



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via Renato Paolini, 47 – 65124 Pescara (PE)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA**

ANNO: 2026

N. 983

Data 26/06/2026

OGGETTO: APPROVAZIONE DOCUMENTO AZIENDALE DENOMINATO “MODELLO ORGANIZZATIVO PROCEDURA OPERATIVA – CARTA DEI SERVIZI OSPEDALI DI COMUNITA’ ASL PESCARA”.

IL DIRETTORE GENERALE

OGGETTO: APPROVAZIONE DOCUMENTO AZIENDALE DENOMINATO “MODELLO ORGANIZZATIVO PROCEDURA OPERATIVA – CARTA DEI SERVIZI OSPEDALI DI COMUNITA’ ASL PESCARA”.

Preso atto della relazione del Direttore Sanitario Aziendale, che si condivide in fatto e in diritto, e che viene riportata di seguito in forma integrale;

PREMESSO CHE:

La Commissione Europea, il Parlamento Europeo e i leader dell’Unione Europea (UE) hanno varato un piano a sostegno dei paesi membri dell’Unione Europea per riparare i danni economici e sociali causati dalla Pandemia di COVID-19 e rilanciare l’economia dell’UE.

Il Piano, noto come “*Next Generation EU (NGEU)*”, ha stanziato 750 miliardi di euro e assegna all’Italia un totale di 191,5 miliardi di euro.

Il Governo italiano, a seguito del “Programma UE”, ha approvato il “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*”; tale piano si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da Componenti (in totale 16), a loro volta articolate in investimenti con il corrispettivo importo assegnato.

Il PNRR rappresenta quindi il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l’Italia prevede di attuare entro il 2026.

All’interno della Missione 6 “Salute” Componente 1 (M6C1) “*Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*”, sono state individuate 3 linee di investimento da attuare entro la metà del 2026.

La Linea di investimento 1.3: “*Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*”, mira al potenziamento dell’offerta dell’assistenza intermedia a livello territoriale attraverso l’attivazione dell’Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L’Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l’ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

CONSIDERATO CHE:

L’Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR) ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio degli Ospedali di Comunità pubblici o privati, in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e a quanto previsto dal D.M. 70 del 2 aprile 2015.

A supporto ed attuazione delle funzioni degli Ospedali di Comunità sono stati emanati decreti nazionali come il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022 n.77, che individua l'Ospedale di Comunità come una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale dell'autonomia e più prossimi al domicilio;

CONSIDERATO ED EVIDENZIATO ULTERIORMENTE CHE:

Il DM 70/2015, definisce l'OdC come “(...) *una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico- organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche*”.

L'Intesa del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) di definizione sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, nel sottolineare nuovamente il ruolo dell'Ospedale di Comunità, lo definisce come “*una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio*”.

VISTI:

- **Il Regolamento (UE) 2021/241** – Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio che istituisce il Recovery and Resilience Facility (RRF), alla base delle risorse finanziarie Next Generation EU che finanziano la rete di assistenza territoriale inclusi gli Ospedali di Comunità.
- **Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** – Missione 6 “Health” (Next Generation EU framework);
- **Il D.M. 70 del 2 aprile 2015** “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, che all'allegato 1, punto 10.1 delinea le principali caratteristiche degli Ospedali di Comunità, le definisce strutture destinate alla presa in carico di pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio e di sorveglianza infermieristica continuativa;
- **il DPCM 12 gennaio 2017** “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

RICHIAMATI I SEGUENTI DOCUMENTI REGIONALI ED AZIENDALI:

- **La DGR n. 263 del 24 maggio 2022** ad oggetto “PNRR Missione 6 Salute: Presa d’atto ed approvazione del Piano Operativo Regionale, dello schema di Contratto Istituzionale Di Sviluppo (C.I.S.) di cui al Decreto del Ministero della Salute 5 aprile 2022 ed ulteriori disposizioni”, la quale, tra l’altro ha approvato il Piano Operativo regionale - Missione 6 Salute - comprendente gli Action Plan per ciascuna linea di investimento, nonché gli allegati atti di nomina dei RUP aziendali afferenti ai singoli interventi di finanziamento e ha recepito ed approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS);
- **la DGR n. 773 del 13.12.2022** “Recepimento del D.M. 77/2022 - Approvazione del Piano dell’assistenza Territoriale della Regione Abruzzo”, finalizzato all’accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, Del Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza (Pnrr);
- **la DGR n. 799 del 20.12.2022** ad oggetto “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Pnrr Missione 6 Salute C 1 E C 2 (Art. 1, Comma 1042, Legge 30 Dicembre 2020 N. 178) di cui All’intesa Csr N. 1 del 12/01/2022 – Assegnazione Interventi Alle Aziende Sanitarie – Delega Attività ai Sensi Dell’art. 5 del Cis;
- **la DGR n. 539 del 09.09.2024** ad oggetto “Piano Nazionale Di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute: Modifica D.G.R. 263/2022 e Approvazione Nuovo Piano Operativo Regionale Pnrr Missione 6”;
- **La DGR n. 270 del 17.05.2024** avente ad oggetto: “Presa d’atto e approvazione del Documento Tecnico Linee di indirizzo della Regione Abruzzo – Ospedale di comunità, finalizzato all’accesso delle risorse di cui alla Missione 6- Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).”
- **La Delibera Asl Pescara 1525 del 03.10.2024** avente ad oggetto il recepimento della DGR 270/2024 Presa d’atto ed approvazione documento tecnico Linee di Indirizzo e Approvazione del Protocollo Interno Modello Organizzativo Aziendale Ospedali di Comunità della ASL di Pescara
- **La DGR n° 46 del 31.01.2025** avente ad oggetto: “Presa d’atto e approvazione del Documento Tecnico Linee di indirizzo delle Case di Comunità – Regione Abruzzo finalizzato all’accesso delle risorse di cui alla Missione 6- Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).” Approvazione Protocollo aziendale denominato “Riorganizzazione dell’Assistenza Territoriale”;
- **La DGR n. 243 del 17.04.2025** ad oggetto “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute: Modifica D.G.R. 263/2022 E D.G.R. 539/2024 e Approvazione Nuovo Piano Operativo Regionale Pnrr Missione 6”;
- **La DGR 569 del 4.9.25** “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute: Modifica D.G.R. 263/2022, DGR 539/2024, DGR 243/2025 e Approvazione Nuovo Piano Operativo Regionale Pnrr Missione 6.”;
- **La Delibera Aziendale n.87 del 29.01.26** Recepimento DGR n° 46 del 31.01.2025 avente ad oggetto: “Presa d’atto e approvazione del Documento Tecnico Linee di indirizzo delle Case di Comunità – Regione Abruzzo finalizzato all’accesso delle risorse di cui alla Missione 6- Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).” Approvazione Protocollo aziendale denominato “Riorganizzazione dell’Assistenza Territoriale”;

