


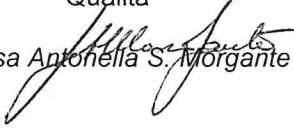
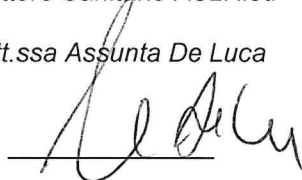
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 1 di 21



PROPOSTO	VERIFICATO	APPROVATO
Direttore DAPS Dott.ssa Agnese Barsacchi 	U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico  Dott. Maurizio Musolino <hr/> UOS Governo Clinico e Sistema Qualità  Dott.ssa Antonella S. Morgante <hr/>	Direttore Sanitario ASLRieti Dott.ssa Assunta De Luca 
<i>Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno all'azienda è obbligatorio richiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.</i>		

Gruppo di Lavoro:

Direttore U.O.C. Gestione Personale di Assistenza – Dott.ssa A. Barsacchi
 Direttore U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico – Dott. M. Musolino
 Resp. UOS Governo Clinico e Sistema Qualità Dott.ssa A. Stefania Morgante
 Responsabile U.O.C DMO Dr M. Angelucci
 Direttore Distretto 2 Dr G. D'Agostino
 Direttore Distretto1 Dr A. Boncompagni
 Infermiere U.O.C. G.P.A. - Dott. A. Aguzzi
 Dirigente Professioni Sanitarie della Riabilitazione – Dott.ssa S. Tozzi,
 Staff U.O.C. Risk Management, Qualità e Audit Clinico – D.ssa C. Pitti
 Incarico Organizzazione Percorso Medico Dott.ssa Emanuela Vulpiani
 Referente Infermieristico UDI Dott.ssa Novelli Donatella

STATO DELLE REVISIONI



DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
15/02/2022	0	Prima Stesura

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 2 di 21

INDICE

1. PREMESSA GENERALE.....	3
2. SCOPO, OBIETTIVI E FUNZIONI DELLA “U.D.I.”	3
3.DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI	4
4.LE UDI DELLA ASL RIETI	4
5. REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI	5
6. AFFERENZE FUNZIONALI E LIVELLI DI RESPONSABILITA’ NELLA UDI	5
6.1 MEDICO DI RIFERIMENTO	5
7. MODALITA’ OPERATIVE	6
7.1 FUNZIONI E RESPONSABILITA’ DEL COORDINATORE/REFERENTE INFERMIERISTICO DELL’UDI	6
7.2 EQUIPE ASSISTENZIALE H24.....	6
7.3 MODALITÀ ACCESSO ALL’ UDI	7
7.4 PROFILO CLINICO DEI PAZIENTI ELEGGIBILI PER L’UDI	7
7.5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ	8
7.6 CRITERIO DI ESCLUSIONE	8
7.7 DURATA DELLA DEGENZA IN UDI.....	8
7.8 LA DIMISSIONE DALL’UDI.....	9
7.9 I RACCORDI FUNZIONALI DELL’UDI.....	9
7.10 DOCUMENTAZIONE SANITARIA E STRUMENTI DI VALUTAZIONE CLINICA.....	9
7.11 ORARI ACCESSO	9
8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	10
9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA.....	10

ALLEGATI – MODULISTICA IN USO PRESSO UDI

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI</p>	<p>Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022</p> <p>Pag. 3 di 21</p>

1. PREMESSA GENERALE

Il presente regolamento si basa sulle Linee di indirizzo della Regione Lazio su “Unità di Degenza a Gestione Infermieristica – Modello Organizzativo - per l’istituzione degli stessi nelle Aziende sanitarie del Lazio^{1,2}

I principi di riferimento comprendono l’appropriatezza delle cure in base alle effettive necessità assistenziali di ciascuno, l’accessibilità ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale, l’eticità nell’assistenza quale garanzia della qualità delle prestazioni infermieristiche erogate e diretta assunzione di responsabilità dei professionisti infermieri a tutela della salute dei cittadini assistiti nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale³.

Da questi principi generali discendono la centralità del cittadino nel processo di cura e la necessità di valorizzazione delle risorse professionali degli Infermieri e degli operatori delle Professioni Sanitarie del SSR, quale presupposto per l’innovazione organizzativa dei servizi ed il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza⁴.

2. SCOPO, OBIETTIVI E FUNZIONI DELLA “U.D.I.”

L’Unità Degenza Infermieristica (di seguito U.D.I.) è un’area di cure a bassa intensità clinica dotata di posti letto dedicati, gestita da personale infermieristico e configurante un setting assistenziale specifico e riconosciuto, nel quale sono accettati pazienti clinicamente stabili aventi le caratteristiche elencate al paragrafo “Criteri di ammissibilità e di esclusione”.

Obiettivi e funzioni della “UDI” sono:



- favorire un’appropriata gestione del ricovero ospedaliero fornendo un’alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riabilitazione;
- ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel setting di degenza per acuti;
- prevenire le complicanze e favorire il recupero dell’autonomia, in un’ottica di rientro al domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali;
- favorire l’integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche al fine di assicurare la continuità assistenziale.

