



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Conservazione ed archiviazione

del

FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE E SANITARIO (FaSAS)

OSPEDALE DI COMUNITÀ

Responsabile Appropriatelyzza e Documentazione Sanitaria

Dott.ssa Camelia Gaby Tiron

1° emissione: 18 Dicembre 2023

Rev. 1 _ Febbraio 2024



INDICE

PREMESSA.....	3
1. CAMPO DI APPLICAZIONE	5
2. SCOPO	5
3. SIGLARIO.....	6
4. MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E DURATA DEL RICOVERO	6
5. APERTURA RICOVERO E COMPILAZIONE del FaSAS_OdC	7
6. CARATTERISTICHE del FaSAS_OdC	10
7. STRUTTURA SINTETICA DEL FaSAS_OdC.....	11
8. SCALE DI VALUTAZIONE	11
A) Indice Di Barthel	11
B) Indice Di Braden.....	12
C) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	12
D) Scale i Valutazione del Dolore	13
E) Scala di Conley	15
F) Scheda di monitoraggio delle lesioni da pressione.....	15
G) Scala di valutazione del rischio nutrizionale (NRS _ Nutritional Risk Screening).....	15
9. CHIUSURA DEL FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE E SANITARIO (FaSAS_OdC)	15
10. FLUSSO INFORMATIVO.....	15
11. MOBILITA' INTERREGIONALE.....	16
12. TUTELA DELLA RISERVATEZZA	17
13. CONSERVAZIONE.....	17
14. SMARRIMENTO DEL FaSAS_OdC O DI PARTI DI ESSO	17
15. ARCHIVIAZIONE.....	17
16. RICHIESTA COPIA E RILASCIO del FaSAS_OdC	18
17. NORMATIVA DI RIFERIMENTO	18



PREMESSA

Ai fini dell'effettivo esercizio delle funzioni, ai sensi del DM 77/2022, a livello distrettuale sono garantite il raccordo e l'integrazione delle nuove strutture: Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali;

In particolare, nell'ambito del processo di attivazione dei ricoveri presso i posti letto degli Ospedali di Comunità (OdC), l'integrazione viene garantita, facilitando e orientando il percorso assistenziale delle persone e delle famiglie verso un setting qualificato da bassa intensità clinica, quando appropriato, così concorrendo a ridurre ricoveri impropri e a garantire continuità assistenziale di qualità.

Con la DGR XII/1435 del 27/11/2023 sono stati individuati dalla Regione Lombardia DG Welfare sia i criteri di eleggibilità che di esclusione del paziente dall'Ospedale di Comunità.

Nell'ambito del quadro normativo e regolamentare sopra richiamato, l'Ospedale di Comunità è un'unità di degenza che eroga ricoveri brevi finalizzati:

- alla prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- alla stabilizzazione e all'accompagnamento del paziente verso il domicilio, o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

I destinatari delle degenze di comunità sono prevalentemente:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

È pertanto una struttura di ricovero breve (max. 30 gg) per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. L'Ospedale di Comunità svolge pertanto una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero.

CRITERI DI ELEGIBILITÀ

1) Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione



di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;

- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata)
- consenso informato del paziente.

2) Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 5 o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3 ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.)
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.



1. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicabilità del documento è relativo agli Ospedali di Comunità (OdC) dell'ASST di Mantova.

Il FaSAS ha l'obiettivo di favorire lo scambio e l'integrazione di informazioni tra le varie figure professionali e garantire trasparenza, sicurezza e continuità assistenziale dell'assistito, attraverso il ricovero presso l'OdC.

2. SCOPO

La guida alla compilazione del FaSAS disciplina i casi e le modalità di compilazione, tenuta, conservazione, archiviazione e rilascio di copia del **Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario dell'OdC** da qui in poi denominato FaSAS_OdC, dei referti clinici ed altra documentazione sanitaria e sociosanitaria, in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale e nel rispetto della normativa nazionale in materia di segreto d'ufficio e professionale, nonché di tutela delle persone, trattamento dei dati personali e di semplificazione amministrativa.

Il FaSAS_OdC, oltre che essere uno strumento di lavoro indispensabile per garantire la continuità delle cure, è uno strumento clinico-socioassistenziale, che facilita l'integrazione operativa di diversi professionisti e valuta l'attività socioassistenziale personalizzata per ogni utente.