RAVVISATA la necessità di procedere all'adozione di un documento aziendale che meglio definisca l'organizzazione degli ospedali di comunità della ASL di Pescara e le procedure di accesso e gestione, in linea con la normativa nazionale vigente, assicurando una presa in carico programmata secondo i criteri di appropriatezza e con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei in base al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e di autonomia;

LETTO E CONDIVISO il documento aziendale denominato “*Modello Organizzativo- Procedura Operativa – Carta dei Servizi Ospedali di Comunità ASL Pescara*”, così come proposto dal Coordinatore della Funzione Territoriale ed allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

Tanto premesso, richiamato, considerato, ravvisato, letto e condiviso:

ACQUISITO il parere tecnico favorevole in merito espresso dal Dirigente proponente, ai sensi della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i., che ne attesta la regolarità e la completezza;

DATO ATTO dell'attestazione resa dai competenti Responsabili in ordine alla regolarità amministrativo contabile e tecnica del presente provvedimento:

1. Dirigente proponente nella qualità di Responsabile della UOC Direzione Amministrativa Distrettuale e dei Servizi di Prevenzione;

ACQUISITI, per quanto di competenza, i pareri favorevoli espressi in merito dal Direttore Amministrativo Aziendale e dal Direttore Sanitario Aziendale;

DELIBERA

1.DI PRENDERE ATTO del documento aziendale denominato “*Modello Organizzativo Procedura Operativa – Carta dei servizi Ospedali di Comunità ASL Pescara*” così come proposto dal Coordinatore della Funzione Territoriale;

2.DI APPROVARE il suddetto documento allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

3.DI DISPORRE che la UOC Affari Generali e Legali trasmetta copia del presente atto al Direttore Dipartimento Sanità Regione Abruzzo, al Servizio Flussi Informativi e Sanità Digitale DPF019 della Regione Abruzzo, al Coordinatore della Direzione Funzionale del Territorio, al Direttore della UOC Direzione Amministrativa Distrettuale e dei Servizi di Prevenzione, al Direttore della UOC Gestione del Patrimonio, al Direttore ff della UOC Dinamiche del Personale e al Servizio Aziendale Professioni Sanitarie Asl Pescara per il seguito di rispettiva competenza;

4.DI DARE ATTO che il presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 del regolamento interno approvato con deliberazione n. 705 del 28 giugno 2012, è immediatamente esecutivo;

5.DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi del D.Lgs n 33/2013 e s.m.i;

6.DI DARE ATTO che, ai sensi della Legge Regionale n.10/2022 decorsi i termini di pubblicazione di cui al D.Lgs 267/2000, il presente provvedimento sarà soggetto a pubblicazione

integrale

MODELLO ORGANIZZATIVO
Ospedali di Comunità
di
San Valentino - Città Sant'Angelo

ASL PESCARA



Sommario

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI.....	7
PREMESSA.....	8
DEFINIZIONE DI OSPEDALE DI COMUNITÀ	9
IL MODELLO ORGANIZZATIVO	9
Linee generali.....	9
GLI OBIETTIVI DELL’OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	10
I POSTI LETTO PREVISTI	11
Posti letto dedicati a pazienti in condizioni particolari	11
Posti letto pediatrici.....	11
TARGET DI UTENZA.....	11
RESPONSABILITÀ.....	12
Il Responsabile clinico/sanitario dell’OdC (o in sua assenza un suo delegato) cura i seguenti aspetti:.....	12
Il Medico del ruolo unico di assistenza primaria (ACN 4 aprile 2024).....	12
l’IFO di Coordinamento	13
L’Infermiere Case Manager.....	14
L’Infermiere dell’équipe assistenziale	14
L’Operatore Socio-Sanitario.....	14
GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA	15
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.....	15
MODALITÀ DI ACCESSO	16
VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE	17
VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA	18
Il modello Tri-Co (Triage di Corridoio) di utilizzo nell’Ospedale di Comunità	20
LE PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI.....	21
PROCEDURE DI RICOVERO	22
Ammissione nella struttura	22
Richiesta di Visite specialistiche	22
Prescrizione di farmaci, dispositivi, presidi	22
Fornitura di ausili e dispositivi.....	22
UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA NELL’OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	22
Definizione di Telemedicina	22
Attivazione dei servizi di Telemedicina	24
Gli interventi di telemedicina realizzabili nell’ambito dell’OdC	24
Il Servizio Help Desk di Telemedicina	24

