato, tale valore deve essere visibile e selezionato).
- Deve essere possibile attivare e disattivare la visualizzazione dei posti letto e delle liste d'attesa ai vari profili dell'applicativo.
- Deve essere possibile gestire l'anagrafica delle Strutture e l'associazione delle Strutture stesse con le unità d'offerta.
- Deve essere caricare il materiale di riferimento (es. Scala ASIA, Glasgow, MMSE, NPUAP..) che potrà poi essere utilizzato dagli utenti.
- L'amministratore deve avere la possibilità di caricare i loghi delle ASST a cui gli utenti del Reparto Ospedaliero appartengono.



GDF7	Integrazioni
------	--------------

- Anagrafica utenti: va previsto il recupero dei dati dalla BAC/NAR di ATS. ATS fornirà i tracciati record, gli estremi di collegamento e le logiche di interrogazione del database Oracle a cui l'applicativo dovrà collegarsi per il recupero dei dati anagrafici dei pazienti.
- L'applicazione dovrà essere integrata a SISS e quindi anche alla Banca Anagrafica Centralizzata (BAC) ATS, collocata presso la Sede Centrale ATS. Se, nel corso del contratto, lo stesso sarà ceduto da ATS ad ASST, il Fornitore dovrà operare le opportune modifiche al software per integrare l'applicativo alla BAC dell'ASST anziché dell'ATS, senza oneri aggiuntivi per l'Ente cedente né per quello ricevente, oppure conservare il collegamento con BAC ATS su richiesta dei livelli di governo del sistema. Gli scenari di integrazione SISS, che secondo le richieste di ATS Milano potranno essere implementabili separatamente, ma che sono tutti compresi nella presente fornitura, sono riconducibili a questi tre ambiti:
 - ICCE, Identificazione Cittadino Certificata Esteso;
 - HL7, integrazioni interne dal dipartimentale alla BAC e dalla BAC al dipartimentale;
 - FSE, pubblicazione della documentazione nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Tutta la relativa documentazione tecnica è visibile e scaricabile dal sito www.crs.lombardia.it.

L'attuazione delle funzionalità SISS è condizionata dalle indicazioni regionali e dai tempi d'integrazione stabiliti da Regione Lombardia e da ATS.

L'applicativo potrà essere inizialmente consegnato non integrato ai servizi SISS.

Il software applicativo dovrà essere integrato ai servizi SISS, come da specifiche di progetto SISS (inclusa la gestione dell'anagrafica regionale e aziendale) e validato da Lombardia Informatica senza prescrizioni gravi entro il termine di sei mesi dalla data di richiesta da parte ATS.

Tutti gli oneri economici derivanti dalle attività d'integrazione saranno a completo carico del Fornitore e i ritardi rispetto al termine sopra indicato comporteranno l'applicazione delle penali previste da contratto.
- Il sistema dovrà prevedere la realizzazione di connettori bidirezionali che consentano la futura integrazione con il sistema Regionale di prescrizione protesica. Tale attività dovrà realizzarsi senza costi aggiuntivi per ATS entro 180 giorni dal ricevimento delle specifiche che ATS si premurerà di trasmettere al Fornitore.
- Il software dovrà essere corredato dei necessari web services per:
 - Inviare in modalità "push" tutti i dati delle schede ed il relativo pdf ad un sistema esterno.
 - Ricevere in modalità "pull" da parte di un software esterno la richiesta dei dati di una scheda, la cui risposta dovrà contenere tutti i dati ed il pdf; questa modalità dovrà prevedere i necessari accorgimenti a



livello di sicurezza per fare in modo che solo i gestionali autorizzati accedano alle schede di competenza delle rispettive strutture.

- o Ricevere in modalità "push" da parte di sistemi esterni alcuni o tutti i dati della scheda paziente.
- o Ricevere in modalità "push" da parte di sistemi esterni le schede di dimissione dei pazienti, sotto forma di file pdf, che dovranno essere allegati automaticamente alla relativa scheda.

GDF8	Report
------	--------

- o Per i livelli di governo del sistema dovranno essere disponibili dei file excel contenenti tutti i dati presenti nel software
- o Il software dovrà prevedere, tra le funzionalità disponibili a tutti i profili, una reportistica che rielabori tutti i dati raccolti dal sistema. Le specifiche dei singoli report saranno consegnate da ATS al Fornitore dopo l'aggiudicazione. I report saranno un minimo di 20.
- o Il software dovrà prevedere una funzione di export massivo dei dati con cui esportare in formato standard (txt, excel o csv) tutti i dati di tutte le schede in forma denormalizzata.

GDF9	Funzioni comuni
------	-----------------

- o L'applicativo deve tener traccia di tutte le date di passaggio delle domande (vedi flow chart)
- o Ogni volta che la scheda viene salvata, deve essere immediatamente disponibile all'interno dell'applicativo la versione pdf della stessa, perché sia scaricabile/stampabile. La versione pdf della scheda deve riprodurre esattamente la scheda "SCHEDA UNICA DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE", così come presentata in allegato. Nel pdf dovrà essere riportata, tra le sezioni specifiche cure intermedie, subacuti o riabilitazione, solamente quella corrispondente all'opzione selezionata.
- o Tutte le schede devono poter essere stampate in pdf nei rispettivi formati, analoghi a quelli allegati alla presente, a seconda della tipologia di percorso selezionato dall'utente. La mappatura dei campi tra la "SCHEDA UNICA DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE" e le schede "Scheda SubAcuti", "Scheda Unica Cure Intermedie" e "Scheda Riabilitazione Ospedaliera" che dovranno essere prodotte dal sistema ma non coincideranno con quelle allegate, saranno concordati da ATS con il Fornitore. Gli allegati "Scheda SubAcuti", "Scheda Unica Cure Intermedie" e "Scheda Riabilitazione Ospedaliera" sono inseriti nel presente capitolato a mero titolo esemplificativo e non costituiscono obbligo per ATS ma hanno il solo scopo di aiutare i Concorrenti a quotare correttamente l'attività. In caso di modifica della destinazione, il sistema dovrà usare i dati già inseriti e chiedere solo quelli mancanti per il completamento della nuova scheda.



- o Anche le sezioni non comprese nella Scheda sopracitata (quali i campi relativi alle voci "DIMISSIBILE DAL...", "PREFERENZA per la Struttura di Ricovero in cui essere trasferito", "RELAZIONE", ...) devono essere disponibili in versione Pdf per poter essere scaricabili/stampabili.
- o Estrazione massiva schede assegnate. Ciascuna profilo deve avere la possibilità di scaricare in un formato interoperabile (txt o csv) tutti i dati delle schede di propria competenza. Tale funzione deve offrire alcuni filtri di base e permettere con un unico click di estrarre un file contenente tutte le schede corrispondenti a tali filtri (non solo quelle eventualmente visualizzate a video).

5.2 REQUISITI NON FUNZIONALI

Il prodotto dovrà essere conforme, relativamente agli aspetti in esso trattati, alle linee guida emesse da Lombardia Informatica per conto di Regione Lombardia ed elencate al cap. 18 – Riferimenti.

RNF1	Dimensionamento
------	-----------------

L'applicazione deve essere dimensionata per poter gestire e mantenere i dati afferenti alla ATS Città Metropolitana di Milano:

- Circa 3.500.000 abitanti;
- Unità d'offerta coinvolte nel progetto

Tipologia di unità d'offerta	Milano + Distretto Nord Milano	Distretti fuori Milano
Riabilitazione gestori n.	16	11
Riabilitazione strutture n.	21	16
Sub acute gestori n.	5	6
Sub acute strutture n.	6	9
Cure intermedie gestori n.	7	3
Cure intermedie strutture n.	9	6

Inizialmente solo le Unità d'offerta della città di Milano e del Distretto Nord Milano saranno coinvolte nel progetto.

RNF2	Manuali utente
------	----------------

L'applicazione dovrà essere corredata da manuali utente sia per l'utilizzo da parte degli utenti operativi che per le funzioni di key users e amministrazione e di configurazione/parametrizzazione.



RNF3	Sicurezza e privacy
------	---------------------

- o Il sistema dovrà essere conforme alla normativa vigente in materia di Sicurezza e Privacy e in particolare alle norme contenute nel codice della privacy, D.lgs 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché al disciplinare tecnico allegato b) del citato provvedimento ed alle disposizioni in materia del Garante della Privacy.
- o Il software applicativo, oggetto della fornitura, deve essere fruibile dai client esclusivamente mediante protocollo https. Il Fornitore dovrà provvedere alla relativa fornitura del necessario certificato per il suo corretto funzionamento. Il certificato fornito dovrà essere emesso da una Certification Authority pubblicamente riconosciuta.
- o Il Fornitore sarà designato come Responsabile Esterno del Trattamento dei dati gestiti dal sistema e conseguentemente assoggettato a tutti gli obblighi previsti dalla normativa di riferimento.
- o Al termine del contratto oppure in qualsiasi momento dopo esplicita richiesta del titolare, i dati in possesso del Fornitore e di eventuali subfornitori devono essere cancellati, in qualunque forma essi siano detenuti.
- o Tenuto conto della tipologia della fornitura (SaaS), risulta essenziale che l'azienda indichi dove i dati, in ogni loro forma, saranno ubicati. E' esclusa in ogni caso l'ubicazione ed il transito in stati non appartenenti all'Unione Europea.

L'esercizio delle indicate attività da parte dell'aggiudicatario e le modalità della loro realizzazione/attuazione potranno essere soggette ad audit da parte dell'ATS Milano Città Metropolitana.