¹Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2014, n. U00370 BURL n.93 – supplemento 1 del 20/11/2014
Linee d’indirizzo regionali su: “Unità di Degenza a Gestione Infermieristica - Modello organizzativo”

²Determinazione Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Il settembre 2014, n. G12842 - Gruppo di lavoro: linee di indirizzo regionali su “Unità di Degenza a gestione Infermieristica - Modello Organizzativo”

³ Doran DM (2013) Nursing Outcomes: gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Edizione McGraw-Hill Education Italy.

⁴ M. Mongardi, E. Bassi, E. Di Ruscio (2015): “Ospedale per Intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti”. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione Emilia-Romagna.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 4 di 21

3.DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

U.D.I.: Unità di Degenza Infermieristica
 O.S.S.B.: Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base
 P.O.: Posizione Organizzativa
 U.O.C.: unità Operativa Complessa
 G.P.A.: Gestione Personale di Assistenza
 MMG: Medici di Medicina Generale
 CdS: Casa della Salute

4.LE UDI DELLA ASL RIETI

- **UDI Ospedaliera: Collocata all'interno dell'Ospedale S.Camillo de Lellis**



Pazienti con progressiva malattia acuta dimissibili dall'ospedale per acuti il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica (ad es. terapia farmacologica ospedaliera, recupero dell'autonomia in tempo contenuto, etc) continuativa nelle 24 ore prima di rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura; Sono compresi pazienti che hanno effettuato procedure mediche in Day Hospital o procedure chirurgiche in Day Surgery e che presentano ancora una necessità di assistenza.

• **UDI Ospedaliera Covid:**

La degenza infermieristica COVID è situata all'interno della struttura Ospedaliera S.Camillo del Lellis con 10 Posti Letto per pazienti Covid positivi con bassa intensità clinica e medio alta complessità assistenziale di cui alle caratteristiche cliniche richiamate nel presente Regolamento Aziendale e dal Decreto U00370 del 12.11.14 - Linee Indirizzo Unità degenza infermieristica.

L'eventuale assistenza medica necessaria dovrà essere garantita dal personale medico:

- Per gli aspetti routinari e/o assistenza medica di base e specialistica sarà garantita dalla UO Medicina Interna 1;
 - Per gli aspetti legati all'insorgere di eventuali Emergenze/Urgenze dall' U.O.C. Anestesia e Rianimazione attraverso l'attivazione del Rianimatore di guardia.
- #### • **UDI Territoriale: Collocata all'interno della Casa della Salute di Magliano Sabina**
- Pazienti connotati da non autosufficienza, anche temporanea (ad, es con deficit funzionali transitori);
 - pazienti in dimissione protetta temporaneamente non gestibili a domicilio;
 - pazienti portatori di patologie croniche in cui l'ADI non può temporaneamente gestire l'evoluzione; clinica senza che gli stessi siano eleggibili ad una ospedalizzazione;
 - pazienti temporaneamente non autosufficienti;

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 5 di 21

- pazienti cronici ed oncologici in cui diventa temporaneamente necessaria una diagnostica strumentale e laboratoristica seriale.
- pazienti che hanno effettuato procedure mediche in Day Hospital o procedure chirurgiche in Day Surgery e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica (ad es: terapia farmacologica ospedaliera, recupero dell'autonomia in tempo contenuto, etc.) continuativa nelle 24 ore prima rientrare a domicilio

5. REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI

I requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici, sono quelli previsti per le strutture a ciclo continuo (D.P.R. 14/01/1997, DCA Regione Lazio 08/2011 e s.m.i).

6. AFFERENZE FUNZIONALI E LIVELLI DI RESPONSABILITA' NELLA UDI

L'UDI si configura come modulo organizzativo individuabile:

- All'interno della Casa della Salute (CdS) ed afferente gerarchicamente alla responsabilità della Direzione di Distretto di riferimento (che può delegare un Dirigente Medico OSSB) e funzionalmente alla Direzione Aziendale Infermieristica (che può delegare alle P.O. di riferimento).
- All'interno della struttura ospedaliera ed afferente gerarchicamente alla responsabilità della Direzione Medica di Presidio e funzionalmente alla Direzione Assistenziale Infermieristica (UOC GPA).

La gestione dell'UDI è affidata ad un coordinatore infermieristico/referente infermieristico, il quale risponde funzionalmente e gerarchicamente alla Direzione Assistenziale Infermieristica.

6.1 MEDICO DI RIFERIMENTO



La tutela clinica dell'utente ricoverato nell'UDI sia essa ospedaliera che territoriale rimane affidata, fino alla dimissione, ai Medici di riferimento (Medico dell'unità operativa ospedaliera di provenienza dell'utente per l'ospedale e Medico di Medicina Generale nella UDI della CdS), i quali:

- valutano le condizioni di eleggibilità dei pazienti prima dell'ammissione nella UDI;
- assicurano l'assistenza medica in base al piano terapeutico-assistenziale individuale;
- dispongono la dimissione dell'utente a conclusione del ricovero.