L'adozione del FaSAS nell'OdC è necessaria per la tenuta e l'aggiornamento delle informazioni sulla persona assistita e contiene l'insieme dei dati e dei documenti inerenti alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche, farmacologiche, assistenziali, riabilitative, educative e sociali effettuate.

Il FaSAS_OdC:

- certifica e organizza con logica ed efficacia tutte le informazioni e le attività socioassistenziali della persona assistita, raccolte e/o eseguite dagli operatori coinvolti;
- consente di erogare un'assistenza integrata individualizzata;
- rappresenta uno strumento di integrazione e di comunicazione tra i membri dell'équipe socioassistenziale;
- rappresenta uno strumento indispensabile per la garanzia della continuità delle cure nel percorso assistenziale (ospedaliero e/o territoriale/ domicilio);
- consente la pianificazione delle prestazioni e la loro documentazione attraverso la stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale).



3. SIGLARIO

ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia per Tutela della Salute
CMS	Centro Multi Servizi
FaSAS	Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario
FaSAS_OdC	Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario dell'Ospedale di Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
PDF	Pediatra di Famiglia
INF.	Infermiere/a
FT	Fisioterapista
OSS	Operatore SocioSanitario
NEWS	National Early Warning Score
OdC	Ospedale di Comunità
PI	Progetto Individuale
PAI	Piano Assistenziale Individuale
IIA	Indice di Intensità Assistenziale
I.C.	Invalità Civile
VMD	Valutazione multidimensionale
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

4. MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E DURATA DEL RICOVERO

La presa in carico dell'utente prevede la presentazione della domanda di inserimento che deve essere indirizzata al Coordinatore infermieristico dell'Ospedale di Comunità (elenco reso disponibile dal Direttore di Distretto/ATS territorialmente competente) e può avvenire:

- dal domicilio **su proposta del medico di medicina generale** (anche su segnalazione da parte dell'IFeC);
- da altre strutture o degenze ospedaliere **su proposta dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero**;
- direttamente **dal Pronto Soccorso previo accordo con l'OdC** e secondo le modalità previste;
- tramite la COT.

L'Ospedale di Comunità fornisce riscontro motivato al richiedente entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta con le modalità e gli strumenti riportati nel Piano di cura dell'OdC. Il ricovero presso l'OdC



deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza, documentata nel FaSAS, potrà prolungarsi ulteriormente.

5. APERTURA RICOVERO E COMPILAZIONE del FaSAS_OdC

La valutazione multidimensionale all'ingresso del paziente viene effettuata in reparto ed è, di fatto, la Valutazione dell'IIA – indice di intensità assistenziale – rispetto la valutazione dei bisogni del paziente e la valutazione della gravità della malattia ed assenza di acuzie attraverso la scala NEWS2.

Foglio 1 – Formato A4_frente

Contiene Generalità dell'assistito e dell'ingresso:

Dati relativi al Distretto e recapiti

Data di presa in carico

Dati anagrafici del paziente

Dati relativi alle persone di riferimento, caregiver, MMG/Pediatra di libera scelta e recapiti

Nominativo /Struttura che ha effettuato la richiesta di ricovero in OdC

Sintesi della Valutazione multidimensionale all'ingresso necessaria per poter essere certi di stilare un Piano di Assistenza Individuale (PAI) il più adeguato possibile, sia per “integrare” le osservazioni delle varie figure professionali costituenti il nucleo di valutazione, rendendo “oggettivo” lo stato di fatto dell'esaminato oltre le relazioni e i giudizi personali, peraltro necessari.

La motivazione prevalente per l'attivazione del ricovero

Foglio 1 – Formato A4_retro

Contiene la prima parte della Scheda di definizione dell'Indice di Intensità assistenziale (IIA) – data/ora e firma Infermiere

Funzione Circolatoria, Funzione respiratoria, i bisogni Alimentazione e Idratazione, Eliminazione, Igiene ed abbigliamento, Movimento – con i relativi punteggi

Foglio 2 – Formato A4_frente

Contiene la continuazione della Scheda di definizione dell'Indice di Intensità assistenziale (IIA) – data/ora e firma Infermiere