RNF4	Backup, restore, DR, BC a norma
------	---------------------------------

L'offerente dovrà indicare nei documenti tecnici di gara le politiche di backup e restore che intende adottare ed altresì la classificazione Tier del/i data center nel/i quale/i i dati saranno ubicati;

inoltre, a tutela del patrimonio informativo dell'Agenzia e della continuità del servizio, l'offerente, nella medesima documentazione tecnica dovrà indicare quali strategie di disaster recovery e quale piano di business continuity adotterà durante tutto il periodo contrattuale.

L'esercizio delle indicate attività da parte dell'aggiudicatario e le modalità della loro realizzazione/attuazione potranno essere soggette ad audit da parte dell'ATS Milano Città Metropolitana

RNF 5	Usabilità
-------	-----------

- o L'applicazione deve prevedere un'interfaccia utente totalmente in italiano, caratterizzata da uniformità e univocità del lessico utilizzato.



- L'applicazione deve auto-protegersi da eventuali comportamenti operativi non corretti da parte dell'utente e deve guidare l'utente nella corretta esecuzione delle attività evitando che lo stesso possa svolgere attività non corrette.
- L'applicazione deve supportare l'attività d'inserimento dati attraverso:
 - Meccanismi che riducano i tempi di lavorazione e migliorino la qualità del dato attraverso la riduzione degli errori: ad esempio, per tutte le proprietà che possono assumere valori predefiniti, selezione dei dati da liste orientate all'utente.
 - Validazione sintattica dei dati specificati: valori ammissibili rispetto alla singola proprietà; obbligatorietà dei dati.
 - Validazione semantica dei dati specificati: controlli di coerenza (cioè compatibilità) dei valori attribuiti a proprietà diverse.
- L'applicazione deve presentare eventuali segnalazioni di malfunzionamenti o di violazione di criteri applicativi in modo comprensibile all'utente e fornendo un supporto all'utente per le decisioni conseguenti. Tutte le segnalazioni devono essere inserite nella manualistica di riferimento.
- L'applicazione deve essere in grado di gestire eccezioni di sistema senza interrompere la necessaria continuità dell'applicativo (senza dunque, per esempio, dump e crash di sistema).
- L'applicazione non deve avere limitazioni tecniche (ad es., sul numero massimo di utenze attive, sul numero massimo di oggetti da trattare)

5.3 REQUISITI TECNICI

Il prodotto dovrà essere conforme, relativamente agli aspetti in esso trattati, alle linee guida emesse da Lombardia Informatica per conto di Regione Lombardia ed elencate al cap. 18 – Riferimenti.

RTC1	Accesso web
------	-------------

L'applicazione deve essere raggiungibile attraverso la rete internet ed è realizzata esclusivamente con architettura software web e quindi funziona correttamente senza l'utilizzo di alcuna componente software aggiuntiva sul client ma solo con l'ausilio di un browser.

L'applicazione dovrà prevedere la compatibilità con i più diffusi browser presenti sul mercato.

Non deve essere necessaria l'installazione o l'utilizzo di componenti aggiuntivi (come ad esempio plug-in, componenti ActiveX, java applet, dll, ecc). L'applicativo non deve richiedere configurazioni particolari sulle impostazioni dei browser o dei sistemi operativi dei client: deve funzionare in maniera ottimale con qualsiasi configurazione gli Enti adottino.



In particolare si sottolinea che il vincolo di installazioni o configurazioni particolari di Java sui PC utilizzatori del servizio comporterà l'esclusione automatica del Concorrente.

RTC2	Configurazione hardware/software di base
------	------------------------------------------

L'applicazione dovrà essere corredata da specifiche che definiscono la configurazione ottimale di hardware e software di base necessaria per l'esecuzione dell'applicazione stessa.

Il Fornitore dovrà garantire l'adeguamento del sistema fornito alle nuove versioni di sistema operativo (sia client che server), browser, versione della Base Dati utilizzata e di qualsiasi altro componente esterno utilizzato (ad es. Acrobat Reader, SSSWay ecc). Tali adeguamenti dovranno essere ricompresi nel contratto di manutenzione senza richiedere quindi nessun onere aggiuntivo per ATS e dovranno essere implementati e concordati nelle tempistiche di rilascio con ATS Milano e comunque entro 6 mesi dalla richiesta da parte di ATS.

RTC3	Scenari di integrazione
------	-------------------------

Tutti gli interfacciamenti/integrazioni applicative che il sistema prevedrà, se non esplicitamente richiesto da ATS, dovranno essere sviluppati usando formati xml e protocolli basati su web services, offrendo integrazioni sia sincrone che asincrone.

Il fornitore dovrà prevedere un'apposita fase di analisi dedicata alla rilevazione delle integrazioni in essere e, concordemente con i desiderata formulati da ATS, procedere con la realizzazione dei flussi di informazioni nel rispetto delle indicazioni sopra menzionate.

6. RECUPERO DEI DATI STORICI

Compresa nella presente fornitura sarà l'attività di import dei dati pregressi, forniti da ATS in un formato analogo a quello dell'allegato "Tracciato record.xlsx".

I dettagli dell'attività, come ad esempio il mapping dei dati, saranno discussi con l'aggiudicatario.

L'attività farà parte della check list di collaudo e quindi dovrà essere completata con successo precedentemente ad esso.

7. HOSTING DELL'APPLICAZIONE

Per tutta la durata del contratto, il Fornitore si dovrà impegnare ad erogare l'applicativo in modalità Software as a Service. Tutti i costi legati all'utilizzo di tale modalità saranno a carico del Fornitore stesso, ivi compresi eventuali costi di licenza.



8. TITOLARITÀ DEL SOFTWARE

Tutto il software sviluppato dall'aggiudicatario nel corso della validità del contratto e quello, eventuale, di terze parti fornito, ivi compreso il codice sorgente dello stesso, il disegno delle basi dati e qualsiasi altro componente necessario al corretto funzionamento del software, rimarrà di esclusiva e piena proprietà dell'ATS Milano, eventualmente cedibile alle ASST, che potrà avvalersi della possibilità di proporre il software al sistema del riuso PA. A tal fine il Fornitore, al momento del collaudo definitivo ed ogni volta che verranno rilasciate modifiche (siano esse evolutive, correttive o normative) dovrà consegnare tutto il software sviluppato, sotto ogni forma atta a garantire ad ATS Milano la possibilità di modificare l'applicativo ad ogni livello senza limitazioni tecniche, nonché tutta la documentazione tecnica e d'uso. La documentazione tecnica dovrà inoltre contenere le informazioni necessarie alla compilazione delle schede del portale riuso PA.

Pertanto, il Committente consegue il diritto di modificare ed estendere il software secondo le proprie esigenze; inoltre il Committente acquisisce i diritti esclusivi sul software di cui al comma 1 lettere a, b, c dell'art. 64-bis 633 del 22 aprile 1941 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il Fornitore si impegna altresì a risarcire ed a tenere indenne il Committente da qualsivoglia azione che dovesse essere intrapresa da terzi in relazione a presunti diritti violati sul software, nonché ad intervenire nei giudizi civili e/o penali eventualmente promossi da terzi, anticipando spese ed oneri che il Committente si dovesse trovare a dover affrontare in relazione a detti giudizi.

9. FORMAZIONE

Il Fornitore dovrà svolgere attività di formazione sul prodotto per il personale di tutti gli Enti coinvolti nel progetto.

La formazione dovrà consistere in 10 giornate.

Eventuali ulteriori giornate dovranno essere erogate ai costi esposti in fase di gara, per tutta la durata del contratto.

La formazione potrà essere fruita anche tramite mezza giornate.

Le singole giornate (o mezza giornate) potranno coinvolgere più persone.

L'attività d'aula sarà effettuata presso le Sedi ATS o ASST sede del Centro servizi.

L'attività formativa dovrà essere pianificata in accordo con ATS in modo da non intralciare, rallentare o impedire la normale operatività dei servizi coinvolti.

Il Fornitore dovrà mettere a disposizione un'attività di assistenza continua nelle fasi di avvio del sistema per tutti gli operatori impegnati sul campo.

10. MANUTENZIONE CORRETTIVA DELL'APPLICAZIONE SOFTWARE E ASSISTENZA

Il servizio di manutenzione correttiva dovrà includere:



- La correzione di difetti del prodotto software emersi a seguito di malfunzionamenti rilevati durante l'esercizio o individuati anche autonomamente dal Fornitore;
- Il rilascio di nuove release del prodotto.

Tutte le attività relative ad aggiornamenti, modifiche, rilascio di nuove release dovranno essere preventivamente condivise con ATS ed opportunamente pianificate e gestite in modo coordinato, al fine di minimizzare i disagi alle attività operative e blocchi temporanei.

Il servizio di assistenza dovrà includere:

- Il servizio di help desk. Il servizio potrà essere richiesto sia a seguito di malfunzionamenti sia per richiesta di attività di supporto all'operatività.
- La garanzia di adattamento dell'applicazione (e di conseguente piena e corretta operatività dell'applicazione) alle nuove versioni disponibili di software di base, di ambiente (inclusi i principali browser di mercato) e RDBMS utilizzati dalla soluzione proposta che saranno rilasciate nel periodo.

La fornitura di manutenzione correttiva e assistenza dovrà comprendere:

- La mano d'opera (illimitata);
- L'assistenza telefonica (illimitata);
- La teleassistenza (illimitata);
- Eventuali costi di trasferta del personale del Fornitore o di suo consulente di cui vorrà avvalersi.

Il Fornitore dovrà fornire ad ATS idonee e chiare istruzioni operative per l'attivazione del servizio.

