
	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Continuità Assistenziale – cod. SR35/51 PROCEDURA PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	

SOMMARIO

1.	PREMESSA.....	1
2.	FINALITA'.....	1
3.	FASI E PROCESSI DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE.....	2
4.	GESTIONE DELLA CARTELLA SOCIO SANITARIA E RISPETTO DELLA PRIVACY.....	4
5.	MATRICE DELLE RESPONSABILITA' E RESPONSABILITA' DEL LAVORATORE.....	4
6.	MODALITA' DI DISTRIBUZIONE.....	5
9.	ALLEGATI.....	5

Revisione numero	Data emissione od ultima modifica	Emessa da (Servizio Infermieristico)	Approvata da (Direzione o Delegato)
00	Aprile 2023	RGA <i>Gabriel Moldovan</i>	Responsabile Appalto Vives <i>Michela Carlet</i> Direttore area cure sanitarie e socioassistenziali ASP <i>Patrizia Vicenzotto</i> Responsabile Qualità ASP <i>Gabriella De Luca</i> Direttore Generale ASP <i>Valentina Battiston</i>

1. PREMESSA



La continuità delle cure è un importante processo che richiede il coinvolgimento del personale medico, infermieristico ed assistenziale.

La seguente procedura, destinata al personale socio-sanitario del Consorzio Vives, si applica nella gestione dei processi di presa in carico dei residenti (con particolare attenzione alle fasi di ingresso, di trasferimento interno di nucleo, in caso di invio programmato e/o d'urgenza ai servizi sanitari, in caso di riammissioni post ricovero ospedaliero) e delle loro famiglie (con riferimento alle modalità di comunicazione in caso di ricovero ospedaliero, aggravamento e decesso) attraverso la progettazione multidisciplinare presso l'A.S.P. VIRGINIA FABBRI TALIENTO.

2. FINALITA'

La seguente procedura ha lo scopo di:

- Garantire un corretto processo di continuità delle cure
- Fornire gli strumenti per la corretta gestione dei percorsi clinico-assistenziali
- Fornire un'evidenza documentale sanitaria ed assistenziale
- Definire i livelli di responsabilità

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Continuità Assistenziale – cod. SR35/51 PROCEDURA PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	

3. FASI E PROCESSI DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

L'attività di presa in carico dell'utente (nuovo ingresso, riammissione, dimissione) nei servizi residenziali e semiresidenziali richiede particolare attenzione nelle fasi sottoindicate.

a) Ingresso

- Consultazione lista d'attesa da parte dell'Assistente Sociale della Struttura
- Prima valutazione da parte dell'Assistente Sociale della Struttura in collaborazione con il Coordinatore dei Servizi RGA del corredo documentale fornito dal Distretto di Competenza, risultante dalle specifiche valutazioni (Valutazione sanitaria del MMG, relazione sociale dell'Assistente Sociale SSC, profilo di Bisogno risultante dall'applicazione dello strumento di valutazione regionale Valgraf, Verbale di UVD)
- Presentazione del caso all'equipe multidisciplinare
- Contatto e primo colloquio con Assistente Sociale per la presentazione dei servizi e gli aspetti amministrativi, concorda data dell'ingresso
- Ingresso dell'ospite accoglienza da parte del Referente Assistenziale e/o Referente Fisioterapico e/o Servizio Psicologico
- Colloquio con caregiver per la raccolta dati e perfezionamento della spiegazione dei servizi con il Coordinatore dei Servizi o Referente Infermieristico
- Predisposizione cartella sanitaria informatizzata a cura del Referente Infermieristico o del Coordinatore dei Servizi
- Raccordo con MMG per consulenza per le aree criticità con MMG ed eventuale rivalutazione terapeutica
- Valutazione di tutte le aree di competenza (sanitaria, assistenziale, riabilitativa, psicologica) da parte dei rispettivi professionisti (IP, FKT, ED, Psicologa) attraverso le schede di valutazione presenti nel sistema informatizzato ed archiviate nella cartella informatizzata
- Impostazione delle Attività programmate di registrazione e monitoraggio per le diverse funzioni necessarie
- Valutazione della corretta registrazione di tutte le attività impostate e dei rispettivi monitoraggi

b) Accesso ai servizi sanitari per visite specialistiche o ricoveri programmati e d'urgenza:



L'accesso ai servizi sanitari richiede la trasmissione delle informazioni cliniche più rilevanti dell'ospite (al personale del 118, medico di guardia o altre strutture) in caso di visite specialistiche, ricovero programmato o d'urgenza.