I bisogni Riposo e sonno, Comunicazione, Ambiente sicuro, Procedure diagnostiche e terapeutiche
Calcolo del punteggio IIA

Foglio 2 – Formato A4_retro

Contiene Alcune definizioni operative per la compilazione dell'IIA

Foglio 3 Formato A4_frente

Contiene la Scala NEWS2 National Early Warning Score, per la Misurazione standardizzata della gravità della malattia– degli stati acuti, la tabella a) di valutazione del rischio con il relativo punteggio raggiunto dal paziente all'ingresso, data/ora e firma dell'Infermiere

Foglio 3 Formato A4_retro

Contiene Tabella b) - Frequenza e risposta clinica nella NEWS

Foglio 4 Formato A4_frente

Contiene l'Anamnesi Sociale, Funzionale, Fisiologica, Farmacologica e le Allergie riferite

Foglio 4 - Formato A4_retro

Contiene l'Anamnesi Familiare, Patologica remota Verifica dello stato dello screening, Screening nutrizionale – Scheda NRS; Verifica dello stato vaccinale

**Foglio 5 – Formato A4_frente**

Contiene Anamnesi Patologica recente, Programmazione Counseling breve per Stili di Vita – tabacco, alimentazione, attività fisica, ecc.

Foglio 5 – Formato A4_retro

Contiene L'esame obiettivo generale all'ingresso

Foglio 6 – Formato A4_frente

Contiene il Progetto Individuale (PI) con i seguenti items:

- Sintesi dei bisogni come esito della valutazione multidimensionale
- Area di Intervento
- Obiettivi ed interventi (azioni-tempi-figure coinvolte)
- Verifica – definiti i tempi di verifica per i singoli obiettivi
- Data – firma Operatore sanitario
- Firma Utente/ avente titolo per avvenute informazione e condivisione del PI

Foglio 6 – Formato A4_retro

Contiene

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) o, PRI, PEI se piani riabilitativi o educativi, con i seguenti items:

Valutazione all'ingresso – punteggi, ecc.

Area di Intervento dell'IIA e NEWS2 Score: Obiettivi, Trattamenti/Interventi/Terapia, Modalità di Attuazione delle azioni: con quale intensità, tempi previsti e Operatori coinvolti

Durata presunta della degenza

Risultati attesi / News2 score

Descrizione dei Risultati raggiunti

- ☐ Educazione ed addestramento del paziente /caregiver per l'accompagnamento verso il domicilio
- ☐ Ottimizzazione dell'aderenza alla terapia farmacologica
- ☐ Addestramento del paziente /caregiver nella somministrazione dei farmaci
- ☐ Miglioramento dell'autonomia funzionale
- ☐ Educazione ed Informazione paziente / caregivers per migliorare le capacità di autocura
- ☐ Altro _____

Foglio 6-bis Formato A4 fronte e retro-Sostituibile dalla Scheda Assistenziale Giornaliera A3

Contiene il Programma Infermieristico – che rappresenta la continuazione del PAI, con sviluppi e dettagli degli interventi e degli indicatori di risultato.

Foglio 6-ter Formato A4 fronte e retro-Sostituibile dalla Scheda Assistenziale Giornaliera A3

Contiene il Programma Socio-Assistenziale – che rappresenta la continuazione del PAI/PEI, con sviluppi e dettagli degli interventi e degli indicatori di risultato.

Foglio 6-quater Formato A4 fronte e retro-Sostituibile dalla Scheda Assistenziale Giornaliera A3

Contiene il Programma Riabilitativo – che rappresenta la continuazione del PRI, con sviluppi e dettagli degli interventi e degli indicatori di risultato.

Foglio 7 – Formato A4_frente e retro

Contiene il Diario clinico

Foglio 8 – Formato A4_frente e retro

Contiene il Diario assistenziale



Foglio 9 – Formato a4 – fronte e retro

Contiene il Diario Riabilitativo – che riporta in maniera cronologica le procedure eseguite con i corrispettivi minutaggi, data / ora e firma dell'Operatore

Foglio 10 Formato A4_frente e retro

Contiene Esami ematochimici/microbiologici/cito-istologici, Esami strumentali e Consulenze specialistiche

Foglio 11 – Formato A3_frente – a colori

Foglio Unico di Terapia – sviluppato su 6 giorni

Contiene: le prescrizioni farmacologiche del Medico ad orari, inserendo il nome commerciale o il principio attivo del farmaco, relative alle terapie orale, intramuscolo/sottocute, aerosol e TAO - con la stringa corrispondente dei valori INR

Casella in colore azzurro per la firma ad orari per l'avvenuta somministrazione della terapia da parte dell'Infermiere

Stringa in colore giallo per la firma del Medico per la terapia prescritta.