Gli interventi dovranno potersi effettuare sia in loco che a distanza, anche in teleassistenza.

Il Fornitore dovrà impegnarsi, nel caso di attivazione del servizio di help desk, a dare riscontro ad ATS di tutte le fasi di gestione della richiesta di assistenza (presa in carico, risoluzione, chiusura), attraverso un sistema di gestione dei ticket.

Tutti gli interventi di tipo sistemistico conseguenti alle attività sopra indicate dovranno essere preventivamente pianificati e concordati con ATS.

La manutenzione correttiva dell'applicazione software e assistenza si applica negli stessi termini anche alle integrazioni realizzate con altri sistemi.

11. MANUTENZIONE NORMATIVA DELL'APPLICAZIONE SOFTWARE

Il Fornitore s'impegna a fornire, nel periodo contrattuale, gli adeguamenti del software applicativo alle intervenute disposizioni legislative, regolamentari, dispositive provenienti a vario titolo dalle Pubbliche Amministrazioni competenti nelle materie riguardanti le informazioni gestite dal sistema oggetto dell'appalto.



Tali adeguamenti sono da considerarsi parte del contratto e non devono comportare costi aggiuntivi per ATS.

Tutte le attività relative ad aggiornamenti, modifiche, rilascio di nuove release dell'applicazione software dovranno essere opportunamente pianificate con ATS e l'avvio in produzione dovrà essere preventivamente autorizzato mediante apposito collaudo funzionale al fine di minimizzare i disagi alle attività operative e/o blocchi temporanei alle procedure.

Le tempistiche di intervento saranno di volta in volta concordate con il Fornitore e comunque non oltre il limite di applicazione fissato dalla disposizione legislativa, regolamentare, dispositiva intervenuta.

A seguito del rilascio in produzione, una modifica o nuova funzionalità relativa alla manutenzione normativa diventa parte integrante dell'applicazione software e ad essa si applica quanto definito nelle restanti parti del capitolato.

In particolare la presenza di comportamenti dell'applicazione software non corrispondenti alla normativa, dal momento in cui l'applicazione software non è più adeguata alla normativa in vigore, causa l'apertura di richieste che sono trattate come richieste di manutenzione correttiva.

La manutenzione normativa dell'applicazione software si applica negli stessi termini anche alle integrazioni realizzate con altri sistemi.

12. MANUTENZIONE EVOLUTIVA DELL'APPLICAZIONE SOFTWARE

Non essendo identificabili a priori gli interventi evolutivi determinati da necessità non comprese nelle specifiche iniziali di capitolato, la realizzazione di tali attività presuppone la preventiva analisi dei bisogni, la quotazione delle attività, la pianificazione degli interventi, la realizzazione e il collaudo.

Tutte le fasi del processo sopra descritto sono da concordarsi con il responsabile di progetto ATS.

Per lo svolgimento di tali attività, l'ATS richiede al fornitore di quotare all'interno dell'offerta un "pacchetto" di giornate-uomo, da utilizzarsi "a consumo" ovvero l'utilizzo di giornate o anche mezza giornate di attività per lo sviluppo dei sopra citati interventi.

Il pacchetto di giornate-uomo richiesto è costituito da un totale n. 40 giornate lavorative o anche in 80 mezza giornate lavorative nell'arco di 60 mesi. Tali giornate potranno anche essere utilizzate solo in parte da ATS; in questo caso ATS corrisponderà al Fornitore solo il costo delle giornate/mezza giornate effettivamente erogate dal Fornitore.

Il prezzo del pacchetto deve comprendere:

- L'attività di analisi e sviluppo degli adeguamenti richiesti con la fornitura delle professionalità necessarie.
- Gli eventuali costi di trasferta del personale del Fornitore.



Lo sviluppo delle modifiche dovrà essere eseguito sulla base di specifiche e di criteri di collaudo concordati con ATS.

Eventuali ulteriori giornate di manutenzione evolutiva dovranno essere erogate ai costi esposti in fase di gara, per tutta la durata del contratto.

A seguito del rilascio in produzione, una modifica o nuova funzionalità diventa parte integrante dell'applicazione software e ad essa si applica quanto definito nelle restanti parti del capitolato.

13. LIVELLI DI SERVIZIO MINIMI RICHIESTI E CRITERI DI MISURA

Per il servizio di manutenzione correttiva e assistenza sono di seguito identificati gli SLA minimi.

Ogni SLA è identificato da una o più misure. Per "ore / giorni" s'intende "ore / giorni lavorativi".

S'intende per "tempo di presa in carico" il tempo intercorrente dal momento di emissione della richiesta al momento della comunicazione di avvenuta apertura di un ticket.

S'intende per "tempo di risoluzione" il tempo intercorrente dal momento di apertura di un ticket al momento di soluzione della richiesta con esito positivo e conseguente chiusura del ticket.

Servizio manutenzione correttiva e assistenza:

- Malfunzionamento bloccante:
 - Tempo massimo di presa in carico in: 30 minuti
 - Tempo massimo di risoluzione: 4 ore

- Malfunzionamento non bloccante:
 - Tempo massimo di presa in carico: 16 ore
 - Tempo massimo di risoluzione: 40 ore

Il Fornitore dovrà garantire il servizio di manutenzione ed assistenza secondo la seguente copertura oraria:

Giorno	Copertura
Lunedì	dalle 8:00 alle 18:00
Martedì	dalle 8:00 alle 18:00
Mercoledì	dalle 8:00 alle 18:00
Giovedì	dalle 8:00 alle 18:00
Venerdì	dalle 8:00 alle 18:00



Negli stessi orari devono essere garantiti i seguenti servizi:

- help-desk;
- raccolta, registrazione e instradamento delle richieste di intervento in caso di guasto;
- verifica dell'esecuzione dell'intervento riparatore e registrazione della conclusione;

14. PIANO DI FORNITURA

14.1 CONSEGNA DELLA SOLUZIONE

Il Fornitore si impegna a fornire la soluzione in tutte le parti specificate nel presente capitolato entro un massimo di 45 giorni solari dalla data di sottoscrizione del contratto.

14.2 COLLAUDO

Il collaudo sarà eseguito da personale indicato da ATS con il coinvolgimento del Fornitore.

Il collaudo verrà effettuato su ogni singola area applicativa a fronte del rilascio della rispettiva soluzione. Le sottostanti indicazioni sull'effettuazione del collaudo pertanto si intendono ripetute per ogni rilascio.

Durante il collaudo saranno verificate punto per punto tutte le specifiche funzionali, non funzionali e tecniche e ogni altro aspetto rilevante della fornitura incluso nel capitolato ed eventualmente fornito come miglioramento dal Fornitore, seguendo una check-list fornita per tempo dal Fornitore (almeno una settimana prima del collaudo) ed eventualmente integrata da ATS.

Il collaudo rilascerà un documento di collaudo attestante l'esito.

Nel caso una o più specifiche funzionali, non funzionali e tecniche o altri aspetti rilevanti della fornitura inclusi nel capitolato ed eventualmente forniti come miglioramento dal Fornitore non superi il collaudo (specifiche non implementate o con gravi mancanze) il collaudo terminerà con esito negativo. In tal caso il Fornitore dovrà impegnarsi ad effettuare e rilasciare le modifiche necessarie affinché il collaudo possa essere superato positivamente entro 10 giorni lavorativi. Dopo il secondo collaudo negativo ATS si riserva la possibilità di rescindere il contratto con eventuale scorrimento della graduatoria.

Nel caso il collaudo sia superato solo parzialmente, a causa di problemi minori risolvibili in un tempo stimato limitato, il collaudo terminerà con esito di superamento parziale e rilascerà un elenco di problemi da risolvere e un piano temporale di risoluzione concordato con ATS e comunque entro 5 giorni lavorativi. La risoluzione dei problemi sarà oggetto di ulteriore verifica da parte di ATS.

Se questa verifica avrà esito negativo ATS si riserva la possibilità di rescindere il contratto con eventuale scorrimento della graduatoria.



15. EXIT STRATEGY

Allo scioglimento del contratto di fornitura, è prevista la possibilità di prorogare mensilmente senza variazioni di canone la manutenzione correttiva e l'assistenza per un massimo di 12 mesi.

I tempi di dismissione del software verranno concordati in base alle necessità per la continuità operativa del servizio ATS che la soluzione software oggetto del presente capitolato supporta.

In questa situazione il fornitore deve fornire tutti i dati di ATS in proprio possesso al momento della cessazione del suo utilizzo e provvedere alla loro eliminazione secondo le modalità indicate al precedente punto 5.2. La forma con la quale i dati verranno forniti ad ATS sarà concordata con ATS stessa; in ogni caso i dati dovranno essere accompagnati dalla necessaria documentazione tecnica riguardante l'interpretazione del loro contenuto.

16. DOCUMENTAZIONE

Il Fornitore s'impegna a consegnare all'ATS, in formato elettronico, tutti i manuali, sia tecnici sia operativi, che serviranno al corretto uso del sistema, in tutti i suoi aspetti, articolazioni e componenti.

La documentazione deve includere almeno:

- Manuale Amministratore dell'applicazione;
- Manuale Utente dell'applicazione;
- Check List di Collaudo.

16.1 MANUALE AMMINISTRATORE

Il Manuale Amministratore deve contenere almeno:

- I prerequisiti hw, di sistema operativo e di software di base, d'ambiente e di rete per l'ambiente di produzione;
- La procedura d'installazione dell'applicazione e di quanto rilasciato (database, software d'ambiente, etc.);
- Specifiche di configurazione dell'applicazione (significato e valori di eventuali parametri di configurazione);
- Eventuali script di startup/shutdown;
- Descrizione dei file di log degli allarmi, comprensivo di una legenda dei codici di errore;
- Indicazioni per il monitoraggio al fine di rendere il sistema di System & Network Management di ATS capace di rilevare eventuali anomalie di funzionamento del sistema;
- Indicazioni dettagliate per la gestione del backup e il restore.