L'infermiere, in caso di accesso programmato, si occupa delle seguenti attività organizzative:

- prenotazione visita specialistica prescritta da MMG
- valutazione del mezzo di trasporto più adatto e prenotazione mezzo
- compilazione agenda informatizzata per la comunicazione interna di programmazione della visita che consente ai servizi correlati interni di predisporre l'organizzazione dell'uscita (utilizzo mezzi ASP da parte del Servizio Cortesia; individuazione dell'OSS accompagnatore da parte del Servizio Assistenziale)
- comunicazione al caregiver in merito alle prescrizioni, prenotazioni delle visite e all'organizzazione dei trasporti

L'infermiere, in tutte le tipologie di accesso ai servizi sanitari, si occupa della predisposizione del fascicolo sanitario di invio con la seguente documentazione:

- Fotocopia del foglio della terapia (INSOFT) contenente diagnosi mediche e dati clinici rilevanti, eventuali allergie e/o intolleranze, tipo di dieta, terapia fissa in atto e la terapia condizionata, nominativo del medico curante
- Fotocopia della scheda anagrafica (INSOFT). Questo documento è composto da informazioni riguardanti i dati anagrafici, nominativi con rispettivi recapiti telefonici dell'amministratore di sostegno o persone di riferimento
- Fotocopia della tessera sanitaria con le rispettive esenzioni assegnate all'ospite (cartella clinica)
- Fotocopia degli ultimi esami ematici eseguiti (cartella clinica)

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Continuità Assistenziale – cod. SR35/51 PROCEDURA PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	

- Fotocopia degli ultimi ricoveri ospedalieri
- Fotocopia della scheda invio in PS compilata (All. 3)

Gestione della comunicazione con i familiari

L'Infermiere, una volta completato l'iter di primo intervento ed effettuato l'invio, immediatamente informa telefonicamente il caregiver in merito all'avvenuto invio e allo stato generale di salute dell'anziano.

Nell'arco delle 24 ore, l'Infermiere, ottenute informazioni di aggiornamento dal PS o dal Reparto (per avvenuto ricovero) o al rientro da PS, fornisce gli aggiornamenti telefonici al familiare.

Al momento del rientro dalla visita medica specialistica/rientro ospedaliero, l'infermiere prende visione della documentazione sanitaria, informa il MMG mettendo in visione la refertazione, fornisce gli aggiornamenti telefonici al familiare.

Tutte le attività di comunicazione tra servizi sanitari, servizi residenziali/semiresidenziali e caregiver sono riportati sul Diario Multiprofessionale informatizzato.

c) Trasferimenti interni programmati

Il trasferimento interno programmato di nucleo è un'attività interna al servizio residenziale che richiede l'attenta valutazione di diversi aspetti e fasi del processo, quali:

- valutazione clinica medica
- valutazione multiprofessionale, aggiornamento PAI
- valutazione nucleo di ricevimento e individuazione della camera
- presentazione al team socioassistenziale
- condivisione con familiare



Anche nel caso di trasferimento interno la **comunicazione con il familiare** è un momento delicato, soprattutto in caso di aggravamento dello stato di salute, ed è curato dal Coordinatore in collaborazione con l'Infermiere, lo psicologo e con le figure professionali che compongono l'equipe multidisciplinare, opportunamente convocate secondo le specificità del caso. Le comunicazioni con i familiari vengono annotate nel Diario informatizzato multiprofessionale dell'ospite.

d) Dimissioni programmate dal servizio residenziale/semiresidenziale verso altre strutture residenziali/ospedaliere e verso domicilio

Per garantire un ottimale processo di continuità delle cure è essenziale che al momento della dimissione di un'ospite dalla struttura residenziale/semiresidenziale vengano trasmesse in modo chiaro, riassuntivo, ordinato ed integrato tutte le informazioni cliniche rilevanti, riguardanti il periodo compreso tra ingresso e dimissione.