Foglio 11 - Formato A3_retro – a colori

Foglio Unico di Terapia – sviluppato su 6 giorni

Contiene: le prescrizioni farmacologiche del Medico ad orari, inserendo il nome commerciale o il principio attivo del farmaco, relative alle terapie endovena, estemporanea, varie e antidiabetica in corrispondenza del valore misurato della glicemia.

Foglio 12- Formato A3 fronte e retro - a colori

Grafica dei parametri – sviluppata su 4 giorni

Contiene: dati antropometri del paziente, temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SpO2, dolore, glicemia, peso, dieta, bilancio idro-elettrolitico,

Stringa in colore blu di avvenuta misurazione da parte dell'Infermiere

Casella per la sigla del professionista per avvenuta erogazione della mobilizzazione, della fisiokinesiterapia, della terapia fisica, della terapia occupazionale, della seduta logopedica.

Foglio 13 - Formato A4_frente e retro

Contiene Scheda Infermieristica di dimissione che riporta: Dati dell'ingresso del paziente e le valutazioni del paziente alla dimissione dello stato di coscienza, della mobilizzazione, dell'igiene e comfort, cute, alimentazione, eliminazione, respirazione, comunicazione, del dolore, della terapia eseguita prima della dimissione, dell'IIA attribuibile alla dimissione e del valore Nwes2 score alla dimissione.

La scheda va datata e firmata dall'Infermiere

Foglio 14 - Formato elettronico SISS

La dimissione Medica

Foglio 15 – Formato A4 _ fronte

Griglia di Valutazione del FaSAS_OdC - Va compilata alla chiusura del FaSAS per la verifica finale della completezza dello stesso prima dell'invio in Archivio del documento; Va firmata dal Responsabile clinico dell'OdC / suo delegato.



6. CARATTERISTICHE del FaSAS_OdC

Per rispondere alle funzioni già menzionate, le caratteristiche di un FaSAS_OdC sono:

- accuratezza, leggibilità e chiarezza
- completezza e pertinenza
- veridicità e tracciabilità
- tutela della riservatezza (privacy)
- accessibilità e disponibilità
- rispetto dei diritti delle persone: compilazione e firma del consenso informato
- continuità assistenziale
- strumento di verifica ed eventuale conseguente modifica degli obiettivi assistenziali.

Ogni Foglio del FaSAS_OdC è compilato in modo da evitare dubbi o incertezze sulla cronologia degli eventi e nella lettura dei contenuti:

- le informazioni riportate devono essere facilmente leggibili e chiare in tutte le loro parti, con scrittura chiara (stampatello e/o corsivo) ed utilizzando inchiostro nero o blu scuro;
- il linguaggio utilizzato deve essere comprensibile per tutti coloro che hanno accesso al fascicolo (personale autorizzato) e che hanno la necessità di consultarlo;
- l'utilizzo delle abbreviazioni e di sigle deve essere limitato al minimo oltre che conforme agli standard nazionali ed internazionali;
- sul diario si devono riportare i dati di identificazione dell'utente, la data/ora e firma dell'operatore che compila per competenza. Ogni operatore scriverà per la sua parte- diario clinico va compilato dal medico; il diario assistenziale va compilato da tutti i professionisti sanitari non medici, specificando la qualifica: infermieristica, fisioterapica, socioassistenziale seguendo la cronologia degli eventi per garantire la tracciabilità dell'iter di cura e per ricostruire l'evolversi della malattia.

Il responsabile della tenuta e conservazione del FaSAS aperto è l'operatore sanitario che ha in carico il paziente e l'autorizzazione all'accesso delle stesse è consentito alle figure professionali riportate nel PAI del paziente.

Il contenuto del FaSAS_OdC deve essere ispirato ai criteri di pertinenza e di indispensabilità delle informazioni raccolte.