LA TELEVISITA	24
IL TELECONSULTO MEDICO	25
LA TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA	26
IL TELEMONTORAGGIO.....	26
IL TELECONTROLLO.....	26
LA GESTIONE DEGLI ALLARMI.....	27
ASPETTI TECNOLOGICI DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA.....	27
CARATTERISTICHE DI BASE CHE DEVONO ESSERE PREVISTE PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI IN TELEMEDICINA.	27
STRUMENTI DIGITALI DI TELEMEDICINA	28
DOTAZIONE TECNOLOGICA E STRUMENTALE STANDARD	29
LE PROCEDURE	30
DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	30
LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	31
LA FORMAZIONE DEL PERSONALE	32
LA FORMAZIONE IN TELEMEDICINA	32
1. PRIVACY	33
FLUSSI INFORMATIVI	33
I REQUISITI GENERALI.....	33
I requisiti generali	33
Requisiti strutturali e tecnologici specifici	34
LA CARTA DEI SERVIZI.....	35
UMANIZZAZIONE DELLE CURE.....	35
Procedura Operativa Ospedali di Comunità di San Valentino e Città Sant'Angelo.....	37
1. FINALITA'.....	37
2. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	37
A. Riferimenti legislativi Europei.....	37
B.Riferimenti legislativi Nazionali	37
2. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 “Health” (NextGeneration EU framework).37	
B. Riferimenti Regione Abruzzo e ASL Pescara	37
2. TARGET DI POPOLAZIONE.....	39
3. RESPONSABILITA'	39
A. ORGANIZZAZIONE INTERNA	39
B. RAPPORTI ESTERNI.....	40
– Responsabilità del Medico di Medicina Generale	40

4.	MODALITA'DI ACCESSO.....	41
4.1.	Soggetti proponenti l'accesso	41
4.2.	Ruolo della segreteria amministrativa	41
4.3.	Requisiti di ammissibilità.....	42
4.4.	Criteri di non ammissibilità	42
4.5.	Revoca della richiesta.....	43
4.6.	Ammissione e presa in carico.....	43
	FLOW- CHART (INGRESSO IN OdC).....	44
5.	TELEMEDICINA	44
6.	DIMISSIONI.....	45
	FLOW-CHART (DIMISSIONE da OdC).....	46
	Ricoverie dimissioni nei giorni festivi	47
7.	MODULISTICA	47
1.	PREMESSA.....	49
2.	DESCRIZIONE DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ	49
2.a	Sede Operativa.....	49
2.b	La Mission	49
3.	CRITERI DI ACCESSO ED ESCLUSIONE	49
3.a	Criteri di acceso.....	49
	Pazienti provenienti dal domicilio.....	49
3.b	Criteri di esclusione.....	50
4.	CRITERI DI ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE.....	50
4.a	Accoglienza	50
4.b	Presa in carico.....	51
4.c	Criteri di formazione e gestione delle liste d'attesa	52
4.d	Dimissione.....	52
5.	PRINCIPI FONDAMENTALI	52
6.	DEFINIZIONE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ED ATTIVITÀ PREVISTE	53
6.a	Organizzazione della giornata.....	55
7.	ORARI DI VISITA	55
1.	RAGGIUNGIBILITÀ CON I MEZZI DI TRASPORTI.....	56
2.	VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E SEGNALAZIONE RECLAMI	57
2.a	Rilevazione customer satisfaction.....	57
2.b	Segnalazione reclami/encomi	57
	Recapiti:	57



3. TEMPISTICHE MODALITÀ PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA57

Redatto da:

Funzione	Nome	U.O.C. di Appartenenza	
UOS Coordinamento Cers Area Vestina	Dr. Ettore PAOLANTONIO	U.O.C. Area Montana	
Dirigente Medico	Dr.ssa Chiara TARQUINI	U.O.C. Area Metropolitana	

Verificato ed Approvato da:

Funzione	Nome	U.O.C. di Appartenenza	
Direttore Funzione Territoriale	Dr.ssa L. A. TRAFFICANTE	UOC Area Montana	
Dirigente delle Professioni Sanitarie	Dr.L.SILLI	UOC Professioni Sanitarie	

Autorizzato da:

Funzione	Nome	U.O.C. di Appartenenza	
Direttore Sanitario Aziendale Asl di Pescara	Dott. Rossano DI LUZIO	DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	
Direttore Dipartimento della Funzione Territoriale	Dr.ssa L. A. TRAFFICANTE	DIREZIONE DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	

Data di emissione	Revisione	Modifiche
26 GIUGNO 2026	REV. 0	

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

COT	<i>Centrale Operativa Territoriale</i>
OdC	<i>Ospedale di Comunità</i>
IFoC	<i>Infermieri di Famiglia o Comunità</i>
M6C1	<i>Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1)</i>
LR	<i>Legge Regionale</i>
MMG	<i>Medici di Medicina Generale</i>
PLS	<i>Pediatria di Libera Scelta</i>
NGEU	<i>Next Generation EU</i>
OSS	<i>Operatore Socio-Sanitario</i>
PNRR	<i>Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</i>
GDPR	<i>General Data Protection Regulation</i>
IDA	<i>valutazione dell'Indice di dipendenza assistenziale infermieristica</i>
MEWS	<i>MODIFIED EARLY WARNING SCORE</i>
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
CPSS	<i>Cincinnati Prehospital Stroke Scale</i>
Tri-Co	<i>Triage di corridoio</i>
UVM	<i>Unità di Valutazione Multidimensionale</i>
EMST	<i>Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina</i>

PREMESSA

La Commissione Europea, il Parlamento Europeo e i leader dell'Unione Europea (UE) hanno varato un piano a sostegno dei paesi membri dell'Unione Europea per riparare i danni economici e sociali causati dalla Pandemia di COVID-19 e rilanciare l'economia dell'UE.