16.2 MANUALE UTENTE

Il Manuale utente deve essere adeguato a rispondere a ogni situazione operativa che possa accadere durante l'uso dell'applicazione.

Il Manuale utente deve contenere la descrizione di tutte le interfacce utente.

Il Manuale utente deve essere posizionato su una sezione del software, aggiornato ad ogni modifica e stampabile.

17. DOCUMENTAZIONE TECNICA DI OFFERTA

L'offerta del Concorrente dovrà essere corredata da un progetto tecnico esecutivo la cui dimensione non potrà superare le 30 pagine.

Il progetto dovrà includere una pianificazione dettagliata delle attività.

L'offerta dovrà includere una dichiarazione di soddisfacimento di tutti i requisiti tecnico/funzionali definiti nel presente capitolato.

Eventuali miglioramenti offerti dovranno essere specificatamente evidenziati.

18. LEGENDA E TERMINOLOGIA

Fornitore:

Il Fornitore che sarà prescelto per erogare le forniture ed i Servizi coperti dal Contratto.

Cliente:

Il Cliente, Ente appaltante di questo Contratto è ATS Città Metropolitana di Milano.

Concorrente

Qualsiasi Partecipante alla Gara di Appalto di questo Contratto.

Software di base

Si intende per Software di base l'insieme dei programmi che consentono ad un utente di eseguire operazioni base come costruire e mandare in esecuzione un programma o gestire una base dati. Tipici esempi di software di base sono il sistema operativo, gli editor, i compilatori e i sistemi di gestione di basi di dati.

Software d'ambiente



Il Software d'ambiente rappresenta l'insieme di programmi specializzati che facilitano la scrittura / gestione di applicazioni. Tipici esempi di software d'ambiente sono gli application server.

Software di rete

Il Software di rete è inteso come l'insieme di programmi specialistici per la gestione delle comunicazioni. Tipici esempi di software di rete sono i gestori di posta ed i prodotti di gestione e condivisione di risorse distribuite.

Software applicativo

Programma che utilizza il software di base, d'ambiente e di rete per realizzare una funzione specifica legata agli scopi dell'organizzazione che lo utilizza.

Service Level Agreement (SLA)

Definizione ed associato criterio di misura / valutazione della qualità dei Servizi che saranno erogati dal Fornitore.

Malfunzionamento bloccante

Una o più funzioni sostanziali del sistema (PdL o server / apparato connesso o apparato di rete) sono compromesse.

Per una PdL significa l'impossibilità di essere utilizzata per fornire uno o più dei servizi per i quali è prevista.

Per un server, un apparato connesso al server o un apparato di rete significa l'impossibilità di fornire uno o più servizi per i quali è stato previsto.

Per un'applicazione software significa che una o più funzionalità critiche (funzionalità che hanno impatto sull'operatività corrente dell'utente in modo tale da impedire il buon fine di un'operazione necessaria al completamento dell'attività dell'utente) dell'applicazione sono indisponibili a uno o più utenti.

Malfunzionamento non bloccante

Il Sistema "malfunziona", ma il funzionamento sostanziale del Sistema non è compromesso; i servizi per i quali il sistema è utilizzato possono comunque essere forniti.

Per un'applicazione software significa che una o più funzionalità non critiche (funzionalità di corredo che non hanno impatto sull'operatività corrente dell'utente e non impediscono il buon fine di un'operazione necessaria al completamento dell'attività dell'utente) dell'applicazione sono indisponibili a uno o più utenti.



Sistema di gestione dei ticket e Ticket

Un ticket contiene una richiesta di un'attività di assistenza o di manutenzione attraverso una delle modalità di accesso al servizio e ne traccia la storia.

Il sistema di gestione dei ticket è un tool software che permette di gestire la base dati dei ticket, il flusso di ogni ticket e l'estrazione di misure per la verifica di SLA.

Manutenzione software correttiva

Rimozione di eventuali malfunzionamenti delle procedure applicative segnalati dal Cliente o dal Fornitore e verificatisi nell'ambito del corretto utilizzo dei programmi ceduti in licenza d'uso. Per malfunzionamento s'intende un funzionamento non conforme a quanto specificato in manuali operativi o specifiche consegnati al Cliente.

Manutenzione software normativa

La manutenzione normativa comprende attività da svolgere per l'adeguamento del software applicativo al fine di adempiere obblighi di legge o a fronte di requisiti tecnici, informativi, funzionali e organizzativi che siano definiti da organismi normativi esterni alla struttura del Cliente (Stato, Ministeri, Regioni...).

Manutenzione software evolutiva

La manutenzione evolutiva comprende la modifica/aggiunta di funzioni o la parametrizzazione del software applicativo sulla base di specifici requisiti del Cliente.

19. ALLEGATI

Scheda Valutazione Percorso Assistenziale.docx

Tracciato per import.xlsx

Visualizzazione posti letto.xlsx

Scheda Subacuti.pdf

Scheda Unica Cure Intermedie.pdf

Scheda Riabilitazione Ospedaliera.pdf

20. RIFERIMENTI

[DPCM_3-12-2013_conservazione]

Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 2014 (Supplemento Ordinario n. 20). Regole tecniche in materia di sistema di conservazione

[Indirizzi Tecnici-Lombardia Informatica]

Reperibili dal sito

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

<http://www.siss.regione.lombardia.it> (nella sezione "Documentazione e Supporto").

CRS-LG-SIC_Indirizzi per il Patching dei sistemi.pdf

CRS-LG-SIC_Analisi protocolli e algoritmi crittografici.pdf

CRS-LG-SIC_Autenticazione.pdf

CRS-LG-SIC_Indirizzi per la sicurezza dei file di LOG.pdf

CRS-LG-SIC_Indirizzi per la sicurezza delle basi di dati.pdf

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana

ALLEGATI AL CAPITOLATO TECNICO

(art. 19 del Capitolato Tecnico)

PROCEDURA APERTA SOTTO SOGLIA COMUNITARIA PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI UN SOFTWARE PER LA GESTIONE INFORMATIZZATA DELLA RETE INTEGRATA PER LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA TRA LE STRUTTURE OSPEDALIERE DI RICOVERO E CURE E LE STRUTTURE DI RICOVERO DELLA RETE TERRITORIALE DI ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO E RELATIVA MANUTENZIONE

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DELLA CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia 19

Codice fiscale e P.IVA 09320520969

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

PRESIDIO OSPEDALIERO: _____

AREA DI DEGENZA: _____

Percorso selezionato:

- Cure Intermedie ex Post Acuta
- Cure Intermedie ex Riabilitazione
- Riabilitazione Ospedaliera (Specialistica / Generale geriatrica)
- Subacute

Motivazione:

DIMISSIBILE DAL: __/__/__

Paziente	
Richiesta numero	
Indice di Intensità Assistenziale (IIA)	
IIA ricalcolato da Struttura Erogatrice	

A. STRUTTURA DI DESTINAZIONE

SCELTA EROGATORE: PREFERENZA DELL'UTENTE/FAMIGLIA

È possibile segnalare fino a tre preferenze. L'istituto preferito sarà indicato con 1.

Denominazione e indirizzo dell'istituto	Punteggio

B. STRUTTURA INVIANTE

Struttura Inviante: _____

Inizio Ricovero Ospedaliero: __/__/__

Area di Degenza:

<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Malattie infettive
<input type="checkbox"/> Medicina	<input type="checkbox"/> Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/> Nefrologia	<input type="checkbox"/> Neurochirurgia	<input type="checkbox"/> Neurologia
<input type="checkbox"/> Oncologia	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Riabilitazione specialistica
<input type="checkbox"/> Subacuta	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Altro		

Reparto: _____

Responsabili del percorso di cura del paziente

Medico: _____ Infermiere: _____

Tel1: _____ Tel2: _____ Tel3: _____

Email1: _____

Email2: _____

C. ANAGRAFICA UTENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato/a a _____ il __/__/__

Tessera sanitaria _____ Codice Fiscale _____

Stato civile _____

Domicilio _____

Residenza _____

Residente in Lombardia SI NO

Cittadino Extra UE SI NO

STP SI NO

Invalidità SI NO In corso (data richiesta __/__/__)

Accompagnamento SI NO In corso (data richiesta __/__/__)

MMG _____

Il paziente/caregiver ha dato il consenso al trasferimento? SI NO

Consenso allegato? SI NO

Firma leggibile

D. CARE GIVER/PERSONA DI RIFERIMENTO

Cognome e nome _____

Telefono _____

Parentela/rapporto _____

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO NON NECESSARIO SI NO

Nominativo e telefono _____

E. AREA SOCIALE

Scegliere una sola opzione.