In caso di errori nella compilazione, la correzione rimane visibile: si traccia una riga sulla scritta e si riporta data e relativa firma dell'autore della modifica. Non devono essere apportate cancellature con correttore, gomma o abrasioni.



7. STRUTTURA SINTETICA DEL FaSAS_OdC

Tutti gli operatori si impegnano a garantire la completezza della documentazione, delle informazioni, e degli aggiornamenti sociosanitari nelle parti di loro competenza e nei tempi previsti dalle vigenti normative

Il FaSAS_OdC è composto almeno da:

1. *sezioni anamnestiche;*
2. *richiesta/proposta di ricovero (medico di famiglia (MMG), medico specialista ospedaliero)*
3. *strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione) e relativa classificazione ove prevista;*
4. *valutazioni dei diversi professionisti (scheda infermieristica, riabilitativa, sociale, psicologica);*
5. *progetto individuale e Piano di assistenza individuale (PI; PAI, PRI, pri, Pei, etc.);*
6. *diario clinico ed assistenziale degli eventi ed interventi;*
7. *documentazione/modulistica riferita ad aspetti assistenziali*
8. *consenso alla Privacy e consensi informati: a: 1) per la tutela della privacy si compila il Consenso al trattamento dei dati personali 2)il consenso al trattamento sanitario;3) consenso all'attivazione del ricovero in OdC ; tutti i consensi sono redatti secondo la normativa vigente e firmati per competenza Sono rintracciabili nella cartella condivisa sul server aziendale "Camelia_Public" link:
\\ospedaleimantova.loc\dati\dati1\Camelia_Public*
9. *la documentazione relativa alla tutela giuridica della persona, ove prevista;*
10. *le rivalutazioni periodiche.*
11. *recapiti telefonici ed orari (ove richiesto)*
12. *Elenco documenti consegnati e informazioni fornite – ove prevista;*
13. *Dimissione medica ed dimissione infermieristica*
14. *Scale di valutazione : del rischio caduta Conley, del rischio Nutrizionale NRS, del dolore Painad o VNS, Barthel modificata, Braden, Lesioni da compressione, ecc.*

Ogni registrazione deve essere corredata da data, ora e firma dell'autore.

8. SCALE DI VALUTAZIONE

Il contenuto del FaSAS_OdC deve essere ispirato ai criteri di pertinenza e di indispensabilità delle informazioni raccolte; pertanto si raccomanda l'utilizzo di scale di valutazione validate perché possano essere considerate oggettive.

A) Indice Di Barthel

L'Indice di Barthel fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa,



deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllo sfinteriale alla defecazione e alla minzione.

L'indice registra quello che un paziente fa realmente, NON quello che potrebbe fare.

Se un paziente necessita di supervisione non può essergli attribuito il punteggio massimo della scala.

La raccolta dati avviene con l'osservazione diretta del paziente e con domande rivolte a lui o al caregiver.

Di solito si raccolgono le informazioni inerenti le attività avvenute nelle precedenti 24 – 48 ore, ma occasionalmente saranno rilevati anche periodi più lunghi.

L'uso di ausili per essere indipendenti è permesso.

Per i pazienti in stato di incoscienza il punteggio è "0" in tutte le voci.

Un punteggio tra 0 e 24 è indice di totale dipendenza, tra 25 e 49 di severa dipendenza, tra 50 e 74 corrisponde ad un livello moderato di dipendenza, sopra i 75 ad una minima limitazione nelle attività della vita quotidiana.

B) Indice Di Braden

La Scala Braden è composta da 6 Items, tutti ad impronta prevalentemente assistenziale, in grado di includere parametri di un certo rilievo nella genesi delle lesioni. I 6 items sono relativi a:

-Percezione Sensoriale –Umidità –Attività –Mobilità –Alimentazione –Frizione-Scivolamento.

Il punteggio dei singoli Parametri è anche qui compreso tra 1 e 4, tranne "frizione-trazione" ove varia tra 1 e 3.

In generale può considerarsi soggetto a rischio di lesione da compressione chi ha un punteggio ≤ 16 , ma per gli anziani a domicilio il limite può essere ≤ 18 .

La scala va somministrata alla presa in carico e poi mensilmente o trimestralmente o comunque quando cambiano le condizioni del paziente.

C) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Lo Short Portable Mental Status Questionnaire è un test ideato per rilevare la presenza e l'intensità dei deficit cognitivi di origine organica in pazienti anziani.

Le abilità misurate comprendono: orientamento, memoria a breve e a lungo termine, capacità di svolgere operazioni mentali.

Si attribuisce un punto per ogni risposta. Il punteggio complessivo va da 0 (deficit grave) a 10 (nessun deficit)

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

1. Somministrazione alla presa in carico
2. Follow-up ad ogni significativa variazione (dopo ricovero in struttura o episodio clinico significativo) e ad ogni rinnovo



D) Scale di Valutazione del Dolore

NOTA: da somministrare solo UNA scala del dolore, in base allo stato cognitivo del paziente definito dal SPMSQ.

I. Scala Painad (Tabella 1)

La scala indicata per rilevare il livello del dolore è la **Painad** quando la **SPMSQ** è < 5 (quindi tra 0 e 4), il che significa che il paziente non è in grado di collaborare pur esprimendo in modo adeguato il livello di dolore percepito; si basa su Valori da 0 a 1 che vengono considerati indice di dolore assente, da 2 a 4 di dolore lieve, da 5 a 7 di dolore moderato, e da 8 a 10 di dolore severo.

(*) Se il dolore è ≥ 5 bisogna comunicarlo al medico curante (MMG), annotarlo sul diario domiciliare e verificare che il MMG che ha in carico il paziente si adoperi per la prescrizione della terapia necessaria. All'accesso successivo l'operatore rivaluta il livello del dolore del paziente post terapia somministrata dal MMG, annota sul diario i cambiamenti dello stato clinico del paziente e, se il dolore persiste, ridefinisce il PAI.

La scala di valutazione del dolore va somministrata all'attivazione, al rinnovo di ogni titolo e ogni qualvolta se ne renda necessario.

Tabella 1

SCALA PAINAD Pain Assessment in Advanced Dementia

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio:

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

II. VNS (Scala Numerica Verbale) Tabella 2

Bambini di età maggiore degli 8 anni: la Scala Numerica Verbale (VNS) viene facilmente compresa dal paziente, il quale sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore. VNS



Nessun dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il massimo dolore avvertibile La VNS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria. Un dolore che va' da 1 a 4 è da considerarsi lieve, fra 5 e 6 moderato, tra 7 e 10 severo. La soglia di **5 è da considerarsi il limite di dolore** che interferisce con la qualità di vita. La VNS sembra avere un significato comune anche in culture diverse e può essere presentata al paziente come una semplice domanda. Il facile utilizzo della scala ne permette la somministrazione più volte nell'arco della giornata al fine di creare una base di partenza per valutare gli interventi terapeutici effettuati.

La scala VNS si somministra quando lo SPMSQ è ≥ 5 .

La VNS sembra avere un significato comune anche in culture diverse e può essere presentata al paziente come una semplice domanda. Il facile utilizzo della scala ne permette la somministrazione più volte nell'arco della giornata al fine di creare una base di partenza

Se il **dolore è ≥ 5** bisogna comunicarlo al medico e adoperarsi come da protocollo clinico.

La scala di valutazione va somministrata all'attivazione, al rinnovo di ogni titolo e ogni qualvolta se ne renda necessario.

Tabella 2



0-1 Nessun dolore

2-3 dolore lieve

4-5 dolore moderato

6-7 dolore severo

8-9 dolore molto severo

10 peggior dolore possibile

III. La scala delle espressioni facciali

Si utilizza la scala di autovalutazione a 6 faccine "Happy Face Pain Rating Scale": ad ogni faccina corrisponde un valore numerico che rappresenta l'intensità del dolore. Il bimbo indica a quale faccina associa il suo dolore. Si interviene per un valore superiore a 2.

È un metodo intuitivo, ideale per i bambini, ma anche per adulti e anziani quando lo **SPMSQ** è ≥ 5 , che usa una serie di figure che rappresentano espressioni facciali. La figura all'estrema sinistra rappresenta un viso sorridente e corrisponde all'assenza di dolore; quella all'estrema destra rappresenta un viso molto sofferente e corrisponde al massimo dolore possibile. Se il dolore è ≥ 3 , bisogna comunicarlo al medico curante e adoperarsi come descritto al paragrafo precedente (*).