Al momento della programmazione della dimissione di un'ospite è compito e responsabilità dell'infermiere la compilazione dell'apposita "scheda di dimissione infermieristica" (All. 1). Questa deve essere compilata in tutte le sue parti e consiste in una valutazione e descrizione riassuntiva delle seguenti aree (con indicazioni infermieristiche dove ritenuto necessario):

- Nome e cognome dell'ospite, data di nascita, d'ingresso e dimissione
- Alimentazione
- Dieta
- Eliminazione urinaria
- Eliminazione fecale
- Ritmo sonno-veglia
- Orientamento spazio-temporale
- Igiene personale
- Vita di relazione
- Presenza di lesioni da decubito (se presenti, descrizione della sede, stadio, data di insorgenza e trattamento)
- Note (per altre informazioni ritenute rilevanti per la continuità delle cure)
- Data e firma dell'infermiere compilatore

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Continuità Assistenziale – cod. SR35/51 PROCEDURA PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	

Il fascicolo di dimissione deve essere consegnato all'ospite, o all'amministratore di sostegno o alla persona di riferimento al momento della dimissione dalla struttura/servizio semiresidenziale ed integrato con le seguenti documentazioni:

- Scheda fisioterapica (All. 2) eventualmente integrata da relazione fisioterapica con storico ed eventuali indicazioni fisioterapiche
- Eventuali impegnative per visite o esami già programmati
- Farmaci personali
- Documentazioni personali consegnate in struttura al momento dell'ingresso in struttura
- Relazione psicologica per le situazioni che lo richiedono

La dimissione con **rientro a domicilio** richiede la predisposizione della medesima documentazione e necessita di un momento di confronto con il caregiver per fornire allo stesso le spiegazioni utili alla corretta gestione dell'anziano presso la propria abitazione. La **comunicazione con il familiare** e/o l'anziano in dimissione verso il domicilio è una fase delicata curata dal Coordinatore in collaborazione con l'Assistente Sociale, lo psicologo e con le figure professionali che compongono l'equipe multidisciplinare, opportunamente convocate secondo le specificità del caso.

e) Dimissioni per decesso

In caso di decesso di un ospite in struttura residenziale/servizio semiresidenziale, l'infermiere svolge le seguenti attività:

- Segnalazione al MMG o medico di continuità assistenziale (GM) redazione documentazione Istat
- Comunicazione ai familiari ed eventuale loro accoglienza
- Preparazione della salma con rimozione dei dispositivi sanitari
- Attivazione del medico necroscopo per la constatazione del decesso
- Supervisione del personale assistenziale nella ricomposizione della salma
- Trasferimento in cella mortuaria
- Predisposizione dell'abbigliamento
- Accoglienza del servizio pompe funebri attivato dal familiare e consegna della documentazione
- Invio comunicazione di decesso alla Direzione ASP e allo staff amministrativo
- Predisposizione del fascicolo sanitario e archiviazione del fascicolo informatizzato per dimissioni per decesso

Il decesso è un momento particolarmente complesso per il caregiver, le comunicazioni richiedono diverse fasi di accompagnamento del familiare, non solo al momento della comunicazione dell'exitus e dell'accoglienza in struttura, ma anche nelle giornate a seguire. Pertanto, viene curato dall'intera équipe multidisciplinare del servizio (Coordinatore, Infermiere, Psicologo, Assistente Sociale), anche individualmente, secondo le specificità del caso.



4. GESTIONE DELLA CARTELLA SOCIOSANITARIA DELL'ANZIANO E RISPETTO DELLA PRIVACY

La Cartella sociosanitaria dell'anziano è conservata con le seguenti modalità:

- formato cartaceo per quanto attiene la refertazione delle indagini cliniche e visite specialistiche, dopo la presa visione del MMG. Ad esclusivo utilizzo delle professioni sanitarie.
- formato informatizzato per quanto attiene la scheda terapia, scheda anagrafica, monitoraggio di tutte le attività sociosanitarie programmate, valutazione multidimensionale e PAI. Consultabili su sistema informatizzato limitatamente alle specifiche autorizzazioni professionali (credenziali personali con limitazione di consultazione. Es.: OSS accesso, consultazione e registrazione limitate all'area socioassistenziale)

Le cartelle sociosanitarie sono posizionate all'interno degli armadi presenti nell'ambulatorio al piano Terra e suddivise in ordine alfabetico.

L'infermiere è il responsabile della gestione dei dati sensibili di ogni singolo ospite. L'ambulatorio medico del piano Terra, contenente tutta la documentazione ed informazioni personali degli ospiti, deve essere chiuso a chiave ogni qualvolta che è lasciato incustodito. Al momento dell'invio dell'ospite in ospedale/struttura residenziale/domicilio, l'infermiere prepara e consegna la documentazione in busta chiusa.