In caso si dovesse presentare instabilità clinica di un paziente, l'infermiere dell'UDI, in relazione all'urgenza/emergenza ravvisata, dovrà contattare:

per l'UDI Ospedaliera:

il medico anestesista o il medico del reparto più prossimo, nel rispetto del protocollo Aziendale per la gestione delle emergenze ed urgenze in Ospedale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 6 di 21

Per l'UDI Territoriale:

- Il personale infermieristico, in caso di necessità, allerta la Continuità Assistenziale o la postazione PPI ambedue presenti in struttura.
- Il personale infermieristico comunica al MMG, ai familiari, agli aventi diritto l'intervento di urgenza ed il suo esito.
- Pari comunicazione ai destinatari di cui sopra verrà effettuata nel tempo più breve possibile ovviamente anche nel caso di attivazione della centrale 118.

Il Medico di Medicina Generale in turno UDI è responsabili del monitoraggio dell'andamento clinico e terapeutico del paziente per quanto di competenza, compila la cartella clinica e la scheda dei propri accessi, specificando data e ora della visita, effettua tutte le prescrizioni necessarie durante il ricovero la presenza medica dovrà essere garantita sia al mattino che al pomeriggio dal lunedì al sabato mattina compreso nel caso di cambiamenti clinici gestibili modifica il piano assistenziale, discutendolo con il medico del Distretto e con il referente infermieristico, redige le dimissioni del paziente.

7. MODALITA' OPERATIVE



7.1 FUNZIONI E RESPONSABILITA' DEL COORDINATORE/REFERENTE INFERMIERISTICO DELL'UDI

La gestione dell'UDI è affidata ad un coordinatore infermieristico/referente infermieristico, di concerto con la P.O. di afferenza:

- È responsabile dell'organizzazione dell'UDI, garantendo una congrua organizzazione e gestione delle risorse professionali ivi assegnate;
- Garantisce un'adeguata gestione del rischio clinico attivando sistemi e procedure per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali secondo le procedure aziendali vigenti;
- Definisce gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività assistenziale e organizzativa;
- Garantisce la continuità delle attività assistenziali e dei relativi percorsi assistenziali;
- È responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale assistenziale;
- Assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione ed implementazione di linee guida e protocolli specifici secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM);
- Assicura i rapporti funzionali con le diverse strutture organizzative aziendali coinvolte nel funzionamento dell'UDI.

7.2 EQUIPE ASSISTENZIALE H24

- E' composta da personale infermieristico con il supporto del personale socio-sanitario

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 7 di 21

- La responsabilità dell'applicazione del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni assistenziali sulle 24 ore.

Sono a supporto della degenza, se richiesti nel piano terapeutico/assistenziale, il personale della riabilitazione e gli assistenti sociali.

7.3 MODALITÀ ACCESSO ALL' UDI

L'accesso all'UDI, tenuto conto dei succitati requisiti organizzativi generali, deve avvenire sulla base di appositi criteri validati di eleggibilità, previo contatto diretto con il referente/coordinatore UDI (**o suo delegato**) e compilazione della modulistica **Scheda Richiesta Accettazione Degenza Infermieristica** (v Allegati).

FIGURA PROPONENTE PER L'UDI OSPEDALIERA:

- Medico Ospedaliero dell'unità operativa di riferimento, concordando l'accettazione con il referente infermieristico/coordinatore infermieristico (o suo delegato) dell'UDI, e l'iter assistenziale in base alla tipologia dei pazienti.

FIGURE PROPONENTI PER L'UDI TERRITORIALE

- Medico ospedaliero
- Medico di Medicina generale
- Specialista Ambulatoriale
- Medico di Continuità Assistenziale
- Medico ADI
- Medico in servizio Punto di Primo Intervento (PPI)/Punto di Assistenza Territoriale (PAT).



7.4 PROFILO CLINICO DEI PAZIENTI ELEGGIBILI PER L'UDI

Si tratta di pazienti dimissibili dai setting assistenziali per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima di rientrare a domicilio o essere trasferiti presso altra struttura territoriale.

Non sono posti limiti di età.

Sono accoglibili in UDI anche pazienti i quali sono caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, ma devono trovarsi nella fase di malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa come nel ricovero ordinario per acuti.

Sono infine accoglibili in UDI pazienti i quali per la loro particolare situazione socio-sanitaria, necessitano di un percorso diagnostico, terapeutico e di monitoraggio difficilmente gestibile a domicilio con l'Assistenza Domiciliare, data la complessità clinico-assistenziale richiesta

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 8 di 21

o per ragioni di tipo sociale, nei casi in cui la famiglia o una struttura sociale non riescano comunque a supportare il paziente nella malattia.

7.5 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

Per stabilire l'effettiva eleggibilità per l'UDI e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto si procede ad una valutazione con opportuni criteri di eleggibilità clinico-assistenziali attraverso un sistema di valutazione integrato medico ed infermieristico (MEWS, Modified Early Warning Score + IDA. Indice di Dipendenza Assistenziale, scheda di accesso in degenza infermieristica)

Sono previste le seguenti **modalità di ammissione e valutazione** dell'utente:

- a) Il **ricovero in UDI è sempre programmato** e finalizzato alla risoluzione di un problema attraverso interventi di alta/bassa complessità assistenziale e bassa intensità clinica
- b) Il **trasferimento in UDI viene richiesto dal Medico Ospedaliero del reparto di provenienza**, la valutazione dell'effettiva eleggibilità avviene attraverso un sistema di valutazione integrato medico ed infermieristico, o dal **Medico di Medicina Generale (il MMG può fare richiesta esclusivamente per la UDI territoriale)** se il paziente si trova al proprio domicilio e/o in assistenza domiciliare (assistenza programmata o integrata);
- c) L'accettazione dell'utente in UDI avviene a cura del coordinatore infermieristico/referente infermieristico dell'UDI (o suo delegato) e dell'infermiere, previa definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) in collaborazione con il medico di riferimento. Tale piano deve essere esplicitato nella lettera di dimissione del paziente (una copia al paziente ed una copia all'UDI) nella quale sono indicati i giorni di permanenza presso l'UDI.