<input type="checkbox"/>	1 Supporto sociale presente	Vive in famiglia e i membri sono in grado di fornire il supporto necessario
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	3 Assenza di supporto sociale	Vive solo e non sono presenti figure di riferimento

Rientro a domicilio

Certo

Probabile

Attivata pratica RSA

con retta a carico Utente/Famiglia Comune

RSA in cui è stata presentata la domanda: _____

Data di presentazione della domanda: ___/___/___ non obbligatorio

F. AREA DIAGNOSI e motivo del trasferimento

Evento Indice – evento che ha determinato il ricovero in ospedale

Data dell'eventuale intervento chirurgico __/__/__

Mezzo di sintesi

Non rilevante

Se posizionato un mezzo di sintesi specificarne il tipo/materiale per possibili incompatibilità in indagini radiologiche o terapie:

Carico concesso

No

Si

Parziale _____

Con ausili _____

Altro _____

Comorbilità

1	Cardiaca (solo cuore)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
2	Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
3	Vascolare (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
4	Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
5	O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
6	Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
7	Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)	1	2	3	4	5

	Diagnosi					
8	Epatiche (solo fegato)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
9	Renali (solo rene)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
10	Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
11	Sistema Muscolo-Scheletrico-Cute (muscoli, scheletro, legamenti)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
12	Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
13	Endocrine-Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					
14	Psichiatrico-Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5
	Diagnosi					

Legenda

- 1 – Assente: nessuna compromissione di organo/sistema
- 2 – Lieve: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
- 3 – Moderato: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività. Il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture)
- 4 – Grave: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
- 5 – Molto grave: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia)

Paziente oncologico SI NO

Obiettivi del ricovero (richiesta di trasferimento) (anche più di uno)

- Stabilizzazione clinico/assistenziale (“convalescenza” e monitoraggio funzioni vitali)
- Riabilitazione
- 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)
- Altro

Controlli / Prestazioni già programmate e prenotate per il post dimissione

Tipologia di prestazione	Data di effettuazione prevista

G. AREA VALUTAZIONE CLINICA

Valutazione della instabilità clinica (SCALA SIC) – 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 un 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 a quello previsto di routine)

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

Scala della disabilità comunicativa - SDC

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 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 si/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali. Perplesso nel rapporto con l’interlocutore e non collabora alla visita e alle manovre assistenziali

- 0 Completa: pressochè assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni. Non adeguato all'interlocutore e assolutamente non collaborante alle manovre assistenziali

Linguaggio

- Normale
 Afasia Motoria
 Afasia Sensitiva
 Disartria
 Altro _____

Vista

- Normale Cecità Altro _____

Udito

- Normale Ipoacusia Altro _____

Cute

- Integra
 Lesioni da Decubito sedi _____
 Lesioni Vascolari sedi _____
 Ferita chirurgica sedi _____

Dati di respirazione

Respiro autonomo da >48 ore (anche con ossigenoterapia)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
BPCO preesistente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Paziente in ossigenoterapia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Parametri vitali

Temperatura corporea _____ °C	Data __/__/__
Frequenza cardiaca _____ att/min	Data __/__/__
Frequenza respiratoria _____ att/min	Data __/__/__

Stato nutrizionale

- Peso(kg) _____
 Adeguato
 Obesità

Malnutrizione Circonferenza polpaccio <31cm ≥31cm

H. AREA VALUTAZIONE DEMENZA

Demenza SI NO

Se si, tipologia _____

Se si, la diagnosi risale a >3 mesi <1 anno >1 anno

MMSE: No Si (punteggio _____) Altro _____

Alterazioni del comportamento rilevanti

- Wandering
- Depressione
- Agitazione/aggressività
- Etilismo

Disturbi comportamentali e sintomi psichici SI NO

Se si, da quanto tempo vari giorni mesi anni

Da compilare solo se **profilo demenze**

Disturbi comportamentali	Confusione
<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 se e/o gli altri	Irritabilità
<input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi	<input type="checkbox"/> Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
<input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi sono stati usati mezzi di protezione fisica	<input type="checkbox"/> Mostra ogni tanto segni di irritabilità
<input type="checkbox"/> Presenza di disturbi del comportamento alimentare	<input type="checkbox"/> Non mostra segni di irritabilità
	Irrequietezza
	<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

I. AREA PATOLOGIE PSICHIATRICHE

Patologie psichiatriche SI NO

Se si, specificare _____

Se si, in compenso SI NO

In carico a CPS SI NO

Se si, specificare _____

Tentato suicidio SI NO

Se si, specificare _____

J. FARMACI ALLA DIMISSIONE

Farmaci prescritti/somministrati in ospedale

Nome del farmaco	Via di somministrazione <i>(scelta tra EV, OS, Altro)</i>	Dosaggio	Posologia

Farmaci assunti abitualmente dal paziente

Nessuno

Nome del farmaco	Via di somministrazione <i>(scelta tra EV, OS, Altro)</i>	Dosaggio	Posologia

Farmaci con piano terapeutico

Nessuno

Nome del farmaco	Via di somministrazione <i>(scelta tra EV, OS, Altro)</i>	Dosaggio	Posologia

K. AREA TERAPIA RIABILITATIVA

Ha svolto attività riabilitativa / fisioterapica durante la degenza in reparto?

SI NO

Se si, illustrare gli obiettivi riabilitativi

L. AREA AUSILI PRESIDI PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI

Ausili Per Il Movimento

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Bastone/Gruccia <input type="checkbox"/> Arto artificiale <input type="checkbox"/> Carrozzina
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gestione Incontinenza

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pannoloni <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Ano artificiale
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gestione Diabete

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Solo dieta <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali <input type="checkbox"/> Insulina
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Alimentazione Artificiale

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Parenterale parziale <input type="checkbox"/> NPT
-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Insufficienza Respiratoria

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ossigeno gassoso <input type="checkbox"/> Ossigeno liquido <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Ventilatore
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dialisi

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dialisi extracorporea <input type="checkbox"/> Dialisi peritoneale
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

Circolo

<input type="checkbox"/> No	CVC: Tipo _____ Data _____	CVP: Tipo _____ Data _____	Altro _____
-----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------

Cute: Presidi Anti Decubito

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Materasso anti decubito <input type="checkbox"/> Cuscino anti decubito <input type="checkbox"/> Medicazioni semplici <input type="checkbox"/> Medicazioni avanzate
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

M. SEZIONE SPECIFICA CURE INTERMEDIE

Condizione funzionale pre-morbosa (RANKIN MODIFICATA)

Riferita alla condizione precedente l'evento indice – 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

Controllo del tronco (con riferimento al Trunk Control Test – 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

Verticalizzazione SI NO

Respirazione

Se ossigenoterapia, in atto svezzamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se in ventilazione meccanica, in atto svezzamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Se cannula tracheale, in atto rimozione

SI NO

Terapie e altri bisogni

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

Indice di Intensità Assistenziale

Funzione Cardiocircolatoria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urine 2 	Funzione Respiratoria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 4 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4 <input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die 2 <input type="checkbox"/> Parametri > 3 rilevazioni/die 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3 	Medicazioni <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2) 2 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3) 3 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple) 4 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4
Alimentazione ed idratazione <ul style="list-style-type: none"> <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 	Eliminazione <ul style="list-style-type: none"> <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/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza 3 	Igiene ed abbigliamento <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4
Movimento <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione 3 <input type="checkbox"/> Mobilitazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3 <input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore 4 <input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto 4 	Riposo e sonno <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4 	Sensorio e Comunicazione <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve 2 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave 4 <input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività 4
Ambiente sicuro/situazione sociale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio 2 <input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto 4 <input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione 4 		

<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3		
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2		
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3		

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
Esito di colonna maggiormente rappresentato				
La valutazione ICA 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)

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.

Indicatore	Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
<i>Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo</i>	<i>Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica</i>	<i>Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con</i>

			<i>necessità di recupero funzionale</i>	<i>necessità di recupero funzionale</i>	<i>necessità di elevato recupero funzionale</i>
1	Indice di complessità assistenziale (10 Item I.C.A.)	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
2	Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica - SIC)	Bassa 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

Relazione sociale

Da compilare solo se "ex Post Acuta"

Indice di Intensità Assistenziale – Compilato da Struttura Ricevente

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Funzione Cardiocircolatoria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Quantità urine</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </tbody> </table>	Funzione Cardiocircolatoria		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die	2	<input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die	3	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	<input type="checkbox"/> Quantità urine	2	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Funzione Respiratoria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dispnea a riposo</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ossigenoterapia</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	Funzione Respiratoria		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato	2	<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3	<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4	<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4	<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3	<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2	<input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die	3	<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3	<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3	<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4	<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Medicazioni</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Medicazioni		<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1	<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2	<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2	<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3	<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3	<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3	<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4
Funzione Cardiocircolatoria																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Quantità urine	2																																																																			
Funzione Respiratoria																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Dispnea a riposo	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Ossigenoterapia	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni	3																																																																			
Medicazioni																																																																				
<input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 – 2)	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Alimentazione ed idratazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Prescrizione dietetica</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di aiuto per azioni complesse</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di disfagia lieve</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presenza di disfagia moderata-severa</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	Alimentazione ed 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Eliminazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Monitoraggio alvo</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di clisma</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di essere accompagnato al WC</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Gestione della stomia</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Presidi assorbenti solo di notte/pappagalio</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	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/pappagalio	2	<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3	<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Igiene ed abbigliamento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Igiene ed abbigliamento		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4																						
Alimentazione ed 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																																																																			
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/pappagalio	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3																																																																			
Igiene ed abbigliamento																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Movimento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Movimento		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2	<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4	<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Riposo e sonno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Disturbi del sonno</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Riposo e sonno		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Sensorio e Comunicazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </tbody> </table>	Sensorio e Comunicazione		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4	<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4																										
Movimento																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4																																																																			
Riposo e sonno																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4																																																																			
Sensorio e Comunicazione																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Ambiente sicuro/situazione sociale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre Istituzioni</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </tbody> </table>	Ambiente sicuro/situazione sociale		<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2	<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4	<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4	<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3	<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2	<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre Istituzioni	3																																																				
Ambiente sicuro/situazione sociale																																																																				
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1																																																																			
<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4																																																																			
<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3																																																																			
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2																																																																			
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre Istituzioni	3																																																																			

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
Esito di colonna maggiormente rappresentato				
La valutazione ICA 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)

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.