La scala di valutazione va somministrata all'attivazione, al rinnovo di ogni voucher e ogni qualvolta se ne



renda necessario.



0
non
male

fa

1
fa
male

poco

2
fa
abbastanza
male

3
fa
male

4
fa
male

molto

5
fa
malissimo

E) Scala di Conley

Le prime tre domande devono essere rivolte al paziente: possono essere rivolte a un familiare o al caregiver solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita.

Ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a 0 se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positiva. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi. Il paziente è considerato a rischio caduta se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2: in questo caso va segnalato nel PAI il punteggio rilevato e vanno fornite al paziente e/o alla famiglia le indicazioni e consegnato l'opuscolo relativo alla prevenzione delle cadute.

F) Scheda di monitoraggio delle lesioni da pressione

La scheda valutazione delle lesioni è da compilare settimanalmente se presenti lesioni cutanee, altrimenti va compilata alla presa in carico e ad ogni rivalutazione del titolo o quando se ne presenti la necessità.

➤ Nel diario assistenziale va inserita la valutazione infermieristica dell'efficacia del trattamento delle lesioni da pressione, riportando miglioramenti o peggioramenti del quadro iniziale / dalla presa in carico.

G) Scala di valutazione del rischio nutrizionale (NRS _ Nutritional Risk Screening)

Tempistica di compilazione: entro 24 ore dall'accettazione e ripetizione ogni 7 giorni, anche nei pazienti senza rischio di malnutrizione all'ingresso in ospedale.

9. CHIUSURA DEL FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE E SANITARIO (FaSAS_OdC)

La chiusura del FaSAS_OdC viene identificata con il termine di dimissione medica ed infermieristica dall'OdC del paziente. Segue il flusso OdC.

Il FaSAS_OdC viene archiviato nel rispetto dell'attuale normativa presso un locale idoneo per la sicurezza dei documenti sensibili, adibito a tale funzione, fino a nuove indicazioni regionali.



10. FLUSSO INFORMATIVO

Nelle more della rilevazione dell'attività erogata dagli OdC secondo il flusso che verrà definito a livello nazionale nell'ambito dell'obiettivo di investimento del PNRR M6C2 1.3.2, il cui cronoprogramma di attuazione è definito nella DGR XI/6426 del 23/05/2022 recante "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - missione 6 component 1 e component 2 e PNC – approvazione del piano operativo regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR - individuazione dei soggetti attuatori esterni", si definiscono di seguito, in fase di prima applicazione, gli elementi informativi provvisori del tracciato finalizzato, in via transitoria, a rendicontare l'attività erogata dall'ospedale di comunità a favore delle persone prese in carico.

ELEMENTI INFORMATIVI NUOVO FLUSSO OdC

CODICE ATS DI CONTRATTUALIZZAZIONE
CODICE ASST
CODICE DISTRETTO
CODICE STRUTTURA (CUDES)
NUMERO PRATICA
CODICE INDIVIDUALE ASSISTITO
DATA DI NASCITA
COMUNE DI RESIDENZA
COMUNE DI DOMICILIO
ATS DI IMPUTAZIONE TARIFFA SOCIOSAN
GENERE
STATO CIVILE
CITTADINANZA
TITOLO DI STUDIO
CONDIZIONE PROFESSIONALE
SOGGETTO RICHIEDENTE
PROVENIENZA ASSISTITO
DATA DEL RICOVERO
DIAGNOSI (ICD-9) PRINCIPALE
DIAGNOSI (ICD-9) SECONDARIA
MOTIVO DEL RICOVERO
DATA DI DIMISSIONE
CAUSALE DI DIMISSIONE
INDICE DI INSTABILITA' CLINICA
INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

Con successivo atto dei competenti uffici della DG Welfare, all'esito dell'espletamento delle procedure dirette a garantire la piena attuazione delle norme in tema di privacy, si procederà alla definizione del documento tecnico recante il tracciato dei dati e le regole di alimentazione, prevedendone la rilevazione con cadenza trimestrale.

Il flusso dovrà essere inviato tramite il sistema SMAF a partire dall'attività erogata dal 1° gennaio 2024 dalle strutture gestite dalle ASST e dai soggetti privati gestori di OdC accreditati e contrattualizzati all'esito dell'espletamento delle manifestazioni d'interesse previste dal presente atto.

