

	GESTIONE SERVIZIO TRASPORTO DA E VERSO LA STRUTTURA	RS 02	
		Data: 1.12.2024 Rev. 1	Pag. 1 di 7

Numerazione
ANZ.RSA.RS02

LISTA DI DISTRIBUZIONE

N°	FUNZIONE	NOME	FIRMA
1	Direttore Generale	D.ssa Chiara Bucalossi	
2	Coordinatore infermieristico	D.ssa Angelica Lionetti	
6	Uff. Socio – residenziale	Sara Puccinelli	

1	1.12.2023	Revisione		
0	14.03.2022	1 ^a Emissione		
Rev	Data	Causale	Revisione e Verifica	Approvazione
			RGQ	Direttore Generale

 <p>Centro Residenziale Matteo Remaggi AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA</p>	GESTIONE SERVIZIO TRASPORTO DA E VERSO LA STRUTTURA	RS 02	
		Data: 1.12.2024 Rev. 1	Pag. 2 di 7

INDICE

- **Scopo / obiettivi**

- **Ambito di applicazione**

- **Matrice delle Responsabilità**

- **Valori attesi**

- **Modalità operative**
 - **Da struttura a pronto soccorso in caso di emergenza sanitaria**
 - **Da struttura ad ambulatorio/reparto specialistico per visite specialistiche**
 - **Trasferimento da struttura a domicilio/altra struttura**

- **Monitoraggio**

- **Allegati**

	GESTIONE SERVIZIO TRASPORTO DA E VERSO LA STRUTTURA	RS 02	
		Data: 1.12.2024 Rev. 1	Pag. 3 di 7

SCOPO/OBIETTIVI

Garantire un'assistenza adeguata all'ospite in caso di trasporto da e verso la struttura, nelle varie modalità:

- da struttura a pronto soccorso in caso di emergenza sanitaria;
- da struttura ad ambulatorio/reparto specialistico per visite specialistiche;
- trasferimento da struttura a domicilio/altra struttura.

Garantire, come da regolamento aziendale, accompagnamento degli ospiti alle visite, se non accompagnati da familiari, con l'aiuto del servizio di volontariato, servizio civile, servizio di animazione, oss.

AMBITI DI APPLICAZIONE

Dal personale infermieristico per tutti gli ospiti della struttura

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Gestione trasporti da e verso la struttura	INFERMIERE	MMG	COORDINATORE INFERMIERISTICO	DIRETTORE	COORDINATORE SOCIALE
Richiesta impegnativa trasposto al mmg	R	R	S	I	/
Prenotazione trasporto tramite esculapio	R	I	S	I	/
Inserimento specifiche visita specialistica nella cartella utente web-sezione visite specialistiche-	R	I	S	I	I
Inserimento specifiche visita specialistica nel calendario condiviso google	R	/	S	I	I
Accompagnamento ospiti a visite specialistiche	I	/	I	I	R

	GESTIONE SERVIZIO TRASPORTO DA E VERSO LA STRUTTURA	RS 02	
		Data: 1.12.2024 Rev. 1	Pag. 4 di 7

LEGENDA MATRICE DELLE RESPONSABILITA':

I = informato R= responsabile S= supervisione e coordinamento

VALORI ATTESI

L'infermiere in turno richiederà l'impegnativa del trasporto al momento della prescrizione della visita specialistica al mmg.

Nessuna visita specialistica sarà sprovvista di impegnativa trasporto.

Successivamente l'infermiere in turno prenoterà il trasporto con le modalità sotto elencate.

Nessuna prestazione non verrà effettuata per mancanza di prenotazione trasporto.

Se il trasporto non è immediatamente prenotabile dato il largo anticipo o la mancanza dell'impegnativa di trasporto, l'infermiera invierà al gruppo infermieri della cartella web una segnalazione promemoria prenotazione trasporto con data pubblicazione programmata entro 3 giorni prima della visita.

DESCRIZIONE MODALITÀ OPERATIVE

L'infermiere in turno richiederà l'impegnativa del trasporto al momento della prescrizione della visita specialistica al mmg.

Ottenuta l'impegnativa l'infermiere in turno prenoterà il trasporto con le modalità sotto elencate.

L'effettuato trasporto dovrà essere riportato nella cartella web 4.0, nella sezione dell'ospite "visite specialistiche".