Indicatore	Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
<i>Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo</i>	<i>Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica</i>	<i>Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con necessità di recupero</i>	<i>Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero</i>	<i>Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con necessità di elevato</i>

			<i>funzionale</i>	<i>funzionale</i>	<i>recupero funzionale</i>
1	Indice di complessità assistenziale (10 Item) I.C.A.	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
	Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica -SIC)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Bassa instabilità (SIC < 3)	Alta instabilità (SIC = 3)	Alta instabilità (SIC = 3)
2	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

Setting riabilitativo consigliato

<input type="checkbox"/> R. Specialistica	<input type="checkbox"/> Unità GCA	<input type="checkbox"/> Unità Spinale	<input type="checkbox"/> R. Generale e Geriatrica
<input type="checkbox"/> R. Mantenimento	<input type="checkbox"/> R. Ambulatoriale	<input type="checkbox"/> MAC	<input type="checkbox"/> Residenziale RSA/RSD
<input type="checkbox"/> Centro Diurno	<input type="checkbox"/> R. Domiciliare		
	<input type="checkbox"/> Non attuali indicazioni riabilitative	<input type="checkbox"/> Solo necessità assistenziali	

Note:

P.R.I. consigliato a medio termine

Aree di intervento (P.R.I.)

Scala Barthel

SCALA BARTHEL/INDICE: _____	Dipendenza completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosuff
Igiene personale	0	1	3	4	5
Bagno-Doccia (lavarsi)	0	1	3	4	5
Alimentazione	0	2	5	8	10
Abbigliamento	0	2	5	8	10
Continenza intestinale	0	2	5	8	10
Continenza urinaria	0	2	5	8	10
Trasferimenti letto-sedia	0	3	8	12	15
Toilette-servizi	0	2	5	8	10
Scale	0	2	5	8	10
Deambulazione	0	3	8	12	15
Uso della carrozzina (alternativo a deambulazione)	0	1	3	4	5

Punteggio Barthel _____ oppure

Punteggio FIM _____

Scala A.S.I.A.

Da compilare solo in caso di mielopatia

A B C D E

Scala GLASGOW

Da compilare solo in caso di cerebropatia

____/____/____

O. SEZIONE SPECIFICA SUBACUTI

Prognosi

Dati di respirazione

Ossigeno terapia L/min _____	SaO2 _____ %	Data __/__/__
CO2 _____ mmHg	PO2 _____ mmHg	Data __/__/__

Parametri vitali

Globuli bianchi _____ x 10 ³ /mL	Data __/__/__
---------------------------------------------	---------------

Note Infermieristiche assistenziali

Indice di Intensità Assistenziale – Compilato da Reparto

Funzione Cardiocircolatoria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urine 2 	Funzione Respiratoria <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 4 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4 <input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3 	Medicazioni <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2) 2 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3) 3 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple) 4 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico/ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4
Alimentazione ed idratazione <ul style="list-style-type: none"> <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 	Eliminazione <ul style="list-style-type: none"> <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 3 	Igiene ed abbigliamento <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4

<input type="checkbox"/> Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3	(utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)			
		<input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3		
Movimento		Riposo e sonno		Sensorio e Comunicazione	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1
<input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2	<input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci	2	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2
<input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione	3	<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno	3	<input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3
<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	<input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante	4	<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4			<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4			<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
				<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
Ambiente sicuro/situazione sociale		Terapie		Altri bisogni clinici	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia	1	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici	2
<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte die	3	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1 v/die	2	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3
<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del caregiver	2	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua	3	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo	2
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale	3
		<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	3	<input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
				<input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C ≥ 3)	3
				<input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

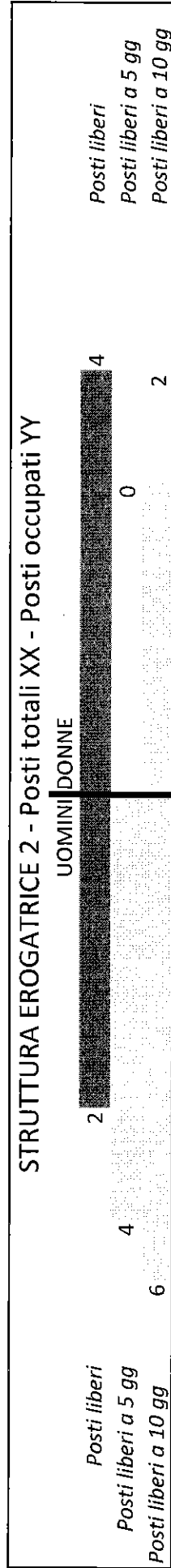
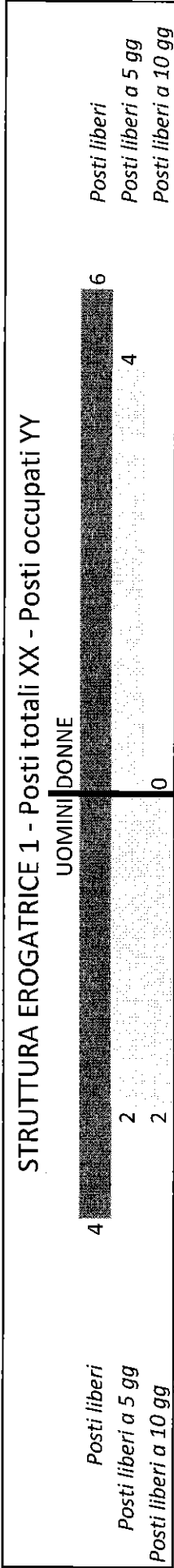
Indice di Intensità Assistenziale – Compilato da Struttura Ricevente

Funzione Cardiocircolatoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri < 3 rilevazioni/die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >= 3 rilevazioni/die 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urine 2	Funzione Respiratoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve/moderato 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 4 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4 <input type="checkbox"/> Tosse acuta/cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >3 rilevazioni die 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3	Medicazioni <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2) 2 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3) 3 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple) 4 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Moncone di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4
Alimentazione ed 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	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/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza 3	Igiene ed abbigliamento <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4
Movimento <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione 3	Riposo e sonno <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4	Sensorio e Comunicazione <input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio 3

<input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve	2
<input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore	4		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato	3
<input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4		<input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave	4
<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività			<input type="checkbox"/> Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4
Ambiente sicuro/situazione sociale		Terapie	Altri bisogni clinici	
<input type="checkbox"/> Senza aiuto/sorveglianza	1	<input type="checkbox"/> Assenza di terapia	<input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici	1
<input type="checkbox"/> Apparecchi medicali dal domicilio	2	<input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	<input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici	2
<input type="checkbox"/> Rischio caduta medio-alto	4	<input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte die	<input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
<input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione	4	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1 v/die	<input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche	3
<input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale	3	<input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	<input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale	3
<input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del care-giver	2	<input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo	2
<input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3	<input type="checkbox"/> Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	<input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale	3
		<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale	<input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
			<input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C ≥ 3)	3
			<input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

	1	2	3	4
1) Funzione cardiocircolatoria				
2) Funzione respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e Comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

POSTI LETTO



Paziente Nato il
Codice Fiscale MMG

Struttura inviante:	<input type="text" value="Polclinico 'Ospedale Maggiore'"/>		Inizio ricovero:	<input type="text"/>	
Area di degenza	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza	<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Malattie infettive
	<input type="checkbox"/> Medicina	<input type="checkbox"/> Medicina d'urgenza	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Oncologia
	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> Pneumologia	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Altro
Reparto	<input type="text"/>				
Medico responsabile del percorso di cura del paziente	Dir/Drssa	<input type="text"/>	Coordinatore di reparto	<input type="text"/>	
Tel. 1	<input type="text"/>	Tel. 2	<input type="text"/>	Tel. 3	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>				

Struttura di destinazione Trasferibile dal

Prima diagnosi e comorbidità

Prognosi definitiva

Motivo del trasferimento

Note infermieristiche assistenziali

Il paziente ha dato il consenso al trasferimento? SI NO TRASFERIMENTO INTERNO
Consenso allegato? SI NO
Firma leggibile _____

Scheda Medica

Farmaci in uso (EV)

--

Farmaci in uso (OS)

--

Farmaci in uso (Altro)

--

Paziente oncologico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Valutazione MMSE <input type="checkbox"/> <17 <input type="checkbox"/> >=17	Paziente psichiatrico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Prognosi Inf. 6 mesi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Valore MMSE <input type="text"/>	Controllato dalla terapia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Respiro autonomo da >48 ore (anche con ossigenoterapia) ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
BPCO preesistente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Paziente in ossigeno terapia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Ossigeno terapia <input type="text"/>	SaO2 <input type="text"/> %	Data <input type="text"/>	
CO2 <input type="text"/> mmHg	Data <input type="text"/>	PO2 <input type="text"/> mmHg	Data <input type="text"/>
Insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

Temperatura corporea <input type="text"/> °C	Data <input type="text"/>	Frequenza cardiaca <input type="text"/> atti/min	Data <input type="text"/>
Frequenza respiratoria <input type="text"/> atti/min	Data <input type="text"/>	PCO2 <input type="text"/> mmHg	Data <input type="text"/>
Globuli bianchi <input type="text"/> 1/mm3	Data <input type="text"/>	Cellule immature <input type="text"/> %	Data <input type="text"/>

Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG) ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Firma leggibile medico