11. MOBILITA' INTERREGIONALE

La presa in carico di pazienti provenienti da altre regioni richiede la previa autorizzazione al ricovero da parte dell'ASL della residenza dell'assistito e comporta la fatturazione diretta da parte del gestore pubblico o privato dei costi del ricovero in OdC all'ATS / ASL di residenza applicando la tariffa definita con la DGR XII/1435 del 27/11/2023



12. TUTELA DELLA RISERVATEZZA

Tutti gli utenti hanno diritto alla protezione della propria privacy. Le misure adottate dalla Struttura sono chiare: la documentazione e i dati sono trattati con cura e le comunicazioni sono date a terzi solo se preventivamente autorizzati dall'interessato.

Il paziente riceve l'informativa sulla privacy con un linguaggio comprensibile e dettagliato ed inoltre firma il modulo del consenso informato in cui sono indicate le persone autorizzate.

13. CONSERVAZIONE

Ogni FaSAS_OdC chiuso deve essere conservato in apposito schedario o armadio con ante cieche e con chiusura a chiave. Al termine del servizio la chiave va riposta in luogo segreto convenuto dagli addetti ai lavori.

14. SMARRIMENTO DEL FaSAS_OdC O DI PARTI DI ESSO

Nel caso di smarrimento del FaSAS_OdC, o di alcune parti di esso, l'operatore sanitario che segue il paziente è in dovere di informare il Coordinatore ed il Direttore del Distretto, che è tenuto a farne dichiarazione scritta al Direttore SocioSanitario e alla Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza per la valutazione della ulteriore denuncia all'Organo di Vigilanza /Polizia, secondo le regole regionali vigenti.

La dichiarazione va fatta al momento dello smarrimento. Pertanto, denuncia e segnalazione devono essere effettuate dal Responsabile medico dell'unità di offerta, se lo smarrimento si è verificato prima dell'invio in archivio, o dal Responsabile dell'Ufficio Archivio se si è verificato dopo l'archiviazione.

La Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza con la collaborazione Responsabile medico e Direttore del Distretto provvederà ad effettuare un'istruttoria finalizzata ad accertare la natura della documentazione smarrita, la possibilità di rintracciarla, di ottenerne copie (ad esempio referti diagnostici) e la possibilità di ricostruirne il contenuto.

Tale istruttoria sarà conservata in archivio al posto della documentazione smarrita.

15. ARCHIVIAZIONE

Il Fascicolo Socioassistenziale e Sanitario FaSAS_OdC dovrà essere chiuso con la dimissione medica firmata dal Medico responsabile che ha avuto in carico il paziente.

Prima dell'archiviazione tutti gli operatori si impegnano a garantire la completezza della documentazione, delle informazioni e degli aggiornamenti sociosanitari nelle parti di loro competenza e nei tempi previsti dalle vigenti normative regionali,

Va compilando la Griglia di valutazione finale del FaSAS_OdC ed inserita nello stesso.



Il FaSAS_OdC completo, redatto e sottoscritto, viene archiviato nell'archivio dell'OdC fino ad ulteriori indicazioni regionali in merito sia all'archiviazione che ai tempi di conservazione, solitamente contemplati dal Titolario / Massimario di scarto della Regione Lombardia. Si faranno aggiornamenti ulteriori in merito.

16. RICHIESTA COPIA E RILASCIO del FaSAS_OdC

Il FaSAS_OdC può essere richiesto in copia conforme all'originale dall'utente stesso o da un suo delegato tramite apposito modulo scaricabile dal sito dell'ASST di Mantova alla pagina **Copia della cartella clinica** seguendo tutte le indicazioni contenute. Il modulo va inviato alla segreteria dell'OdC.

17. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Dgr XI/6760 del 25/07/2022 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Dgr XII/1435 del 27/11/2023 - Ulteriori determinazioni in ordine all'attività dell'Ospedale di Comunità – all. 1 e all. 2
- Dgr X/2569 del 31/10/2014 - Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo – Allegato 1.
- D.Lgs. n. 196/2003
- Nota regionale – Prot. G1.2024.0001161 del 11/01/2024- DGR n. XII/1435/2023 "Ulteriori determinazioni in ordine all'attività dell'Ospedale di Comunità" – prima nota operativa.