Il Piano, noto come “*Next Generation EU (NGEU)*”, ha stanziato 750 miliardi di euro e assegna all'Italia un totale di 191,5 miliardi di euro.

Il Governo italiano, a seguito del “Programma UE” ha approvato il “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*”; il PNRR si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da Componenti (in totale 16), a loro volta articolate in investimenti con il corrispettivo importo assegnato.

Il PNRR rappresenta quindi il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026.

All'interno della Missione 6 “Salute” Componente 1 (M6C1) “*Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*”, sono state individuate 3 linee di investimento da attuare entro la metà del 2026.

La Linea di investimento 1.3: “*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*”, mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. (Fonte PNRR).

La normativa vigente e gli atti concertivi di riferimento quali DM 70/2015, Patto per la Salute 2014/2016 e Piano della Cronicità ne definiscono le finalità. L'Intesa Stato-Regioni sancito il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR) ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità pubblici o privati, in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e a quanto previsto dal D.M. 70 del 2 aprile 2015.

A supporto ed attuazione delle funzioni degli Ospedali di Comunità (di seguito OdC), sono stati emanati decreti nazionali come il DM 77 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022*”.

La Regione Abruzzo con la DGR n. 263 del 24 maggio 2022 ha approvato il Piano Operativo Regionale Missione 6 Salute PNRR e schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (C.I.S.) di cui al Decreto del Ministero della Salute 5 aprile 2022 ed ulteriori disposizioni, sottoscritto dal Presidente della Giunta Regionale; con la D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 ha recepito il D.M. 77/2022 ed ha approvato il “*Piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo*”, che definisce gli obiettivi, le funzioni e localizza le sedi sul territorio delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

L'obiettivo generale è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento.

DEFINIZIONE DI OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria "intermedia" posta tra l'assistenza domiciliare e l'ospedaliera, può essere di natura pubblica o privata, in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DM 70/2025 e al DM 77/2022. Nell'Ospedale di Comunità è garantita la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi.

L'assistenza afferisce alla rete di offerta delle cure primarie, la funzione intermedia si esplica mettendo in connessione il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei in base al prevalere di fabbisogni:

- sociosanitari;
- di stabilizzazione clinica;
- di recupero funzionale e di autonomia.

Il tempo di degenza è breve e la durata massima è di 30 giorni, che potrà prolungarsi ulteriormente solo in casi eccezionali, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte.

Il DM 70/2015, definisce l'OdC come "(...)una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche".

L'Intesa del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) di definizione sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, sottolinea nuovamente il ruolo dell'OdC definendolo come "una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio".

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Linee generali

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, quali:

- la rete delle cure intermedie;
- i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale;
- le cure domiciliari;
- i servizi di emergenza urgenza territoriali.

L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito dei PDTA e dei PAI/PRI per ogni singolo paziente, compresi i servizi sociali dei comuni.

Al fine di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale devono essere definite procedure operative specifiche per l'integrazione con la Centrali Operative Territoriali (COT).

Le Aziende Sanitarie Locali, inoltre, predispongono specifiche procedure e protocolli per l'esecuzione di esami di diagnostica specialistica volti a valutare la stabilità clinica del paziente ricoverato.

Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e possono essere utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.

“La gestione delle attività dell’OdC è riconducibile all’organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie”. (Intesa S.R. Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020)

La gestione e le attività all’interno dell’OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. L’équipe, coordinata dal Responsabile sanitario della struttura, è costituita da MMG/PLS/MCA, Medici specialisti, Infermieri, fisioterapisti e altri professionisti che all’uopo possono entrarvi a far parte.

GLI OBIETTIVI DELL’OSPEDALE DI COMUNITÀ

L’OdC garantisce continuità assistenziale e risponde ad una sempre più impellente esigenza di flessibilità nella gestione organizzativa dei percorsi di cura.

Gli obiettivi che si pone l’OdC sono:

- ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari come il Pronto Soccorso, le unità operative ospedaliere o ad altre prestazioni specialistiche;
- facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l’ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti;
- reintegrare a domicilio i pazienti tramite l’attivazione della COT che coordina le funzioni del PUA, della UVM e dei servizi sociali e sanitari disponibili;
- fornire un’alternativa al ricovero ospedaliero per pazienti in fase post acuta o per soggetti con patologie cronico – degenerative in fase di riacutizzazione;
- ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate;
- monitorare lo stato clinico dei pazienti;
- consolidare i risultati terapeutici e i trattamenti clinici raggiunti nella fase acuta della malattia nel corso della degenza ospedaliera;
- prevenire riacutizzazioni della malattia;
- promuovere l’*empowerment* del paziente, renderlo informato, consapevole e partecipe al processo di cura;
- formare il familiare/caregiver alla gestione delle nuove condizioni cliniche del paziente;
- riconoscimento di eventuali sintomi suggestivi di instabilità clinica anche attraverso l’utilizzo da parte del personale di semplici dispositivi per la rilevazione dei parametri vitali;
- ritardare e/o evitare l’istituzionalizzazione a carattere definitivo in strutture residenziali, insorte a causa di difficoltà familiari e sociali nella gestione delle mutate condizioni della persona;
- favorire la presa in carico globale della persona attraverso un progetto assistenziale individuale;
- educare la persona allo sviluppo di competenze e abilità di autocura;
- promuovere la *compliance* al piano terapeutico.