Indice Intensità Assistenziale UO Acuti 1/2

1) Funzione Cardiocircolatoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni dia 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni dia 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urine 2	2) Funzione Respiratoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 4 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da broncoaspirare 4 <input type="checkbox"/> Tossi acuta / cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni dia 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni dia 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventiloterapia notturna 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3	3) Medicazioni <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1-2) 2 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3) 3 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple) 4 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (distacco, infezione) 3 <input type="checkbox"/> Mancore di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico/ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stoma recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse o sedi multiple 4
4) Alimentazione ed 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 disagia lieve 3 <input type="checkbox"/> Presenza di disagia moderato-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/pappagalà 2 <input type="checkbox"/> Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/luogo permanenza 3	6) Igiene ed abbigliamento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto extra anche per cura igienica parziale/vescivoli 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4
7) Movimento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione 3 <input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3 <input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore 4 <input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto 4	8) Riposo e sonno <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4	9) Sensorio e comunicazione <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve 2 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave 4 <input type="checkbox"/> Stato costante di epalla / agitazione / aggressività 4
10) Ambiente sicuro/situazione sociale <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Apparecchi medicali del domicilio 2 <input type="checkbox"/> Rischio caduta medio - alto 4 <input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione 4 <input type="checkbox"/> Assistenza assistente sociale 3 <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del caregiver 2 <input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni 3	11) Terapia <input type="checkbox"/> Assenza di terapia 1 <input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno 2 <input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte al giorno 3 <input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) ivale 2 <input type="checkbox"/> Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più ivale 3 <input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua 3 <input type="checkbox"/> Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori 4 <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale 3	12) Altri bisogni clinici <input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematocritici 2 <input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematocritici 3 <input type="checkbox"/> Necessità di consulenza opelelistica 3 <input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale 3 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo 2 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale 3 <input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C < 3) 2 <input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C >= 3) 3 <input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente 2

Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)

Firma leggibile

Indice Intensità Assistenziale UO Acuti 2/2

	1	2	3	4
1) Funzione Cardiocircolatoria				
2) Funzione Respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed Idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

Presenza di presidi antidecubito? SI NO

Sedi delle lesioni da decubito

Riabilitazione in corso? SI NO

Utilizzo presidi per movimento in autonomia? SI NO

Firma leggibile

Trasferimento

Data trasferimento concordato

Partenza da struttura acuta Data Ora

Trasferimento annullato? SI NO

Motivo dell'annullamento

Firma leggibile

Decisione struttura sub acuta

Data della decisione

Richiesta sospesa

Motivo della sospensione

Richiesta rifiutata

Motivo del rifiuto

Richiesta confermata

Data trasferimento concordato

Firma leggibile

Accettazione

Data dell'accettazione Ora

Indice IIA ricalcolato

Durata prevista per la degenza in struttura sub-acuta

Dimissione

Data della dimissione Ora

Destinazione Ordinario (Domicilio) Trasferimento ad altro ospedale RSA
 Deceduto Trasferimento ad altro regime Altro
 Volontaria Trasferimento a struttura riabilitativa

Firma leggibile

Indice Intensità Assistenziale UO Cure SubAcute 1/2

Valutatore

Durata prevista della degenza Giorni Valutazione effettuata il alle ore

	1	2	3	4
1) Funzione Cardiocircolatoria				
2) Funzione Respiratoria				
3) Medicazioni				
4) Alimentazione ed idratazione				
5) Eliminazione				
6) Igiene ed abbigliamento				
7) Movimento				
8) Riposo e sonno				
9) Sensorio e comunicazione				
10) Ambiente sicuro/situazione sociale				
11) Terapie				
12) Altri bisogni clinici				
Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)				

Firma leggibile valutatore

Indice Intensità Assistenziale UO Cure SubAcute 2/2

1) Funzione Cardiocircolatoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni die 3 <input type="checkbox"/> Scoppio cardiaco classe NYHA 1-2 2 <input type="checkbox"/> Scoppio cardiaco classe NYHA 3 3 <input type="checkbox"/> Scoppio cardiaco classe NYHA 4 4 <input type="checkbox"/> Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale 3 <input type="checkbox"/> Quantità urina 2	2) Funzione Respiratoria <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata 2 <input type="checkbox"/> Dispnea da sforzo grave 3 <input type="checkbox"/> Dispnea a riposo 2 <input type="checkbox"/> Secrezioni abbondanti da tracheospirare 3 <input type="checkbox"/> Tosse acuta / cronica 3 <input type="checkbox"/> Parametri <3 rilevazioni die 2 <input type="checkbox"/> Parametri >=3 rilevazioni die 3 <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia 3 <input type="checkbox"/> Necessità di ventilazione non invasiva 3 <input type="checkbox"/> Presenza di tracheostomia 4 <input type="checkbox"/> Terapia con nebulizzazioni 3	3) Medicazioni <input type="checkbox"/> Assenza di medicazioni 1 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1 - 2) 2 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3) 3 <input type="checkbox"/> Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple) 4 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica non complicata 2 <input type="checkbox"/> Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezioni) 3 <input type="checkbox"/> Mancata di amputazione da medicare 3 <input type="checkbox"/> Ulcera da piede diabetico; ulcera vascolare, neuropatica 3 <input type="checkbox"/> Stomia recente da medicare 3 <input type="checkbox"/> Altre medicazioni complesse a sedi multiple 4
4) Alimentazione ed 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 (EN) o PEG recente) 3	6) Eliminazione <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio attivo 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/urinale (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24) 3 <input type="checkbox"/> Cateterismo durante il ricovero/in dimissione 3	5) Igiene ed abbigliamento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia) 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto cura orale per cura igienica parzialmente/estesi 3 <input type="checkbox"/> Totale dipendenza/assenza di collaborazione 4
7) Movimento <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Utilizza in modo autonomo presidi per movimento 2 <input type="checkbox"/> Necessità aiuto costante per la deambulazione 3 <input type="checkbox"/> Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto 3 <input type="checkbox"/> Necessità di utilizzare sollevatore 4 <input type="checkbox"/> Allettamento obbligato/immobilità nel letto 4	8) Riposo e sonno <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Sonno indotto con farmaci 2 <input type="checkbox"/> Disturbi del sonno 3 <input type="checkbox"/> Agitazione notturna costante 4	9) Sensorio e comunicazione <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio 2 <input type="checkbox"/> Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo lieve 2 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo moderato 3 <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo grave 4 <input type="checkbox"/> Stato costante di apatia / agitazione / aggressività 4
13) Ambiente sicuro/situazione sociale <input type="checkbox"/> Senza aiuto / sorveglianza 1 <input type="checkbox"/> Apparecchi medici del domicilio 2 <input type="checkbox"/> Rischio caduta medio - alto 4 <input type="checkbox"/> Uso di mezzi di protezione 4 <input type="checkbox"/> Attivazione assistente sociale 3 <input type="checkbox"/> Educazione sanitaria del caregiver 2 <input type="checkbox"/> Pianificazione dimissione con altre istituzioni 3	11) Terapie <input type="checkbox"/> Assenza di terapia 1 <input type="checkbox"/> Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno 2 <input type="checkbox"/> Terapia più di 2 volte die 3 <input type="checkbox"/> Trattamento iniettivo (antibiotici/citotossici ecc.) 2 <input type="checkbox"/> Trattamento iniettivo (antibiotici/citotossici) più volte 3 <input type="checkbox"/> Antibiotico in infusione continua 3 <input type="checkbox"/> Terapia infusionale continua con inotropi, vasodilatatori 4 <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale 3	12) Altri bisogni clinici <input type="checkbox"/> Assenza di altri bisogni clinici 1 <input type="checkbox"/> Monitoraggio settimanale ematochimici 2 <input type="checkbox"/> Monitoraggio plurisettimanale ematochimici 3 <input type="checkbox"/> Necessità di consulenze specialistiche 3 <input type="checkbox"/> Necessità di follow-up strumentale 3 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia di gruppo 2 <input type="checkbox"/> Necessità di fisioterapia individuale 3 <input type="checkbox"/> Comorbilità lieve (CIRS-C < 3) 2 <input type="checkbox"/> Comorbilità severa (CIRS-C >= 3) 3 <input type="checkbox"/> Necessità di educazione sanitaria del paziente 2

Indice di Intensità Assistenziale complessivo (IIA)

Firma leggibile valutatore



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

Cognome e Nome	Data Nascita	Sesso <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
-----------------------	---------------------	-------------------------------------------------------------------------

Domicilio (indirizzo abitazione o struttura residenziale)	telefono
------------------------------------------------------------------	-----------------

Residente in Lombardia: <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Invalidità: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In corso
Cittadino Extra UE: <input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Si	Accompagnamento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Non necessario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 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 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

- Assenza di terapie 1
Terapia solo orale 2
Trattamento infusivo 3
Nutrizione parenterale totale 3
Trattamento dialitico attivo 3

ALTRI BISOGNI CLINICI

- Assenza di altri bisogni clinici 1
Monitoraggio ematochimici standard 2
Monitoraggio ematochimici almeno settimanali 3
Necessità di follow-up strumentale 3
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.
3 Lieve: va "guidato" per ricostruire l'anamnesi e stimolato per parlare dei problemi personali.
2 Moderata: possono essere scambiate informazioni solo ponendo al paziente domande semplici e per contesto comunicativo strettamente personale ed attuale.
1 Grave: la comunicazione è molto compromessa e si ottengono informazioni solo con domande che prevedono risposte si/no e fornendo facilitazioni contestuali e gestuali.
0 Completa: pressoché assente qualsiasi scambio comunicativo, anche con facilitazioni.

