

<p>Struttura Organizzativa Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite</p>	<p>Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”</p>	<p>Cod. O.05.02.UGCA Rev. 01 del 30.10.2008</p>
--	--	--

INDICE

1. Scopo

2. Applicabilità

3. Riferimenti

- 3.1 Documenti richiamati
- 3.2 Abbreviazioni utilizzate

4. Oggetto

- 4.1 Prenotazione
- 4.2 Congruità richiesta e gestione registro prenotazioni
- 4.3 Criteri di priorità
- 4.4 Accoglienza
- 4.5 Gestione Ricovero
- 4.6 Dimissione

ALLEGATI

- 1- Scheda prenotazione ricovero MAC /05 UGCA
- 2- Modello registro ricoveri effettuati MAC/31 UGCA

Fasi	Funzioni	Firma	Data
Redazione	Responsabile S.O.	Federico Posteraro	16.09.2008
Verifica	Amministratore Delegato	Giorgio Mariani	02.10.2008
Approvazione	Direttore Sanitario	Roberto Baldini	30.10.2008

Struttura Organizzativa Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite	Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”	Cod. O.05.02.UGCA Rev. 01 del 30.10.2008
---	---	---

1. Scopo

Lo scopo del presente documento è quello di definire le modalità di ricovero ordinario

2. Applicabilità

La presente Istruzione Operativa si applica alla SO di UGCA

3. Riferimenti

3.1 Documenti richiamati

- (a) PG Modalità di gestione del ricovero ordinario e day hospital cod.1.05.AA
- (b) PG Modalità di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti attività sanitaria cod.1.28.AA

3.2 Abbreviazioni utilizzate

- RSO=Responsabile Struttura Organizzativa
- SO= Struttura Organizzativa
- MR= Medico di Reparto
- IC= Infermiere Coordinatore
- UGCA= Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite
- I Infermiere

4. Oggetto

4.1.Prenotazione

All'UGCA accedono pazienti con Gravi Cerebrolesioni Acquisite afferenti da Unità di Terapia Intensiva, Unità di NeuroRianimazione, Unità di Neurochirurgia, Unità per acuti di altre strutture sanitarie. L'accesso al ricovero avviene previa richiesta del medico di reparto di provenienza che riporta :

1. i dati del paziente (nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza e recapiti telefonici),
2. i dati clinico-anamnestici (data e circostanza dell'evento, iter diagnostico terapeutico),
3. le condizioni cliniche del momento (funzioni di coscienza e GCS, funzioni respiratorie e vie d'accesso tracheali, funzioni cardio-circolatorie e vie d'accesso vascolari, funzioni renali e presenza di catetere vescicale, modalità di alimentazione e vie d'accesso enterali, complicanze infettive ed antibioticoterapia, ulcere da decubito).

I dati anagrafici e clinici riassuntivi del paziente vengono poi trascritti dal caposala su apposito registro di lista d'attesa (MAC/05 UGCA)

<p>Struttura Organizzativa Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite</p>	<p>Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”</p>	<p>Cod. O.05.02.UGCA Rev. 01 del 30.10.2008</p>
--	--	--

4.2 Accoglienza

l'ì accoglie il paziente e consegna il foglio di accoglienza, il MR effettua la prima visita e compila la cartella clinica.

4.3.Criteri di Ricovero

Il ricovero dei pazienti é responsabilità del RSO ed avviene sulla base di un punteggio che tiene conto:

età del paziente:		
100 punti	età tra 10 e 40 anni	
120 punti	età tra 40 e 60 anni	
140 punti	età > 60 anni	
cause di malattia:		
10 punti	cause traumatiche	
30 punti	cause di altra natura	
degenze precedenti		
	1 punto per ogni giornata di degenza	
giudizio clinico	30 punti	

Ad ogni disponibilità di posto letto,viene ammesso il paziente con il punteggio inferiore, indipendentemente dal criterio temporale di prenotazione.

Il RSO è tenuto a comunicare i criteri di priorità al Direttore Sanitario e ad inserire gli stessi nella prima pagina del registro di lista di attesa : MAC/05 UGCA

4.4.Modalità di stesura del programma terapeutico-riabilitativo

Il programma di recupero del paziente con grave cerebrolesione acquisita è impostato alla prosecuzione delle terapie intensive per preservare la vita del paziente, alla individuazione dei fattori che ostacolano i processi di risveglio, alla programmazione di strategie riabilitative personalizzate.

Il programma assistenziale e terapeutico riabilitativo è organizzato sotto la responsabilità del RSO a seguito di valutazioni collegiali multidisciplinari periodiche, a cadenza settimanale, con discussione clinica ed approccio multidisciplinare che tenga conto del nursing, del care-giver, delle problematiche internistiche, delle complicanze, degli aspetti motori, cognitivi e psicologici.

Il RSO, con il coinvolgimento di tutti gli operatori, è responsabile della gestione del programma e ne controlla l'attuazione.

La dimissione viene disposta dal RSO con la collaborazione del medico di reparto, nei modi definiti dalla PG Cod. 1.28.AA

Struttura Organizzativa Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite	Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”	Cod. O.05.02.UGCA Rev. 01 del 30.10.2008
---	---	---

Alla dimissione del paziente il caposala aggiorna il registro dei ricoveri effettuati MAC/31UGCA.

APPROPRIATEZZA DEL RICOVERO

La necessità di valutare l'appropriatezza del ricovero in struttura riabilitativa nasce dal fatto che tale prestazione costituisce un importante capitolo del percorso assistenziale del paziente a cui sempre più frequentemente si ricorre e per questo si possono generare non solo lunghe liste di attesa, ma anche inapproprietezze gestionali che sono responsabili di aumenti non giustificati della spesa sanitaria.

Per i motivi sopra detti il responsabile della struttura organizzativa ha il compito e la responsabilità di impostare l'attività clinica nel rispetto delle linee guida validate dalle Società Scientifiche a livello Ministeriale e Regionale.

E' inoltre responsabilità di tutti gli operatori seguire durante lo svolgimento dell'assistenza i protocolli assistenziali diagnostici terapeutici adottati e validati dal responsabile della struttura organizzativa. L'appropriatezza dei ricoveri deve trovare riscontro negli indirizzi di programmazione aziendale e regionale che sono stabiliti dal documento di contrattazione del budget.

Dall'analisi dei dati di attività della struttura il responsabile della struttura organizzativa è tenuto ad individuare le criticità, che devono essere discusse con la direzione sanitaria al fine di definire l'impostazione e l'attuazione di opportune azioni correttive