I POSTI LETTO PREVISTI

I posti letto previsti dalla normativa sono di regola fissati tra 15 e 20, in base alle esigenze territoriali si può estendere la disponibilità fino ad un massimo di due moduli da 20, adeguando le risorse professionali al numero di assistiti.

Posti letto dedicati a pazienti in condizioni particolari

“Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti letto dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l’istituzionalizzazione e l’ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei”. (cfr. Piano Nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza unificata – Rep. Atti n. 135/CRS).

Posti letto pediatrici

“In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti”. (DM77)

TARGET DI UTENZA

L’accesso è rivolto a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, ma che necessitano di assistenza sanitaria infermieristica continuativa nelle 24 ore, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Possono accedere all’OdC, anche persone provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica che manifestano la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare, su richiesta del MMG.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- *pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;*
- *pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;*
- *pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;*
- *pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell’ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio. (DM 77)*

Vista la tipologia di pazienti, si tratta quindi di una **elevata complessità assistenziale** a fronte di una **bassa intensità di cure**.

RESPONSABILITÀ

La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie locali.

La responsabilità igienico sanitaria, clinica, organizzativa e gestionale complessiva (Responsabile sanitario) della struttura è in capo al Direttore del Distretto e affidata ad un Dirigente medico designato dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

Il Responsabile clinico/sanitario dell'OdC (o in sua assenza un suo delegato) cura i seguenti aspetti:

- corretta e puntuale erogazione delle cure secondo il PAI/PRI/PDTA in condivisione con il MMG/PLS;
- programmazione, organizzazione e gestione del percorso assistenziale definito ed attivato in accordo con l'IFO di Coordinamento, il *case manager*, gli infermieri e altri professionisti che partecipano al percorso di cura;
- compilazione, per la parte di propria competenza, della cartella clinica fino alla chiusura della stessa e redazione della lettera di dimissione;
- cure mediche routinarie, ammissioni e dimissioni dal lunedì al sabato;
- monitoraggio dell'andamento clinico quotidiano in collaborazione con il personale infermieristico coinvolto nell'assistenza;
- gestione delle liste di attesa per l'inserimento degli utenti secondo criteri di trasparenza e di priorità;
- valutazione dell'appropriatezza della proposta di ricovero;
- gestione del percorso di assistenza con i medici di MMG/PLS;
- richiesta di eventuale valutazione della UVM;
- controllo e promozione della qualità del servizio erogato;
- colloquio con familiari dei ricoverati in orari e modalità stabilite;
- verifica del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari anche tramite delega affidata l'IFO di Coordinamento della struttura;
- applicazione delle norme di sicurezza;
- piano di emergenza, antincendio, evacuazione;
- gestione dei farmaci e dei dispositivi in collaborazione con l'IFO di Coordinamento;
- gestione e conservazione della documentazione in collaborazione con l'IFO di Coordinamento;
- gestione del rischio clinico;
- promozione di percorsi di formazione ECM.

Il Medico del ruolo unico di assistenza primaria (ACN 4 aprile 2024)

La partecipazione dei MMG/PLS concorre ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa; il medico del ruolo unico di assistenza primaria*“assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente”* (.....), *“si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione”*.

Il Medico del ruolo unico di assistenza primaria garantisce la continuità dell'assistenza per tutti i giorni della

settimana e secondo quanto previsto dall'articolo 44 dell'ACN 4 aprile 2024.

L'art. 44 fornisce indicazioni sull'attività assistenziale a prestazione oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria, in particolare:

comma 1. *“L'attività oraria è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT e/o dell'UCCP di riferimento”;*

comma 2. *“Le Aziende si avvalgono dei medici del ruolo unico per lo svolgimento delle suddette attività presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità...”;*

comma 4. lettera c) *“organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.*

comma 9 *“Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare, nello svolgimento dell'attività oraria, ulteriori compiti e modalità di partecipazione del medico alle attività previste nelle nuove forme organizzative”.*

Al fine di garantire la continuità delle cure, le Aziende Sanitarie Locali assicurano la presenza del Responsabile Sanitario indicato dalla ASL o suo sostituto tutti i giorni dalle ore 09:00 alle 14:00 (dal lunedì al sabato).

Il personale infermieristico, per i casi non urgenti, ma che richiedono comunque un parere medico, possono rivolgersi nelle ore pomeridiane al medico del ruolo unico di assistenza primaria dell'assistito e dalle ore 20:00 al medico del ruolo unico di assistenza primaria a prestazione oraria, secondo l'organizzazione della ASL e in base a turnazioni predisposte dal direttore del distretto in condivisione con l'IFO di Coordinamento della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP art. 10 ACN 4 aprile 2024) e con il referente della AFT (art. 30 ACN 4 aprile 2024).