7.6 CRITERIO DI ESCLUSIONE

- Valutazione clinica di instabilità/non dimissibilità del paziente dal setting di ricovero per acuti.

7.7 DURATA DELLA DEGENZA IN UDI

- **UDI Ospedaliera**



La permanenza massima è pari 4 giorni, nel caso in cui siano stati definiti tutti percorsi necessari per la dimissione e/o la continuità assistenza. Ciò al fine di ridurre al minimo il tempo di ricovero ospedaliero.

- **UDI Ospedaliera Covid**

La durata massima della degenza è prevista in gg 10.

- **UDI Territoriale**

La permanenza massima è di 20 giorni.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 9 di 21

Tali periodi sono da ritenersi normalmente congrui e sufficienti, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a consentire il rientro al proprio domicilio, o ad inserire l'utente in un percorso di assistenza domiciliare o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali/semiresidenziali.

Tuttavia, qualora il medico ne attesti le necessità cliniche, tale periodo può essere prolungato previa attestazione delle necessità.

7.8 LA DIMISSIONE DALL'UDI

La dimissione dall'UDI è concordata tra il coordinatore infermieristico/referente infermieristico e il Medico Ospedaliero del reparto di provenienza, previa consegna all'utente ricoverato di una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la permanenza in UDI.

7.9 I RACCORDI FUNZIONALI DELL'UDI



- Reparti ospedalieri (consulenze);
- Medici di medicina generale (lettera di dimissione, mail);
- Servizi di assistenza domiciliare (Unità di valutazione, PUA);
- Strutture residenziali (RSA, Hospice) e di riabilitazione (unità di valutazione, schede di presa in carico/criteri di eleggibilità);

7.10 DOCUMENTAZIONE SANITARIA E STRUMENTI DI VALUTAZIONE CLINICA

- Scheda Richiesta Accettazione Degenza Infermieristica;
- Scheda IDA-MEWS;
- Diario Infermieristico e Piano assistenziale individuale;
- Scheda Multidimensionale;
- Valutazione Cutanea /Braden;
- Protocolli operativi e Procedure specifiche;
- Scheda di dimissione infermieristica al momento dell'uscita del paziente dall'UDI.
- Scheda di presa in carico del paziente

7.11 ORARI ACCESSO

Vengono stabiliti dalla Direzione Medica Ospedaliera per l'UDI Ospedaliera e dal Direttore di Distretto per l'UDI Territoriale e dai rispettivi Coordinatori Infermieristici.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 10 di 21



8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ	Coord./Ref. Infermieristico	Personale Infermieristico e di supporto (Equipe Assistenziale)	Medico di Riferimento Ospedale	Medico Anestesista /Medico di Reparto più prossimo	Medico di Medicina Generale per le CdS	Medico di Continuità Assistenziale o Postazione PPI/PAT	Medico Specialista Ambulatoriale o Medico ADI	Centrale Operativa 118 (se necess. trasferimento)
Gestione risorse professionali assegnate	R	C	I	-	I	-	-	-
Applicazione procedure per la prevenzione del Rischio Clinico	R	C	I		I			-
UDI OSPEDALIERA Eleggibilità e accesso dei pazienti per l'ammissione	C	I	R	-	-	-+		-
UDI TERRITORIALE Eleggibilità e accesso dei pazienti per l'ammissione	C	I	-	-	R	R	R	-
UDI OSPEDALIERA E TERRITORIALE Applicazione piano assistenziale e gestione percorsi di continuità	R	C	I	-	I	-		-
UDI OSPEDALIERA Monitoraggio clinico, terapeutico e dimissioni del Paziente	C	I	R	-	-	-		-
UDI OSPEDALIERA Valut. instabilità Clinica del Paziente (Protocollo gestione delle emergenze ed urgenze)	C	C	I	R	-	-		-
UDI TERRITORIALE Monitoraggio clinico, terapeutico e dimissioni del paziente	C	I	-	-	R	-		-
UDI TERRITORIALE Valut. instabilità Clinica del Paziente	C	C	-	-	R	R		C


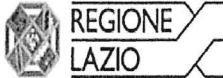
Legenda: R: Responsabile. C: Coinvolto. I: Informato.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA

- Gruppo di lavoro: linee di indirizzo regionali su "Unità di Degenza a gestione Infermieristica - Modello Organizzativo" (Determinazione Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Il settembre 2014, n. G12842)
- Decreto del Commissario ad Acta 12 novembre 2014, n. U00370 Linee d'indirizzo regionali su: "Unità di Degenza a Gestione Infermieristica - Modello organizzativo"