Tre giorni prima dell'evento il sistema della cartella web invierà un alert nel caso il trasporto non risultasse prenotato.

MODALITA' DI GESTIONE TRASPORTI

- **Da struttura a pronto soccorso in caso di emergenza sanitaria**

Il personale infermieristico, valutata la necessità di chiamata al 118 per trasferire l'ospite dalla struttura al pronto soccorso, per la repentina urgenza legata allo stato di salute dell'ospite, effettua la chiamata al 118.

Nel turno notturno, e quindi essendo assente l'infermiere, il personale di supporto socio sanitario chiama il 118 in caso di emergenza sanitaria.

All'arrivo dell'ambulanza in struttura, l'ospite verrà inviato in pronto soccorso.

- **Da struttura ad ambulatorio/reparto specialistico per visite specialistiche**

Dal momento in cui l'infermiere si è occupato di prenotare visita specialistica straordinaria o di controllo all'ospite deve occuparsi dell'invio dell'ospite a visita.

	GESTIONE SERVIZIO TRASPORTO DA E VERSO LA STRUTTURA	RS 02	
		Data: 1.12.2024 Rev. 1	Pag. 5 di 7

Il medico di medicina generale dell'ospite richiede trasporto per visita su impegnativa, indicando il mezzo e la modalità richiesta secondo lo stato di salute dell'ospite.

L'infermiere ha cura di compilare in tutti i suoi campi *l'allegato A*, ed inviarlo per fax-mail alla centrale operativa di Livorno.

A seguito dell'invio arriva per mail ricevuta di avvenuta richiesta del trasporto per tale data e tale ora.

Nella data ed ora richieste ed indicate, arriverà in struttura il mezzo appropriato alle esigenze ed allo stato di salute dell'ospite (ambulanza/mezzo attrezzato) ed accompagnerà l'ospite a visita specialistica.

L'infermiere avrà cura di consegnare tutta la documentazione necessaria agli accompagnatori, e relativa impegnativa di trasporto all'associazione che ha erogato il servizio.

La mese di ottobre 2023 la struttura metterà a disposizione volontari per l'accompagnamento degli ospiti a visite specialistiche.

Al termine della visita, il mezzo riaccompagnerà l'ospite in struttura.

In caso di visita specialistica non erogata dal sistema sanitario nazionale, il trasporto è a pagamento ed a carico dell'ospite.

Sarà cura dell'infermiere informare il familiare dell'ospite/ amministratore di sostegno, il quale provvederà in autonomia a scegliere l'associazione che effettuerà il trasporto e a riferire tutti i dati alla struttura.

- **Trasferimento da struttura a domicilio/altra struttura**

In caso di trasferimento presso struttura accreditata sanitaria, o domicilio, l'infermiere prenoterà il trasporto con le stesse modalità elencate al *paragrafo 1.2*.

In caso di trasferimento presso struttura privata, o altra RSA, il trasporto è a pagamento ed a carico dell'ospite.

Sarà cura dell'infermiere informare il familiare dell'ospite/ amministratore di sostegno, il quale provvederà in autonomia a scegliere l'associazione che effettuerà il trasporto e a riferire tutti i dati alla struttura.

MONITORAGGIO

- Numero prestazioni sanitarie richieste dal medico/ numero trasporti richiesti alla centrale = 90%
- Numero prestazioni sanitarie prenotate/ numero comunicazioni data prenotazione comunicata al familiare o ads =100%

	GESTIONE SERVIZIO TRASPORTO DA E VERSO LA STRUTTURA	RS 02	
		Data: 1.12.2024 Rev. 1	Pag. 6 di 7

- Numero ospiti accompagnati dai familiari alle prestazioni specialistiche nel mese indice/
numero ospiti che nel mese indice hanno eseguito una prestazione specialistica
- Numero di ospiti usciti per visite specialistiche accompagnati/ numero di ospiti usciti per
visite specialistiche

ALLEGATO A



MODELLO UNICO RICHIESTA
TRASPORTI ORDINARI A CARICO S.S.R.