Patologie psichiatriche: No / Si
Se sì, specificare
In carico a CPS: No / Si
Se sì, specificare
Tentato suicidio: No / Si
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 Si se sì, la diagnosi risale a: < 3 mesi < 1 anno > 1 anno

Disturbi comportamentali e sintomi psichici? No Si 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"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	<input type="checkbox"/> Totale dipendenza /assenza di collaborazione			4																																																																	
<input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	7) MOVIMENTO																																																																				
<input type="checkbox"/> Scompenso 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"/> Mobilitazione 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		<table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Funzione cardiocircolatoria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Funzione Respiratoria</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Medicazioni</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Alimentazione ed idratazione</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Eliminazione urinaria ed intestinale</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Igiene ed abbigliamento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Movimento</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Riposo e sonno</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Sensori e comunicazione</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ambiente sicuro/situazione sociale</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Esito di colonna maggiormente rappresentato</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>La Valutazione I.C.A. delinea il PROFILO</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>				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
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																																																																		
<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 P EG 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																																																																					

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



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, Rankin 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.

Indicatore		Profilo 1	Profilo 2	Profilo 3	Profilo 4
Tipo e intensità del bisogno rispetto le aree che determinano il profilo		Bassa complessità assistenziale e bassa intensività clinica	Media complessità assistenziale, bassa intensività clinica con necessità di recupero funzionale	Alta complessità assistenziale, media intensività clinica con necessità di recupero funzionale	Alta complessità assistenziale e alta intensività clinica, con necessità di elevato recupero funzionale
1	Indice di complessità assistenziale (10 Item) I.C.A.	ICA 1-2	ICA 1-2	ICA 3-4	ICA 3-4
2	Instabilità clinica (Scala Instabilità Clinica –SIC)	Bassa 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

PROPOSTA DI TRASFERIMENTO IN STRUTTURA RIABILITATIVA

(da inoltrare almeno 5 giorni lavorativi prima della dimissione)

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
 Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____ COD. SAN. _____
 Stato civile _____ Telefono parenti _____
 Comune di residenza _____
 Ricoverato c/o ospedale _____ U.O. _____ Tel. _____

DIAGNOSI PRINCIPALE (In caso di intervento chirurgico, si prega di specificarne la tipologia)

Data evento indice: ____ / ____ / ____

GLASGOW COMA SCALE: ____ / ____ / ____
 (da compilare solo in caso di cerebropatia)

SCALA A.S.I.A. (da compilare solo in caso di mielopatia)	A	B	C	D	E

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

AUTONOMIA

PRE-EVENTO INDICE:

AUTOSUFFICIENTE

DIPENDENZA LIEVE

DIPENDENZA MODERATA

DIPENDENZA GRAVE

DIPENDENZA COMPLETA

PATOLOGIE CONCOMITANTI IN ATTO

1) Cardiaca (solo cuore) diagnosi _____	1	2	3	4	5
2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) diagnosi _____	1	2	3	4	5
3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) diagnosi _____	1	2	3	4	5
4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) diagnosi _____	1	2	3	4	5
5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) diagnosi _____	1	2	3	4	5
6) Apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) diagnosi _____	1	2	3	4	5
7) Apparato G.I. inferiore (intestino, ernie) diagnosi _____	1	2	3	4	5
8) Epatiche (solo fegato) diagnosi _____	1	2	3	4	5
9) Renali (solo rene) diagnosi _____	1	2	3	4	5
10) Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) diagnosi _____	1	2	3	4	5
11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) diagnosi _____	1	2	3	4	5
12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) diagnosi _____	1	2	3	4	5
13) Endocrine-Metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) diagnosi _____	1	2	3	4	5
14) Psichiatrico-Comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) diagnosi _____	1	2	3	4	5

1- Assente	nessuna compromissione di organo/sistema
2- Lieve	la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es.: abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)
3- Moderato	la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario la prognosi è buona (es.: colelitiasi, diabete, fratture)
4- Grave	la compromissione d'organo /sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es.: carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)
5- Molto grave	la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es.: infarto del miocardio, stroke, embolia)

SCALA BARTHEL / INDICE : _____	Dipendenz a completa	Dipendenz a grave	Dipendenz a moderata	Dipendenz a lieve	Autosuff.
Igiene personale	0	1	3	4	5
Bagno-Doccia (lavarsi)	0	1	3	4	5
Alimentazione	0	2	5	8	10
Abbigliamento	0	2	5	8	10
Continenza intestinale	0	2	5	8	10
Continenza urinaria	0	2	5	8	10
Trasferimenti letto-sedia	0	3	8	12	15
Toilette servizi	0	2	5	8	10
Scale	0	2	5	8	10
Deambulazione	0	3	8	12	15
Uso della carrozzina (alternativo a deambulazione)	0	1	3	4	5

Scala di Instabilità Clinica (S.I.C.) (barrare numero corrispondente)		
0	STABILE	Senza nessun particolare problema, o con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico(*) programmabile ad intervalli maggiori di 60 giorni
1	MODERATAMENTE STABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di 30 - 60 giorni
2	MODERATAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico programmabile ad intervalli di più di una volta al mese ma meno di una volta/settimana
3	INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico NON programmabile, presumibilmente una o più volte la settimana, ma non quotidiano
4	ALTAMENTE INSTABILE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico quotidiano
5	ACUZIE	Con problemi che necessitano per il loro controllo di un monitoraggio clinico pluriquotidiano

(*) visita medica completa o valutazione attenta "problema orientata" e/o esami di laboratorio e/o esami strumentali

AUSILI GIA' IN USO PER LA GESTIONE DELLE INSUFFICIENZE FUNZIONALI						Altro
Ausili per movimento	No	Bastone/gruccia	Arto artificiale	Carrozzina		
Gestione incontinenza	No	Pannoloni	Catetere vescicale	Ano artificiale		
Gestione diabete	No	Solo dieta	Ipo glicemizzanti orali	Insulina		
Alimentazione artificiale	No	Sondino	PEG	Parenterale parziale	NPT	
Insufficienza respiratoria	No	Ossigeno gassoso	Ossigeno liquido	Tracheostomia	Ventilatore	
Dialisi	No	Dialisi extracorporea	Dialisi peritoneale			
Circolo	CVC: Tipo: _____ Data: _____		CVP: Tipo: _____ Data: _____		Altro _____	

CUTE: Intgra; LDD Sede _____ Stadio (NPUAP) _____; L. Vascolare Sede _____; Ferita ch. Sede _____

LINGUAGGIO: Normale; Afasia motoria; Afasia sensitiva Disartria; Altro _____

VISTA: Normale; Cecità; Altro _____

UDITO: Normale; Ipoacusia; Altro _____

STATO DI AGITAZIONE: No; Psicica; Motoria; Altro _____

DETERIORAMENTO COGNITIVO: No; Sì (MMSE _____); Altro _____

CARICO: No; Sì; Parziale _____; Con ausili _____; Altro _____

ALLEGARE VALUTAZIONE FISIATRICA

DIMISSIBILE DAL: ____/____/____

Data di compilazione: ____/____/____

QUALIFICA E FIRMA DEI COMPILATORI _____/_____

Programmi Riabilitativi (P.r.i.) impostati: intensità bassa media alta

Criteri di scelta della tipologia di Setting riabilitativo						
1	RANKIN anamnestica (Disabilità)	0	1	2	3	4 5
2	RANKIN attuale (Disabilità)	0	1	2	3	4 5
3	Complessità clinica del paziente	bassa		media	alta	
4	Stabilità clinica del paziente	bassa		media	alta	
5	Livello di funzionalità ed autonomia	basso		medio	alto	
6	Gradiente di modificabilità delle menomazioni e disabilità	basso		medio	alto	
7	Stato cognitivo e comportamentale	basso		medio	alto	
8	Collaborazione/adesione al trattamento	bassa		media	alta	
9	Resistenza alle attività fisiche e cognitive	bassa		media	alta	
10	Adeguatezza del supporto familiare	bassa		media	alta	
11	Presenza di presidi riabilitativi territoriali di competenza	SI			NO	
12	POTENZIALITA' COMPLESSIVA DI RECUPERO	0	1	2	3	4 5

Setting Riabilitativo consigliato:

- R. Specialistica
 Unità GCA
 Unità Spinale
 R. Generale e geriatrica
 R. Mantenimento
 R. Domiciliare
 Residenziale RSA/RSD
 Centro diurno
 R. ambulatoriale
 Non attuali indicazioni riabilitative
 Solo necessità assistenziali

Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) consigliato a medio termine

Aree di intervento (P.r.i.)

Data

Il Medico Fisiatra Responsabile P.R.I.

Riabilitazione Specialistica
Alta potenzialità di recupero rispetto al programma
Alto impegno diagnostico-terapeutico riabilitativo
Trattamento riabilitativo indifferibile
Trattamento riabilitativo intensivo
Nursing riabilitativo complesso
Tutela medica continuativa

Riabilitazione Generale e Geriatrica
Bassa potenzialità di recupero o disabilità o lento recupero
Controindicazioni al trattamento riabilitativo intensivo
Alto supporto assistenziale infermieristico
Tutela medica continuativa
Anziani con pluripatologia o non autosufficienti (instabili)

Riabilitazione di Mantenimento
Stabilizzazione clinica di patologia in via di risoluzione prima del rientro a domicilio o del passaggio in RSA
Possibilità di piccoli guadagni funzionali in un breve periodo di ricovero a bassa intensità assistenziale.
Pazienti con pluripatologie con deterioramento progressivo funzionale