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI</p>	<p>Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022</p> <p>Pag. 11 di 21</p>

- M. Mongardi, E. Bassi, E. Di Ruscio (2015): “Ospedale per Intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti”. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione Emilia-Romagna.
- Doran DM (2013) Nursing Outcomes: gli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Edizione McGraw-Hill Education Italy.
- Società Scientifica Nazionale Infermieri specialisti per il Rischio Infettivo - ANIPIO
<http://www.rischioinfettivo.it/home>
- L'Infermiere, portale di aggiornamento professionale – FNOPI
<https://www.infermiereonline.org>

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 12 di 21

Allegato 1



Allegato n° 1

UDI Mod. 1

SCHEDA RICHIESTA ACCETTAZIONE IN DEGENZA INFERMIERISTICA



DATI ANAGRAFICI DEL /LA PAZIENTE
Cognome :
Nome:
Nato/a il:
Nazionalità:
Residenza:
Via:
Tel n°:

REPARTO DI DIMISSIONE	MOTIVO DELLA RICHIESTA DI ACCETTAZIONE IN DI
.....
Data di dimissione.....
DESTINAZIONE DEFINITIVA <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Casa di Riposo <input type="checkbox"/> Altro	TEMPO PREVISTO DI PERMANENZA


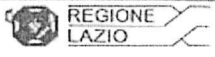
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	

Allegato 1



NOTIZIE PAZIENTE	DATA ULTIMO TAMPONE (ALLEGARE):																																																																																																
<hr/>																																																																																																	
STATO VACCINALE COVID: 1 DOSE <input type="checkbox"/> 2 DOSI <input type="checkbox"/> 3 DOSI <input type="checkbox"/>																																																																																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><u>ALLERGIE</u></td> <td style="width: 10%;">SI</td> <td style="width: 10%;">NO</td> </tr> <tr> <td><u>DIETA</u> _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>DIABETICO</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> Provvisto di presidi</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td><u>DECUBITI</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> Zone _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Grado _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>CATETERE VESCICALE</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> A permanenza</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> Ultima sostituzione _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Provvisto di presidi</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td><u>ACCESSO VENOSO</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> Periferico</td> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td> Centrale</td> <td>SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>STOMIA</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> Provvisto di presidi</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	<u>ALLERGIE</u>	SI	NO	<u>DIETA</u> _____			<u>DIABETICO</u>	SI	NO	Provvisto di presidi	SI	NO	<u>DECUBITI</u>	SI	NO	Zone _____			Grado _____			<u>CATETERE VESCICALE</u>	SI	NO	A permanenza	SI	NO	Ultima sostituzione _____			Provvisto di presidi	SI	NO	<u>ACCESSO VENOSO</u>	SI	NO	Periferico	SI		Centrale	SI		<u>STOMIA</u>	SI	NO	Provvisto di presidi	SI	NO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3"><u>PAZIENTE IN ATTESA DI:</u></td> </tr> <tr> <td><u>REFERTO DI</u> _____</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td><u>PROSECUZIONE TERAPIA</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td><u>MEDICAZIONI</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td><u>PRESIDI</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> richiesti il _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>VALUTAZIONE ADI</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> eseguita il _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> richiesta il _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>VALUTAZIONE ASS. SOCIALE</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> richiesta il _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> eseguirà il _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> motivo _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>CONSULENZA FKT</u></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td> richiesta il _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> prosecuzione</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> </table>	<u>PAZIENTE IN ATTESA DI:</u>			<u>REFERTO DI</u> _____	SI	NO	<u>PROSECUZIONE TERAPIA</u>	SI	NO	<u>MEDICAZIONI</u>	SI	NO	<u>PRESIDI</u>	SI	NO	richiesti il _____			<u>VALUTAZIONE ADI</u>	SI	NO	eseguita il _____			richiesta il _____			<u>VALUTAZIONE ASS. SOCIALE</u>	SI	NO	richiesta il _____			eseguirà il _____			motivo _____			<u>CONSULENZA FKT</u>	SI	NO	richiesta il _____			prosecuzione	SI	NO
<u>ALLERGIE</u>	SI	NO																																																																																															
<u>DIETA</u> _____																																																																																																	
<u>DIABETICO</u>	SI	NO																																																																																															
Provvisto di presidi	SI	NO																																																																																															
<u>DECUBITI</u>	SI	NO																																																																																															
Zone _____																																																																																																	
Grado _____																																																																																																	
<u>CATETERE VESCICALE</u>	SI	NO																																																																																															
A permanenza	SI	NO																																																																																															
Ultima sostituzione _____																																																																																																	
Provvisto di presidi	SI	NO																																																																																															
<u>ACCESSO VENOSO</u>	SI	NO																																																																																															
Periferico	SI																																																																																																
Centrale	SI																																																																																																
<u>STOMIA</u>	SI	NO																																																																																															
Provvisto di presidi	SI	NO																																																																																															
<u>PAZIENTE IN ATTESA DI:</u>																																																																																																	
<u>REFERTO DI</u> _____	SI	NO																																																																																															
<u>PROSECUZIONE TERAPIA</u>	SI	NO																																																																																															
<u>MEDICAZIONI</u>	SI	NO																																																																																															
<u>PRESIDI</u>	SI	NO																																																																																															
richiesti il _____																																																																																																	
<u>VALUTAZIONE ADI</u>	SI	NO																																																																																															
eseguita il _____																																																																																																	
richiesta il _____																																																																																																	
<u>VALUTAZIONE ASS. SOCIALE</u>	SI	NO																																																																																															
richiesta il _____																																																																																																	
eseguirà il _____																																																																																																	
motivo _____																																																																																																	
<u>CONSULENZA FKT</u>	SI	NO																																																																																															
richiesta il _____																																																																																																	
prosecuzione	SI	NO																																																																																															
<u>TERAPIA DA ESEGUIRE IN UDI:</u>																																																																																																	
VEDI LETTERA DIMISSIONE ALLEGATA <input type="checkbox"/>																																																																																																	
AGGIUNGERE SOLTANTO DURANTE LA PERMANENZA IN UDI: <input type="checkbox"/>																																																																																																	
<hr/>																																																																																																	
<hr/>																																																																																																	
Data _____	Timbro e Firma del Medico _____																																																																																																