	Residenza per Anziani di Terzo Livello e Servizio Semiresidenziale per Anziani – cod. A5UD514	
	Continuità Assistenziale – cod. SR35/51 PROCEDURA PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' E RESPONSABILITA' DEI LAVORATORI

FASE	IP	OSS	CG	MMG	FKT	S. PSICO.	COORD	S. SOCIALE
Consultazione lista attesa e colloqui introduttivi	I		I	I	I	I	I	R
Valut. Clinica	C	I	I	R	I	I	C	I
Revisione Valutazione multidimensionale e PAI	R	R	I	I	R	R	R	C
Predisposizione documentazione sanitaria	R		I	I	R	R	R	I
Predisposizione e organizzazione trasferimenti	R	I	I	I	I	I	C	I
Comunicazione al caregiver	R	I	I	I	I	C	R	C

Legenda 1: IP = Infermiere; OSS = operatore sociosanitario; CG = Care Giver/Familiare; MMG = Medico Medicina Generale; FKT = Servizio Fisioterapico; S. PSICO. = Servizio Psicologico; COORD = Coordinatore dei Servizi; S. SOCIALE = Assistente Sociale ASP

Legenda 2: R = Responsabile; C = Collabora; I = Informato

È fatto obbligo, a qualsiasi destinatario della presente procedura, di attenersi scrupolosamente a quanto indicato, consultando eventualmente il Coordinatore dei Servizi, qualora le indicazioni di sicurezza non possano essere applicate per problemi particolari.

Il lavoratore che non rispetti le procedure di sicurezza può essere oggetto di azione disciplinare.

L'azienda si riserva la facoltà di attuare tutte le misure necessarie al fine di evitare il ripetersi di azioni pericolose da parte dei lavoratori, qualora si verificassero.


6 MODALITÀ' DI DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La presente procedura viene distribuita a tutto il personale in servizio presso la Residenza per anziani di Terzo livello e presso il Servizio Semiresidenziale, attraverso il sistema informatizzato INSOFT, che garantisce le seguenti attività:

- caricamento di procedure e di allegati (formato PDF)
- accesso individuale tracciato (utilizzo di credenziali personali)
- verifica da parte del Coordinatore dell'effettiva presa visione del documento

7 ALLEGATI

- ALL. 1: Scheda Dimissione Infermieristica
- ALL. 2: Scheda Dimissione Fisioterapica
- ALL. 3 Scheda Invio In PS
- ALL. 4 Agenda Chiamate dei Familiari
- ALL: 5 Relazione del Servizio Psicologico

	<h2>Scheda di dimissione infermieristica</h2>	<p>ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento" Via Cervel 68 33084 Cordenons PN 0434930440 Protocollo@aspcordenonese.191.it</p>
---	---	---

Ospite: _____ Sesso: _____
 Data e luogo di nascita: _____
 Comune di residenza: _____
 Struttura: **ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"**
 Data di ingresso in struttura: _____ Letto: -
 Provenienza: _____
 Compilatore: _____
 Indirizzo: _____
 Data compilazione: _____ Firma: _____

Parametri *Osservazioni* *P*

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE:

-	<input type="radio"/> Autonomo <input type="radio"/> Lieve dipendente <input type="radio"/> Grave dipendente <input type="radio"/> Non autosufficiente	
Modello comportamentale :	<input type="radio"/> Lucido <input type="radio"/> Orientato <input type="radio"/> Disorientato	
Respirazione:	<input type="radio"/> Eupnoico <input type="radio"/> In O2 terapia <input type="radio"/> Altro	
Alimentazione/Idratazione :	<input type="radio"/> Autonomia <input type="radio"/> Gravemente dipendente <input type="radio"/> Totalmente dipendente	
Disfagia:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se si, per Solidi <input type="radio"/> Liquidi	
Eliminazione intestinale:	<input type="radio"/> Non problemi <input type="radio"/> Incontinenza	
Eliminazione urinaria:	<input type="radio"/> Non problemi <input type="radio"/> Incontinenza	
Prescrizione presidi di assorbenza :	<input type="radio"/> Per incontinenza fecale <input type="radio"/> Per incontinenza urinari	
Catetere vescicale;	-	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____ Tipo catetere vescicale _____ Data ultimo cambio _____
Regime Dietetico :	-	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Nutrizione enterale	Tipo alimentazione	_____



Scheda di dimissione infermieristica

ASP Cordenonese "Virginia Fabbri
Taliento"
Via Cervel 68
33084 Cordenons PN
0434930440
Protocollo@aspcordenonese.191.it

