



PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL NUOVO ACCOGLIMENTO IN CASA DI RIPOSO

Rev. N.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione
0	15.05.2023	Dott.ssa Katjuscia Esposito	Dott. Antonio Cianchelli	Determinazione del Direttore generale n. 145 del 22.06.2023



INDICE

1. SCOPO.....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. DESTINATARI	3
4. L'ACCOGLIENZA E LA PRESA IN CARICO	3
4.1. Servizio infermieristico	4
4.2. Servizio fisioterapico	6
4.3. Servizio medico.....	6
4.4. Servizio assistenziale.....	7
5. RESPONSABILITA'	8



1. SCOPO

Lo scopo del presente protocollo è quello di migliorare il percorso di inserimento del nuovo utente presso le unità operative dell'Azienda pubblica di servizi alla persona San Luigi Scrosoppi della Carnia e di uniformare i comportamenti professionali degli operatori.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo si applica a tutte le persone che vengono accolte presso le unità operative dell'Azienda pubblica di servizi alla persona San Luigi Scrosoppi della Carnia.

3. DESTINATARI

Questo protocollo è rivolto a tutti i professionisti sanitari e agli operatori sociosanitari che prendono parte al processo di accoglimento.

4. L'ACCOGLIENZA E LA PRESA IN CARICO

L'accoglienza è una delle funzioni degli operatori sanitari e sociosanitari, ed è un'attività necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra la persona assistita e colui che assiste, all'interno di una relazione di aiuto. Costituisce un processo di conoscenza reciproca in cui, da un lato la persona prende visione del nuovo ambiente in cui viene inserita (struttura, persone, attività, ecc.), dall'altro gli operatori devono conoscere la persona sotto una molteplicità di punti di vista (problemi sanitari, psicologici, abitudini, legami familiari e sociali). Accogliere un paziente significa ascoltare e comprendere le aspettative e i bisogni della persona e dei suoi familiari.

La presa in carico delinea, in particolare in riferimento alle persone fragili, l'impegno a definire e a garantire una presa in carico globale fondata su un processo individuale di valutazione dei bisogni.



In seguito alla valutazione dei bisogni dell'utente, il Direttore dell'Area delle cure sanitarie e sociosanitarie definisce il nucleo e la stanza di degenza da assegnare alla persona. Se la persona proviene dal domicilio, sarà accompagnata presso la camera di degenza assegnata dagli operatori sanitari del nucleo assistenziale. Se invece la persona proviene dall'ospedale o dalla Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), sarà accompagnata presso la camera di degenza dal personale incaricato al trasporto.

Il giorno dell'ingresso viene consegnata all'Ospite e/o ai familiari la Carta dei Servizi.

Gli operatori in servizio si presentano all'Ospite nel corso della giornata.

In caso di esigenze organizzative o aggravamento della persona, il Direttore dell'Area delle cure sanitarie e sociosanitarie valuta la possibilità di trasferimento da una camera all'altra, o da un nucleo operativo ad un altro, all'interno della stessa struttura. Individuata la nuova stanza di degenza, il Direttore dell'Area delle cure sanitarie e sociosanitarie informa i famigliari di riferimento comunicando le motivazioni e avvisa la persona prima di effettuare il trasferimento, al fine di garantire il maggior confort possibile. In caso di trasferimento in altro nucleo, l'infermiere consegna tutta la documentazione clinica della persona all'infermiere del nucleo di destinazione.

4.1. Servizio infermieristico

L'infermiere effettua l'accertamento infermieristico nel rispetto della riservatezza, attraverso l'intervista all'utente; se questi non è in grado di comprendere e di comunicare verbalmente (es. gravi disturbi cognitivi, afasia) si acquisiscono le informazioni dai familiari se presenti, e dalla documentazione sanitaria. Gli strumenti da utilizzare sono le schede presenti nella cartella informatizzata del sistema gestionale in-soft: *Scheda Unica, Mini Nutritional, Conley, Dolo-Plus II, Mini Mental, Norton.*



La **Scheda Unica** raccoglie informazioni di carattere generale quali ad esempio le capacità rispetto alle attività di base della vita quotidiana, la presenza di eventuali allergie/intolleranze alimentari, il tipo di dieta, la presenza di protesi, abitudini alimentari e di vita, le capacità deambulatorie, la presenza di eventuali ausili. Tale scheda va interamente compilata dall'infermiere per renderla visibile e fruibile agli operatori del nucleo sul programma *oss-cart* (in tablet), e rimarrà operativa fino all'esecuzione del primo PAI dell'ospite.