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 14 di 21

Allegato 2



Cartella Infermieristica		MOD. 4080/2 lato A
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI Presidio _____	Cognome _____ Nome _____ Data nascita ____/____/____ M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	 REGIONE LAZIO UOC _____ N° cartella _____
	PRESA IN CARICO PAZIENTE (data ricovero ____/____/____)	
Persone Referenti: _____ tel. _____		
Provenienza: domicilio <input type="checkbox"/> acuzie <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> clinica priv <input type="checkbox"/> Lunga degenza <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
Allergie: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Specificare _____		
Stato di Coscienza: Vigile <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/>		
Stato Mentale: Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> Non collaborante <input type="checkbox"/> Agitato <input type="checkbox"/>		
Comprensione e ritenzione informazioni (ricordarle x utilizzarle): NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Capacità di riconosc.segni e sint.della patol.da riferire a person.sanit.per intervenire: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Capacità di gestire le prescrizioni cliniche (terapia - dieta -medicazioni): NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Autonom.attività vita quotid.: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Permanen. <input type="checkbox"/> Transit. <input type="checkbox"/>		
Protesi - Ausili: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si specificare _____		
Diabete: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
Dieta: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si specificare _____ peso ____altezza ____		
Alvo: Regolare <input type="checkbox"/> Diarroico <input type="checkbox"/> Stitico <input type="checkbox"/> Alternante <input type="checkbox"/> Stomia <input type="checkbox"/>		
Diuresi: Regolare <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>		
Stato cutaneo: Integro <input type="checkbox"/> Lesioni <input type="checkbox"/>		Indice di Braden all'ingresso <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Diagnosi infermieristica principale _____		
Diagnosi medica principale: _____		
*Contatto sociale: Valido <input type="checkbox"/> Limitato a famiglia <input type="checkbox"/> Isolato <input type="checkbox"/>		
*Alla dimissione il paziente andrà: Domicilio <input type="checkbox"/> UOD(degenza PTP) <input type="checkbox"/> Riabilitazione <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare _____ RSA <input type="checkbox"/> Hospice <input type="checkbox"/> Lungodegenza <input type="checkbox"/>		
*Se andrà a domicilio: Coniuge <input type="checkbox"/> Figli nn conviventi <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Altro familiare <input type="checkbox"/>		
*Forme assistenz.previste: ADI <input type="checkbox"/> Ambulator.inferm. <input type="checkbox"/> Riabilitazione <input type="checkbox"/> Ass.dom.sociale <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/>		
*Necessita di VMD di II° liv.: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se si: Urgente <input type="checkbox"/> Differibile <input type="checkbox"/>		
Data rilevazione ____/____/____		Firma Infermiere rilevatore _____

*Da compilare solo per Pazienti con età ≥ 75 anni


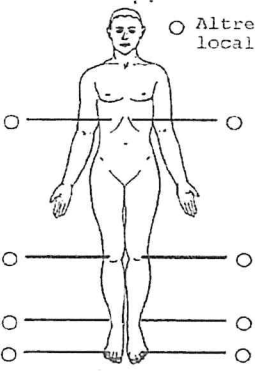
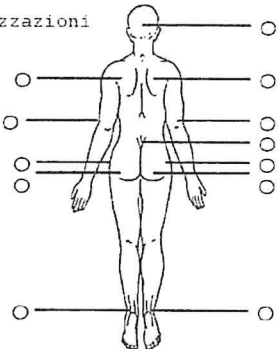
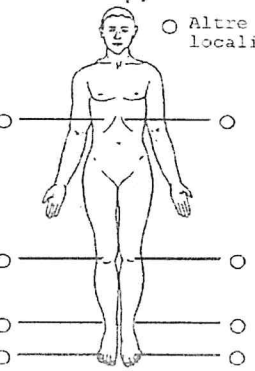
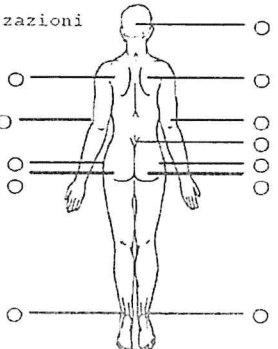
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 17 di 21