[l'IFO di Coordinamento](#)

l'IFO di Coordinamento è una figura in possesso dei requisiti previsti dalla L. 1 febbraio 2006 n. 43 e successive modifiche. Ha la responsabilità, come posizione di dirigenza intermedia di organizzare e gestire la risorsa umana e le attività nel rispetto della programmazione generale orientandole al perseguimento degli obiettivi aziendali.

In sintesi, è responsabile delle seguenti attività:

- pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative;
- pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;
- gestione del personale infermieristico e OSS;
- valutazione del personale infermieristico e OSS attraverso il sistema premiante;
- applicazione delle norme comportamentali e disciplinari;
- collaborazione con il responsabile sanitario alla verifica del rispetto della normativa sulla tutela della salute dei lavoratori e della sicurezza dell'ambiente di lavoro;
- valutazione del fabbisogno formativo del personale e promozione di eventi ECM;
- costruzione di relazioni collaborative e interprofessionali;
- gestione dei farmaci e dei dispositivi in collaborazione con il Responsabile sanitario;
- gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- verifica del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari;
- promozione del processo di digitalizzazione tramite il sistema di Telemedicina;
- valutazione dell'efficacia delle attività infermieristiche;
- promozione dei processi di miglioramento e della qualità;

- gestione del rischio clinico.

L'Infermiere Case Manager

Il *case manager* è un infermiere formato sul modello del *case management*, è un professionista che gestisce uno o più casi garantendo la corretta applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, facendo in modo che il paziente sia sempre al centro del processo di assistenza e cura.

Il *case manager* provvede:

- ad assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale in collaborazione con le figure professionali coinvolte nel percorso di cura;
- alla cura e alle relazioni tra il paziente, la famiglia, i servizi territoriali e la COT;
- ad attivare la procedura di dimissione protetta, tramite la COT verso i *setting* dell'assistenza territoriale;
- a coordinare, in collaborazione con il responsabile sanitario, l'IFO di Coordinamento e la COT, la dimissione protetta;
- a supportare l'équipe nell'applicazione corretta della Telemedicina;
- alla fornitura degli ausili prescritti, per renderli disponibili al rientro al domicilio;
- a pianificare, in collaborazione con gli infermieri dell'OdC, un programma di potenziamento delle capacità di auto-cura e gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche del paziente e del familiare/*caregiver*, attraverso la formazione e l'addestramento.

L'Infermiere dell'équipe assistenziale

L'infermiere che compone l'équipe assistenziale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica secondo quanto sancito dal DM n. 739 del 14 settembre 1994, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere".

Il personale infermieristico ha la responsabilità di garantire l'assistenza ai pazienti nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori sociosanitari (OSS). I piani di nursing sono modulati sui PAI/PRI/PDTA specifici stabiliti per singolo paziente. Il monitoraggio clinico/assistenziale è effettuato attraverso l'uso di scale validate, in grado di rilevare immediatamente uno scostamento dai valori standard di riferimento.

Le principali funzioni dell'infermiere

- partecipazione alla identificazione dei bisogni di salute della persona e formulazione dei relativi obiettivi di cura.
- pianificazione, gestione e valutazione degli interventi assistenziali infermieristici;
- formazione del personale di supporto e partecipazione all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca;
- applicazione corretta delle prescrizioni diagnostiche – terapeutiche;
- collaborazione con gli altri professionisti coinvolti nei PAI/PRI e PDTA;
- documentazione sistematica della propria attività sulla cartella infermieristica;
- promozione dell'*empowerment* del paziente e del *caregiver*;
- gestione dei dati clinici e alimentazione dei flussi informativi di propria competenza;

L'Operatore Socio-Sanitario

La figura è stata istituita dall'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, un decreto che ha unificato le precedenti professionalità ausiliarie che operavano in ambito sociosanitario.

L'Art. 2 del Decreto ne descrive il profilo definendo l'operatore sociosanitario come l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

L'art. 4 del Decreto definisce il contesto relazionale specificando che l'operatore sociosanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Le attività dell'operatore sociosanitario, in sintesi, sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita:

- assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
- intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
- supporto gestionale, organizzativo e formativo.

GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

La lista d'attesa deve essere gestita secondo i principi di equità e trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti, in ossequio alle vigenti disposizioni normative ed in attuazione degli atti programmatori e di indirizzo regionali.

La gestione delle liste di attesa deve essere effettuata in modo informatizzato; se il primo criterio di inserimento nella lista di attesa è quello cronologico della data di ricezione delle richieste di ammissione, devono altresì essere previsti ulteriori criteri di priorità, quali: ammissione di pazienti in possesso dei requisiti di ammissibilità presso l'OdC, dimissibili da Pronto Soccorso o da Unità Operative per la necessità di rendere disponibili posti letto per ricoveri di urgenza/emergenza.

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Per ogni persona assistita si utilizza la cartella clinica/infermieristica informatizzata.

Nella cartella sono registrati tutti gli interventi effettuati ed i parametri clinici rilevati; all'atto della dimissione va completata e archiviata a cura del responsabile sanitario e dell'IFO di Coordinamento.

La cartella clinica/infermieristica contiene i dati relativi alla persona assistita e le attività svolta, tra cui:

- i dati anagrafici;
- il *caregiver* di riferimento;
- la data di ricovero;
- la diagnosi principale e le comorbilità;
- gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergie, cadute);
- il consenso informato al PAI e PRI;
- il consenso informato alle prestazioni di telemedicina;
- l'autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- le scale di valutazione utilizzate;
- eventuale PAI/PRI/PDTA;
- schema terapeutico;

- valutazione del dolore;
- piano assistenziale;
- le attività e le prestazioni erogate;
- l'eventuale necessità di ausili e/o presidi;
- i risultati raggiunti;
- data di dimissione
- la lettera di dimissione.

