

	Tipo di documento: <b>Procedura di Sistema</b>	<b>Cod. Doc</b>	<b>PRDEG00</b>
	Titolo del Documento: <b>Prestazioni in regime di degenza</b>	<b>Rev</b>	<b>09</b>
		<b>Emesso il</b>	<b>08/05/2025</b>

**PROCEDURA DI SISTEMA**  
**PRESTAZIONI IN REGIME DI DEGENZA**

	Tipo di documento: <b>Procedura di Sistema</b>	<b>Cod. Doc</b>	<b>PRDEG00</b>
	Titolo del Documento: <b>Prestazioni in regime di degenza</b>	<b>Rev</b>	<b>09</b>
		<b>Emesso il</b>	<b>08/05/2025</b>

## INDICE

<b>1. SCOPO</b>	<b>3</b>
<b>2. CAMPO DI APPLICAZIONE</b>	<b>3</b>
<b>3. LISTA DI DISTRIBUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>4. MODALITA' DI RICOVERO</b>	<b>3</b>
<b>5. RICHIESTA DI RICOVERO E PRENOTAZIONE</b>	<b>3</b>
<b>6. ACCETTAZIONE</b>	<b>4</b>
<b>7. INGRESSO IN REPARTO</b>	<b>4</b>
<b>8. ASSISTENZA INFERMIERISTICA</b>	<b>4</b>
<b>9. DEGENZA</b>	<b>5</b>
<b>9.1 PROTOCOLLI TERAPEUTICI E PRONTUARIO FARMACEUTICO</b>	<b>5</b>
<b>9.2 ESECUZIONE ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALL'INTERNO DELLA CASA CURA</b>	<b>5</b>
<b>9.3 ESECUZIONE ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALL'ESTERNO</b>	<b>6</b>
<b>9.4 GESTIONE DELLE URGENZE</b>	<b>6</b>
<b>9.5 PROPRIETÀ DEL PAZIENTE</b>	<b>6</b>
<b>10. DIMISSIONE</b>	<b>6</b>

	Tipo di documento: <b>Procedura di Sistema</b>	<b>Cod. Doc</b>	<b>PRDEG00</b>
	Titolo del Documento: <b>Prestazioni in regime di degenza</b>	<b>Rev</b>	<b>09</b>
		<b>Emesso il</b>	<b>08/05/2025</b>

## 1. SCOPO

Scopo della presente procedura di sistema è quello di definire il percorso del Paziente dalla prenotazione del ricovero alla dimissione.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura di sistema si applica alle attività svolte durante le fasi di prenotazione, accettazione, degenza e dimissione del Paziente.

## 3. LISTA DI DISTRIBUZIONE

Tutti gli operatori della Casa di Cura.

## 4. MODALITA' DI RICOVERO


**L'Unità Funzionale di Riabilitazione e Recupero Funzionale** accoglie in degenza ordinaria (a carico del SSN) in prevalenza Pazienti trasferiti direttamente da Strutture Ospedaliere pubbliche e private ma anche Pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale tramite impegnativa e modello E.

**L'Unità Funzionale di Medicina Generale**, opera in regime privato, pertanto il ricovero può essere richiesto direttamente dal Paziente e dai Suoi familiari.

## 5. RICHIESTA DI RICOVERO E PRENOTAZIONE

Le richieste di ricovero sono ricevute dal Medico che provvede a:

- Stabilire l'effettiva necessità ed appropriatezza del ricovero sulla base della proposta ricevuta;
- Far inserire dall'accettazione la prenotazione sulla lista informatizzata (HTSANG) compilando tutti i campi previsti;
- Informare il richiedente sulla documentazione sanitaria ed amministrativa da presentare all'atto dell'accettazione;
- Stabilire la data di ricovero sulla base della lista di attesa che segue un ordine cronologico delle prenotazioni e la programmazione delle dimissioni.

	Tipo di documento: <b>Procedura di Sistema</b>	<b>Cod. Doc</b>	<b>PRDEG00</b>
	Titolo del Documento: <b>Prestazioni in regime di degenza</b>	<b>Rev</b>	<b>09</b>
		<b>Emesso il</b>	<b>08/05/2025</b>

## 6. ACCETTAZIONE

All'arrivo del Paziente l'addetto all'accettazione provvede ad inserire tutti i dati su piattaforma informatizzata, ad avvisare il Medico di turno e far accompagnare il Paziente al reparto di competenza.


## 7. INGRESSO IN REPARTO

Il Medico al quale deve presentarsi il Paziente convocato per il ricovero, provvede a :

- Controllare la documentazione amministrativa e sanitaria presentata;
- Far firmare i consensi informati necessari: Privacy, Dossier sanitario, consensi sanitari;
- Avviare il ricovero sulla cartella clinica informatizzata, registrando la scheda di accettazione sanitaria,
- Ricevere dal Paziente tutti i dati utili (es. anamnesi familiare, patologica prossima e remota)
- Effettuare l'esame obiettivo e le prime valutazioni (es. rischio tromboembolico, rilevazione del dolore);
- Elaborare il percorso diagnostico/terapeutico, informando il Paziente e facendo firmare i relativi consensi;
- Prescrivere la terapia;
- Valutare i bisogni immediati del Paziente (es. prescrivendo il posizionamento del materasso antidecubito e qualora il Paziente non fosse autonomo provvedere a richiedere il sistema anticaduta al fine di proteggerlo da cadute accidentali).