	Quantità die	_____
Modalità di somministrazione	<input type="radio"/> SNG <input type="radio"/> PEG <input type="radio"/> CVC	
Data ultima medicazione	-	_____
Igiene personale:	<input type="radio"/> Autonomia <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Dipendente	
Data di trasferimento		____ / ____ / ____
Igiene personale:	<input type="radio"/> Autonomia <input type="radio"/> Parzialmente autonomo <input type="radio"/> Dipendente	
-	Peso corporeo:	_____
Obiettivo :	<input type="radio"/> Stabile <input type="radio"/> Aumento <input type="radio"/> Riduzione	
Lesioni cutanee:	-	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
	Sede lesione	_____
	Stadio	_____
	Note	_____
Tipo medicazione		_____
Data ultima medicazione		____ / ____ / ____
Ferite chirurgiche	-	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
	sede	_____
Punteggio scala di Norton alla dimissione		_____
Terapia del dolore:	-	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> _____
Scala numerica di valutazione del dolore NRS	0	<input type="checkbox"/> _____
	1	<input type="checkbox"/> _____
	2	<input type="checkbox"/> _____
	3	<input type="checkbox"/> _____
	4	<input type="checkbox"/> _____
	5	<input type="checkbox"/> _____
	6	<input type="checkbox"/> _____
	7	<input type="checkbox"/> _____
	8	<input type="checkbox"/> _____
	9	<input type="checkbox"/> _____
	10	<input type="checkbox"/> _____



Scheda di dimissione infermieristica

ASP Cordenonese "Virginia Fabbri
Taliato"
Via Cervel 68
33084 Cordenons PN
0434930440
Protocollo@aspcordenonese.191.it

Dolo Plus

Cure palliative : -

si no

Il paziente e a conoscenza della
propria patologia? -

si no

Note infermieristiche conclusive

Data di trasferimento

__ / __ / _____



Scheda di dimissione fisioterapica

**ASP Cordenonese "Virginia Fabbri
Taliento"**
Via Cervel 68
33084 Cordenons PN
0434930440
Protocollo@aspcordenonese.191.it

Ospite: _____ Sesso: _____
Data e luogo di nascita: _____
Comune di residenza: _____
Struttura: **ASP Cordenonese "Virginia Fabbri Taliento"**
Data di ingresso in struttura: _____ Letto: -
Provenienza: _____
Compilatore: _____
Indirizzo: _____
Data compilazione: _____ Firma: _____

Parametri

Osservazioni

DIAGNOSI:

VALUTAZIONE FISIOTERAPICA:

OBIETTIVI:

EVENTUALE PIANO DI TRATTAMENTO IN
AUTONOMIA O CON UN CAREGIVER FIN
QUANDO LE CONDIZIONI RIMANGONO
INVARIATE (se il paziente non viene
rivalutato da un altro fisioterapista):

AUSILI:

ALTRO:



ASP CORDENONESE "Virginia Fabbri Taliento"	DATA _____
<h2 style="margin: 0;">SCHEDA INFERMIERISTICA</h2> <h3 style="margin: 0;">DI INVIO IN PRONTO SOCCORSO</h3>	
OSPITE (cognome e nome)	
PARAMETRI VITALI:	
P.A. (pressione arteriosa) =	
F.C. (frequenza cardiaca) =	
SpO2 (saturazione ossigeno) =	
T.C. (temperatura corporea) =	
F.R. (frequenza respiratoria) =	
Dtx (Glicemia) =	
PROBLEMA/INTERVENTI INFERMIERISTICI:	
<p>Si allega la scheda anagrafica e la scheda terapia.</p> <p style="text-align: center;">INFERMIERE:</p>	



VALUTAZIONE COGNITIVA

OSPITE: COGNOME NOME

DATA DI NASCITA: _____ (__ anni)

DATA DELLA PROVA: _____

STRUMENTO: Montreal Cognitive Assessment Battery (MoCA, di Nasreddine Z., 2006)

PUNTEGGIO DELLA PROVA: __/30 corretto per età e scolarità – PRESENTE/NON PRESENTE DECADIMENTO COGNITIVO [INDICARE IL GRADO DI COMPROMISSIONE: LIEVE-MODERATO-GRAVE]

	<i>Punteggi:</i>
Orientamento Tempo-Spazio	__/6
Capacità visuospatiali/esecutive	__/5
Capacità linguistiche:	
Denominazione	__/3
Ripetizione	__/2
Fluenza verbale	__/1
Capacità di memoria a lungo termine	__/5
Capacità attentive	__/6
Capacità di astrazione	__/2
TOTALE	__/30
TOTALE CORRETTO PER ETÀ E SCOLARITÀ	__/30

OSSERVAZIONI:

Firma