Terminato l'accertamento, l'infermiere riporta nel diario infermieristico le informazioni raccolte, i parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, temperatura corporea) e carica nelle prescrizioni della cartella informatizzata dell'utente accolto i "servizi alla persona" specifici:

- peso: va inserito per tutti gli ospiti accolti, con cadenza mensile (1M), la data da inserire è il primo giorno del mese in corso indipendentemente dalla data dell'ingresso in modo che il servizio compaia poi il primo di ogni mese;
- glicemia: l'ospite diabetico insulino-dipendente effettua il controllo tutti i giorni (1G) prima dei tre pasti principali (08:00-12:00-18:00), l'ospite che assume l'ipoglicemizzante orale effettua il controllo una volta a settimana (1S) la domenica alle ore 08:00, in questo caso la data da inserire è la prima domenica della settimana in cui la persona è accolta;
- pressione arteriosa: va inserita per gli ospiti in trattamento antipertensivo, la frequenza delle misurazioni va concordata con il medico di struttura;
- posture: in presenza di lesioni da decubito o rischio elevato di insorgenza va inserito il cambio postura quotidiano (1G) nella fascia oraria notturna (23:00-02:00-05:00);
- sostituzione catetere vescicale: in presenza di ospite con catetere vescicale a permanenza, va inserita la data dell'ultima sostituzione con cadenza mensile (1M);



- diuresi: va inserita per gli utenti con catetere vescicale a permanenza, con cadenza quotidiana (1G), orario 23:00.

Tutta la documentazione sanitaria consegnata all'ingresso va scannerizzata e allegata al fascicolo sanitario.

L'infermiere verifica infine la presenza di eventuali appuntamenti per visite specialistiche e, in caso affermativo, riporta nella lavagna del nucleo gli stessi e informa l'infermiere di ambulatorio per l'inserimento in agenda e l'organizzazione del trasporto.

4.2. Servizio fisioterapico

Il fisioterapista:

- effettua la raccolta dei dati anamnestici prossimi e remoti pervenuti in cartella;
- prende visione della valutazione effettuata dall'unità di valutazione distrettuale (UVD);
- intervistano la persona e/o i suoi familiari;
- effettua la valutazione fisioterapica iniziale, la riportano nel diario fisioterapico e compila la *schede Tinetti*;
- definiscono e informano la persona gli obiettivi e il piano di trattamento personalizzato e informa la persona e/o il familiare
- forniscono indicazioni scritte agli altri operatori sulle modalità di gestione dei trasferimenti, degli ausili per gli assistiti con limitazioni di carico o con altre complessità cliniche.

4.3. Servizio medico

Al momento dell'ingresso nella residenza per anziani di un nuovo ospite, ovvero entro e non oltre le 48 ore dall'accoglimento, il medico di struttura approfondisce la sua storia



clinica, effettua la prima visita medica, valuta la terapia in corso e compila la scheda terapia informatizzata, riporta nel diario clinico della cartella clinica informatizzata le informazioni raccolte e la valutazione effettuata. Se lo ritiene opportuno, prescrive esami ematici di routine, l'esecuzione di esami strumentali e visite specialistiche.

Se lo ritiene opportuno, in questa prima fase il medico effettua il primo colloquio conoscitivo con i familiari dell'ospite; il primo colloquio con le famiglie rappresenta un momento cruciale e di primaria importanza per un duplice motivo: da un lato permette al medico di recepire un maggior numero di informazioni di carattere sanitario e avere un'anamnesi completa e dettagliata dell'ospite, dall'altro pone le basi per la costruzione di una relazione positiva e basata sulla fiducia reciproca.

4.4. Servizio assistenziale

L'operatore socio sanitario accoglie e accompagna la persona nella camera di degenza e nel posto letto assegnati, illustra l'ubicazione dei servizi igienici e degli armadi, spiega la modalità di funzionamento del campanello.

Fornisce alla persona e/o al familiare informazioni relative al nucleo in cui si trova, all'ubicazione degli spazi, quali ad esempio la sala da pranzo, la palestra, agli orari dei pasti, compresa la colazione e la merenda.

Rileva il peso nel giorno dell'ingresso e registra il valore nella cartella assistenziale informatizzata mediante lo strumento *oss-cart*.

Riporta nel diario assistenziale tutti i dati raccolti garantendo il corretto passaggio delle informazioni con il gruppo di lavoro.



5. RESPONSABILITA'

L'impegno di ciascuno nell'applicare il presente protocollo contribuisce a migliorare l'assistenza nelle fasi più significative del percorso di inserimento in casa di riposo. Le attività sono di seguito distribuite:

- **medico:** presa in carico, raccolta dati anamnestici, colloquio con la famiglia;
- **direttore dell'area delle cure sanitarie e sociosanitarie:** coordina l'intero processo della fase di accoglimento;
- **infermiere:** presa in carico infermieristica, definizione dei bisogni infermieristici, attuazione di un progetto personalizzato;
- **fisioterapista:** presa in carico fisioterapica, definizione dei bisogni di mobilità, attuazione di un progetto personalizzato;
- **operatore socio sanitario:** presa in carico socio assistenziale, familiarizzazione con l'ambiente, definizione dei bisogni di assistenza primaria.