<p>RICHIEDENTE (Reparto):</p> <p>_____</p> <p><small>ATTENZIONE : La richiesta deve pervenire nei giorni precedenti al servizio ; per richieste formulate nella stessa giornata, entro le ore 09.00 per fascia mattina od entro le ore 11.00 per la fascia pomeridiana</small></p>	<p>PRESIDIO OSPEDALIERO:</p> <p>_____</p> <p>CENTRO DI COSTO _____</p>
---	---

<p>Dati Paziente</p> <p>Cognome: _____</p> <p>Nome: _____</p> <p>Domicilio sanitario (se residente FUORI REGIONE TOSCANA inviare documento via fax)</p> <p>Comune: _____</p> <p>Indirizzo: _____</p> <p>ASL appartenenza : _____</p> <p>Codice Fiscale: _____</p> <p>N° Libretto Sanitario : _____</p> <p>Tipo Ricovero</p> <p><input type="checkbox"/> Day hospital</p> <p><input type="checkbox"/> Ordinario</p> <p>Destinazione</p> <p><input type="checkbox"/> Abitazione o domicilio sanitario</p> <p><input type="checkbox"/> Altra Struttura _____</p> <p>Dati Trasporto</p> <p>- Peso _____ - Seduto [SI] / [NO]</p> <p>- Piano _____ - Telo [SI] / [NO]</p> <p>- Cucchiaino [SI] / [NO] - Ascensore [SI] / [NO]</p> <p>Timbro e firma (medico - caposala - infermiere)</p> <p>_____</p> <p>Data Effettuazione Servizio</p> <p>_____ / _____ / 20_____</p>	<p>Tipologie trasporti a carico S.S.R.</p> <p><input type="checkbox"/> 1) Dimissione da struttura pubblica o privata convenzionata per <u>decisione sanitaria</u> verso il <u>domicilio sanitario</u> con :</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza (Paziente Barellato)</p> <p><input type="checkbox"/> Mezzo attrezzato con elevatore (Soggetto in Carrozzina portatore di inabilità temporanea o permanente)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria mattina (10:00-12:00)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria pomeriggio (14:00-16:00)</p> <p><input type="checkbox"/> 2) Dimissione da struttura pubblica o privata convenzionata per <u>decisione sanitaria</u> verso <u>domicilio all'interno dell'ASL di residenza del paziente (NO ASL 5)</u> con :</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza (Paziente Barellato)</p> <p><input type="checkbox"/> Mezzo attrezzato con elevatore (Soggetto in Carrozzina portatore di inabilità temporanea o permanente)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria mattina (10:00-12:00)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria pomeriggio (14:00-16:00)</p> <p><input type="checkbox"/> 3) Trasferimento da struttura pubblica verso altra struttura pubblica o privata convenzionata per <u>decisione sanitaria</u> da effettuare con:</p> <p><input type="checkbox"/> Auto</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmino</p> <p><input type="checkbox"/> Mezzo attrezzato con elevatore</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza Ordinaria (Paziente Barellato)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria mattina (10:00-12:00)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria pomeriggio (14:00-16:00)</p> <p><input type="checkbox"/> 4) Trasferimento da struttura pubblica verso altra struttura pubblica o privata convenzionata <u>fuori territorio ASL 5</u> (nell'ambito della Regione Toscana) per <u>decisione sanitaria</u> da effettuare con:</p> <p><input type="checkbox"/> Auto</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmino</p> <p><input type="checkbox"/> Mezzo attrezzato con elevatore</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza Ordinaria (Paziente Barellato)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria mattina (10:00-12:00)</p> <p><input type="checkbox"/> Fascia oraria pomeriggio (14:00-16:00)</p> <p><input type="checkbox"/> 5) Prestazioni sanitarie in A/R da struttura pubblica presso altra struttura pubblica o privata convenzionata per <u>decisione sanitaria</u> con ritorno presso la struttura richiedente da effettuare con:</p> <p><input type="checkbox"/> Auto</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmino</p> <p><input type="checkbox"/> Mezzo attrezzato con elevatore</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulanza Ordinaria (Paziente Barellato)</p> <p>● Orario appuntamento _____</p> <p>● Durata prevista _____</p> <p>● Prestazione _____</p>
---	---

ATTENZIONE : I CAMPI DEVONO ESSERE INTEGRALMENTE E CORRETTAMENTE COMPILATI, ALTRIMENTI LA RICHIESTA NON SARA' VALIDATA