## 8. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Il personale infermieristico accoglie il Paziente, individuandolo mediante braccialetto identificativo; compila la scheda di valutazione infermieristica, rileva i parametri vitali e li registra sul diario infermieristico, effettuata le prime valutazioni (rischio caduta e scala di Conley), esegue ECG, posiziona spondine anticaduta e materasso antidecubito ove prescritto , somministra la terapia farmacologica secondo quanto disposto dal Medico.

	Tipo di documento: <b>Procedura di Sistema</b>	<b>Cod. Doc</b>	<b>PRDEG00</b>
	Titolo del Documento: <b>Prestazioni in regime di degenza</b>	<b>Rev</b>	<b>09</b>
		<b>Emesso il</b>	<b>08/05/2025</b>

Per la descrizione puntuale dell'attività infermieristica si rinvia al *PTINF* - "Protocollo Assistenza Infermieristica".

## 9. DEGENZA

Il Paziente durante la degenza effettua tutte le attività previste, a seconda dell'Unità Funzionale nella quale è ricoverato. E' assistito dai Medici di Reparto, i quali puntualmente descrivono sul diario clinico il decorso e annotano le attività diagnostiche e terapeutiche effettuate; validano giornalmente la terapia e, ove necessario, la modificano.

Il personale infermieristico aggiorna quotidianamente il diario infermieristico, provvede a somministrare la terapia prescritta ed esegue tutte le attività di nursing necessarie al paziente.

### 9.1 PROTOCOLLI TERAPEUTICI E PRONTUARIO FARMACEUTICO


Ai fini del corretto inquadramento diagnostico/terapeutico del paziente i Medici applicano i protocolli vigenti in Struttura; essi sono sottoposti ad approvazione, verifica ed aggiornamento da parte del Comitato dei Medici.

Il prontuario farmaceutico, invece, è formalizzato nel documento *DRGIF00* "Prontuario farmaceutico", che deve essere a disposizione di ogni Medico in servizio e del personale infermieristico; le prescrizioni terapeutiche di tutti i Medici dovranno fare riferimento esclusivamente al prontuario farmaceutico della Casa di Cura.

### 9.2 ESECUZIONE ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALL'INTERNO DELLA CASA CURA

Le richieste di esami e di accertamenti, completi di quesito diagnostico, vengono effettuate dai Medici su piattaforma informatizzata direttamente ai responsabili dei servizi specialistici.

Per le analisi cliniche, i prelievi sono effettuati dal personale infermieristico, che provvederà a recapitare i campioni e le singole richieste di esami al Laboratorio Analisi; sulle singole provette viene riportato il nome e cognome del paziente, la data di nascita, il numero di cartella clinica, la data di effettuazione del prelievo e l'indicazione dell'esecutore. Per la descrizione puntuale dell'attività del Laboratorio analisi si rinvia al *PTANL* "Protocollo di Laboratorio Analisi". Tutti i referti sono ricevuti, analizzati e validati dai Medici ed inseriti in cartella clinica.

	Tipo di documento: <b>Procedura di Sistema</b>	<b>Cod. Doc</b>	<b>PRDEG00</b>
	Titolo del Documento: <b>Prestazioni in regime di degenza</b>	<b>Rev</b>	<b>09</b>
		<b>Emesso il</b>	<b>08/05/2025</b>

### 9.3 ESECUZIONE ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALL'ESTERNO

Per l'esecuzione di esami ed accertamenti effettuati all'esterno della Casa di Cura, in virtù di apposite convenzioni, la richiesta completa di quesito diagnostico e di una sintesi del quadro clinico del Paziente viene trascritta dal Medico sul documento informatizzato; la/il Capo Sala, quindi, provvede a fissare l'appuntamento e predispone il relativo servizio di accompagnamento.

### 9.4. GESTIONE DELLE URGENZE

L'istruzione di lavoro *ILGEM* - "Gestione delle emergenze" riporta le emergenze cliniche che possono determinarsi nel corso del periodo di degenza ed illustra le responsabilità e le attività da svolgere per ciascuno dei ruoli interessati.

I carrelli di emergenza sono equipaggiati secondo quanto disposto dalla Direzione Sanitaria; è compito del/della Capo Sala provvedere alle verifiche necessarie secondo quanto riportato nella istruzione di lavoro.

### 9.5 PROPRIETÀ DEL PAZIENTE

La proprietà del Paziente, che può concorrere alla realizzazione ed erogazione del servizio, è costituita da eventuale documentazione sanitaria utile ai fini dell'inquadramento diagnostico/terapeutico (referti, esiti di esami, prescrizioni terapeutiche, etc...). Quando il Medico di reparto lo ritenga utile potrà fotocopiare la documentazione ed inserirla nella cartella clinica del Paziente, restituendo allo stesso l'originale.

## 10. DIMISSIONE

La dimissione viene comunicata con sufficiente anticipo; per i Pazienti per i quali si rende necessario il trasferimento presso RSA la procedura viene attivata direttamente dai Medici della Casa di Cura. La Relazione di dimissione, redatta dal Medico di Reparto, viene consegnata al Paziente; essa contiene la descrizione sommaria del decorso clinico, l'indicazione del percorso diagnostico e terapeutico eseguito, la diagnosi di dimissione, la terapia domiciliare, le istruzioni di follow-up.

Il Direttore Sanitario

Il Legale Rappresentante