Allegato 4

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI	
	ALLEGATO I	
UO _____	Cognome _____	Nome _____
Data di nascita _____	N. Cartella Clinica _____	
SCHEDA PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DEL RISCHIO DI CADUTA (BARRARE LA CASELLA D'INTERESSE)		
<input type="checkbox"/>	Paziente con età >65 anni; in particolare se ricoverato per caduta o per qualunque altra causa e con storia positiva per caduta	Paziente ad alto rischio (rischio aggravato se il paziente è affetto o potenzialmente affetto da osteoporosi)
<input type="checkbox"/>	Paziente con età >85 anni ricoverato per qualunque causa anche se con storia negativa per caduta	
Deficit neuro-cognitivi, deficit visivi Verificare e descrivere la presenza di tremori, rigidità, stato convulsivo, deficit del coordinamento psico-motorio, parestesie degli arti inferiori, deficit visivi (ad eccezione delle forme comuni di ipermetropia senile)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Deficit dell'equilibrio, andatura incerta, alterazioni del tono muscolare ed eventuale paura di cadere Valutare e descrivere se la base di appoggio è larga, se vi è debolezza e se il paziente manifesta una insicurezza motoria di recente insorgenza		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Incontinenza urinaria Verificare e descrivere se presente nicturia, pollachiuria diurna o correlata con l'assunzione di farmaci		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Profilo emodinamico e cardiovascolare Verificare e descrivere il recente accadimento di sincope, lipotimie, stato confusionale da ipoperfusioni cerebrali transitorie e/o croniche da aterosclerosi, ipersensibilità del seno carotideo con precedenti di caduta		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Consumo di sostanze e/o terapie in corso Verificare e descrivere l'eventuale prescrizione e somministrazione di sedativi e depressori del SNC, farmaci per la gestione del dolore, farmaci vasoattivi e cardiovascolari, diuretici e lassativi, correttori del metabolismo glucidico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Valutazione complessiva (barrare la casella d'interesse)		
<input type="checkbox"/> Soggetto a basso rischio (nessun item positivo)		<input type="checkbox"/> Soggetto ad alto rischio (almeno un item significativamente positivo)
Data _____		Firma _____

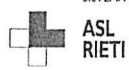

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p> <p>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
	<p>PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI</p>	

Allegato 5

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	<p>REGIONE LAZIO</p>	
	<p>Scheda di valutazione dello stato cutaneo</p>	
<p>U.O. _____</p>		
<p>Nome e Cognome _____ data di nascita _____</p>		
<p>OSSERVAZIONE DELLA CUTE</p>		
<p><input type="checkbox"/> Intgra <input type="checkbox"/> Non Intgra</p>		
<p>Annotare tutte le ulcere da pressione</p>		
<p><input type="radio"/> Altre localizzazioni</p>		
		<p>Data _____</p> <p>Firma dell'operatore _____</p>
<p>A = Eritema che non scompare alla digitepressione. B = Abrasione/vescicola C = Ulcera superficiale D = Ulcera profonda/necrosi</p>		
<p>OSSERVAZIONE DELLA CUTE</p>		
<p><input type="checkbox"/> Intgra <input type="checkbox"/> Non Intgra</p>		
<p>Annotare tutte le ulcere da pressione</p>		
<p><input type="radio"/> Altre localizzazioni</p>		
		<p>Data _____</p> <p>Firma dell'operatore _____</p>



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	

Allegato 5

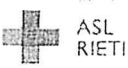

SISTEMA SANITARIO REGIONALE  ASL RIETI		MOD. 5042  REGIONE LAZIO	
Scala di Braden			
Nome e Cognome _____ data di nascita ____/____/____		n. cartella _____ Struttura _____	
valutazione n° ____	Data compilazione ____/____/____	punteggio	
Percezione sensoriale abilità nel rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione	Non limiti (risposta a stimoli verbali, nessun impedimento a rendere noto verbalmente uno stato di dolore o di scomodità)	4	
	leggermente limitata (risposta a stimoli verbali, ma non sempre riesce a rendere noto un eventuale stato di dolore o scomodità)	3	
	Molto limitata (risposta solo a stimoli dolorosi, incapacità di comunicare dolore o scomodità tranne con mugolii e lamenti o agitazione)	2	
	Assente (nessuna risposta, neppure a stimoli dolorosi)	1	
Umidità grado di esposizione della pelle all'umidità	Pelle asciutta (non viene rilevato quasi mai sudore, urina o altro)	4	
	Pelle occasionalmente bagnata	3	
	Pelle molto spesso bagnata	2	
	Pelle costantemente bagnata	1	
Attività grado di attività fisica	Cammina (cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni 2 ore)	4	
	Cammina occasionalmente (con aiuto è in grado di mettersi seduto sul bordo del letto e trascorrere parte della giornata sulla sedia)	3	
	Non cammina (non mantiene la posizione eretta e deve essere totalmente assistito nello spostamento sulla sedia)	2	
	Allettato	1	
Mobilità capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo	Limitazioni assenti (si sposta frequentemente senza assistenza)	4	
	Parzialmente limitata (cambia frequentemente posizione con minimi spostamenti del corpo)	3	
	Molto limitata (si muove occasionalmente ma incapace di fare frequenti o significativi movimenti del corpo senza aiuto)	2	
	Immobile (non può fare nessun movimento senza assistenza)	1	
Nutrizione assunzione usuale di cibo	Eccellente (mangia la maggior parte di ogni pasto e non necessita di supplementi)	4	
	Buona (occasionalmente rifiuta un pasto o si alimenta artificialmente assumendo l'quantitativo nutrizionale necessario)	3	
	Molto limitata (non mangia quasi mai un pasto completo)	2	
	Assente (non mangia mai un pasto completo)	1	
Frizionamento e scivolamento	Problema assente (si muove indipendentemente, ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi durante il movimento)	3	
	Problema potenziale (si muove debolmente durante lo spostamento la cute fa attrito con il piano di appoggio, occasionalmente può scivolare)	2	
	Problema presente (necessita di assistenza per muoversi, frequentemente scivola nel letto e deve essere riposizionato. Costante attrito con il piano del letto o della poltrona)	1	
		TOTALE	
		livello di rischio	> 16 nessun rischio 16 basso rischio 13-15 medio rischio 9-12 alto rischio < 9 altissimo rischio
Firma infermiere _____			



OLTRE COOP SOC

Allegato 5 – pag. 2 di 2

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 20 di 21

Allegato 6

	U.O.C.	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> SCHEDA INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE </div>		
Alla Cortese attenzione della Struttura/Reparto di		
COGNOME NOME Nato/a il		
DIAGNOSI INFERMIERISTICA		
ALLERGIE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON NOTE <input type="checkbox"/> SI QUALI:		
Familiare di riferimento/Caregiver : Tel.:		
PARAMETRI: FC: PA: SpO2: TC: Dolore: Sede:		
STATO COGNITIVO - NEUROLOGICO: <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> SOPOROSO <input type="checkbox"/> VIGILE <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> AGITATO		
Note:		
MOVIMENTAZIONE: SEDIA A ROTELLE <input type="checkbox"/> BARELLA <input type="checkbox"/> A PIEDI <input type="checkbox"/>		
MOBILIZZAZIONE: AUTONOMO <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTONOMO <input type="checkbox"/> TOTALMENTE DIPENDENTE <input type="checkbox"/>		
RESPIRAZIONE: <input type="checkbox"/> EUPNOICA <input type="checkbox"/> O2Tp con:		
<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMIA Data posizionamento..... Data sostituzione		
SECREZIONI: <input type="checkbox"/> Scarse <input type="checkbox"/> Abbondanti <input type="checkbox"/> Fluide <input type="checkbox"/> Dense		
TOSSE: <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Efficace <input type="checkbox"/> Inefficace/scadente		
COMUNICAZIONE: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Disfasico <input type="checkbox"/> Afasico <input type="checkbox"/> Non valutabile <input type="checkbox"/> Altro		
VISTA: <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con correzione <input type="checkbox"/> Cecità <input type="checkbox"/> Non valutabile <input type="checkbox"/> Altro		
UDITO: <input type="checkbox"/> Normoacusia <input type="checkbox"/> Ipoacusia <input type="checkbox"/> Sordità <input type="checkbox"/> Protesi <input type="checkbox"/> Non valutabile		
ALIMENTAZIONE: Per OS: <input type="checkbox"/> Dieta liquida <input type="checkbox"/> Dieta semiliquida <input type="checkbox"/> Dieta solida Parenterale: Tipo ml/h Enterale: Tipo ml/h <input type="checkbox"/> SNG Data posizionamento Data sostituzione <input type="checkbox"/> PEG Data posizionamento Data sostituzione.....		

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PROCEDURA PER LA GESTIONE E IL FUNZIONAMENTO DELLE UNITÀ DI DEGENZA INFERMIERISTICA (UDI) DELLA ASL DI RIETI	Cod. P/110/04/2022 Rev. 00 del 02/03/2022 Pag. 21 di 21

Allegato 6

PRESENZA DI PROTESI:

DIFFICOLTA' A MASTICARE:

ELIMINAZIONE:

URINARIA: Continente Incontinente Altro

Tipo CH Data posizionamento..... Data sostituzione.....

INTESTINALE: Continente Incontinente Stipsi Alvo regolare Diarrea

Stomia

Data ultima evacuazione

Stimolazione con: Lassativo Clistere Esplorazione manuale Altro

IGIENE PERSONALE: Grado di autonomia:

Indipendente Totalmente dipendente Parzialmente dipendente

LESIONI CUTANEE: NO SI Sede

Grado:

Ultima medicazione eseguita il

Tipo di medicazione:

Note

NECESSITA DI MATERASSINO ANTIDECUBITO: SI NO

DRENAGGI: NO SI

SEDE..... posizionato/sostituito il:

In aspirazione In semi-aspirazione A caduta

ACCESSI VENOSI: CVP Data posizionamento Data sostituzione.....

PICC Data posizionamento Data sostituzione.....

MIDLINE Data posizionamento Data sostituzione.....

CVC Data posizionamento Data sostituzione.....

TERAPIE CONTINUATIVE EV: NO SI

DOLORE VALUTAZIONE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sede.....

Data.....

Infermiere Coordinatore.....