La cartella clinica/infermieristica è custodita nel rispetto della norma vigente sul trattamento dei dati sensibili, l'accesso ai dati contenuti nella documentazione clinica è consentito esclusivamente all'équipe assistenziale che ha in cura la persona.

MODALITÀ DI ACCESSO

L'accesso negli ospedali di comunità può avvenire su proposta di:

- Medico di medicina generale;
- Medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- Pediatra di libera scelta;
- Medico ospedaliero, in tal caso si configura una dimissione protetta, che può prevedere anche la valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale e/o Ospedaliera;
- Medico di Pronto Soccorso.

Il responsabile sanitario dell'OdC può predisporre un protocollo di *Triage* per favorire gli ingressi rapidi di pazienti in possesso dei requisiti di ammissibilità provenienti ad esempio dai Pronto Soccorso, Unità Operative o da altro luogo di cura.

L'organizzazione dell'accesso nell'OdC è affidata alla segreteria amministrativa durante l'orario di attività e all'équipe infermieristica durante le altre fasce orarie e nei casi di assenza.

La suddetta segreteria ha le seguenti funzioni:

- ricezione delle richieste di ingresso in OdC;
- registrazione della data di ricezione;
- trasmissione delle richieste al responsabile sanitario per la valutazione dei requisiti di ammissibilità presso la struttura;
- inserimento delle richieste in lista di attesa, secondo la classe di priorità definite dal responsabile sanitario, previa valutazione dello stesso condivisa con l'IFO di Coordinamento, nel rispetto dei principi di equità e trasparenza a tutela dei diritti di tutti i pazienti;
- aggiornamento della disponibilità dei posti letto sulla piattaforma web della Regione;
- coordinamento costante con la COT e le altre strutture della rete territoriale;
- gestione flussi ricovero pazienti non residenti (comprese le prescrizioni di farmaci-dispositivi-presidi e le forniture di ausili e dispositivi nonché le consulenze ed altre attività non ricomprese nei flussi della compensazione per mobilità attiva e passiva).

Le condizioni di ammissibilità per accedere all'OdC sono:

- invio, da parte del soggetto competente alla COT, della richiesta di ricovero in Ospedale di Comunità, completo in tutte le sue parti, mediante la piattaforma informatica (in attesa della istituzione della COT la richiesta è inviata direttamente alla PEO dell'OdC);
- diagnosi definitiva;

- programma terapeutico delineato;
- assenza di problematiche acute in atto;
- valutazione dell'Indice di dipendenza assistenziale infermieristica (IDA);
- valutazione della stabilità clinica correlata all'alterazione dei parametri fisiologici mediante la scala MEWS < 0 = 2 (MODIFIED EARLY WARNING SCORE);
- eventuale valutazione della UVM se il paziente proviene da un *setting* territoriale;
- eventuale valutazione della UVMO (nelle strutture in cui è stata istituita) se il paziente proviene da un *setting* ospedaliero;
- percorso clinico assistenziale specifico.

Prima di procedere alla proposta di ricovero presso l'OdC il medico richiedente deve provvedere ad eseguire la valutazione mediante scale standardizzate che consentano di accertare sia il livello di criticità/instabilità clinica, sia per il livello di complessità assistenziale e autonomia del paziente.

Le condizioni di non ammissibilità presso l'OdC sono:

- invio alla COT di "richiesta di ricovero in Ospedale di Comunità" incompleta;
- inquadramento diagnostico non ben definito;
- programma terapeutico non ben delineato;
- presenza di problematiche acute in atto;
- instabilità clinica (Scala MEWS > 2);
- percorso clinico assistenziale non definito;
- paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- richiesta di accesso esclusivamente per problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro *setting* assistenziale;
- pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto.
- "Frequenza cardiaca a riposo <40 o ≥ 130 bpm;
- Pressione arteriosa sistolica <70 o ≥200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg;
- Temperatura ascellare ≥ 38,5 °C;
- Frequenza respiratoria < 9 o ≥ 30;
- Stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- Sanguinamento in atto;
- Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- Insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile".¹

Nei casi in cui, successivamente alla richiesta di ricovero si manifesta una modifica del quadro clinico, il medico richiedente invia la revoca alla COT, ovvero all'OdC se l'attività della COT non è stata ancora avviata, tramite sistema informatico e/o via PEO.

La transizione tra setting è assicurata dalla COT, alla quale si rivolgono i professionisti richiedenti. La funzione della COT è di coordinare e assicurare l'accesso e la presa in carico del paziente presso l'OdC e verificarne la continuità delle cure.

La complessità assistenziale definisce il livello di impegno necessario a soddisfare i bisogni di cure infermieristiche necessarie al paziente.

L'Indice di dipendenza assistenziale (IDA) determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessità attraverso l'impegno del professionista in base ad un *cut-off* che individua i pazienti ad alta complessità assistenziale se rientranti nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19 e a bassa complessità se il punteggio è compreso tra 20 e 28.

La scala IDA valuta sette dimensioni assistenziali:

- alimentazione;
- eliminazione;
- igiene e comfort;
- mobilizzazione;
- procedure diagnostiche;
- procedure terapeutiche;
- percezione sensoriale.

VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA

La valutazione della stabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza).

La scala MEWS (MODIFIED EARLY WARNING SCORE) è tra gli score maggiormente utilizzati e consente di stratificare il rischio di potenziale evoluzione clinica di un paziente.

Valuta 5 parametri fisiologici:

- pressione arteriosa sistolica;
- frequenza cardiaca;
- frequenza respiratoria;
- temperatura corporea;
- stato di vigilanza (AVPU).

In base allo score complessivo identifica tre livelli:

- Basso/Stabile (score 0-2);
- Medio/Instabile (score 3-4);
- Alto Rischio/Critico (score 5).

Il punteggio che si ottiene dalla scala MEWS va da un minimo di 0 ad un massimo di 14; gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva.

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

La scala, se inserita nella cartella informatizzata, è in grado di calcolare automaticamente il punteggio

associato a specifici *alert*.

Tra i diversi strumenti di valutazione a disposizione di medici e infermieri vi sono la “*Glasgow Coma Scale*” (GCS) per valutare lo stato di coscienza e la “*Cincinnati Prehospital Stroke Scale*” (CPSS), impiegata per diagnosticare la presenza di pazienti affetti da ictus.

Tabella 1 - scala MEWS 1

Nome	Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Età					Valore
.....									
	3	2	1	0	1	2	3		
Frequenza respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 – 29	> 30	
Frequenza cardiaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 199	111 – 129	> 130	
Pressione arteriosa sistolica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200		
Livello di coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
Temperatura corporea (C°)		< 35		35 – 38,4		> 38,5		
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; width: 600px;">Comorbidity</div>									<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; width: 80px;">Totale</div>

L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui la valutazione del grado di gravità e di dipendenza viene misurata grazie ai due sistemi a punteggio MEWS e IDA.

La rilevazione sia del livello di criticità/instabilità clinica che della complessità assistenziale del paziente è valutata costantemente nel periodo di ricovero e documentata nella cartella clinica/infermieristica.

Le scale sopramenzionate possono essere integrate dalla:

- *Chest Pain Score;*
- *quick Sofa (Qsofa)* e *NEWS 2*, fornisce indicazioni per il rischio sepsi;
- *Bedside Pediatric Early Warning Score (PEWS)*, Score di allerta per identificare il deterioramento clinico dei bambini;
- Scala di Rankin;
- Scala Conley;
- *Glasgow Coma Scale.*

Il modello Tri-Co (Triage di Corridoio) di utilizzo nell'Ospedale di Comunità

È una metodologia di assegnazione dei pazienti alle diverse aree di degenza in base alla valutazione del grado di gravità e di dipendenza, misurata combinando i due sistemi a punteggio MEWS e IDA.

Alla base del Tri-Co vi è Il modello per intensità di cure, che prevede l'allocazione del paziente nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, legati, quindi, alla condizione clinica e al bisogno assistenziale.

Tabella 2 – Rappresentazione grafica dell'intensità di cura Tri-Co

Complessità assistenziale			
Intensità clinica	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11
MEWS 0-2	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4	Media	Media	Alta
MEWS > 5	Alta	Alta	Alta

LE PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI

Le principali patologie trattabili in Ospedale di Comunità sono:

- *“BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione. Pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;*
- *vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;*
- *patologie cardiache con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico;*
- *malattie croniche del fegato, malassorbimento, esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counselling;*
- *malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;*
- *malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni delle vie urinarie, che necessitino di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico;*
- *cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;*
- *osteoporosi complicata da crollo vertebrale;*
- *patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria;*
- *necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto in pazienti fragili, preparazione ed esecuzione di un esame endoscopico, posizionamento PEG, PEJ, etc.;*
- *ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa*
- *pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica in PS e OBI;*
- *pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento”.*

PROCEDURE DI RICOVERO

Ammissione nella struttura

Il responsabile sanitario, all'atto dell'ammissione del paziente nella struttura, provvede all'apertura della cartella clinica informatizzata:

- acquisendo il consenso per l'approvazione del PAI/PRI al paziente e/o il familiare/*caregiver*;
- proponendo, in assenza di un PAI/PRI, in condivisione con l'IFO di Coordinamento, il *case manager* e il MMG/PLS, un percorso clinico assistenziale specifico al caso;
- comunicando la durata del ricovero, di una durata massima di 30 giorni;
- acquisendo l'assenso all'assistenza mediante i servizi di telemedicina, laddove il paziente sia idoneo (in tal caso registra il paziente sulla piattaforma regionale);
- il consenso al trattamento dei dati personali;
- fornendo al paziente/*caregiver* o al tutore/amministratore di sostegno l'informativa privacy e la carta dei servizi.

Richiesta di Visite specialistiche

Le consulenze specialistiche sono garantite dai Medici Ospedalieri del P.O. o dagli specialisti convenzionati secondo procedure stabilite a livello di Aziende Sanitarie Locali, che definiscono a tal fine agende dedicate.

Prescrizione di farmaci, dispositivi, presidi

I farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Ospedaliero sono richiesti dal responsabile sanitario, anche su istanza del MMG/PLS e forniti dal Servizio di Farmacia Ospedaliera.

La farmacia ospedaliera assicura la fornitura di prodotti per la nutrizione artificiale (enterale e parenterale), la cui prescrizione deve rispettare le indicazioni di appropriatezza definite dalle specifiche direttive regionali in materia di nutrizione artificiale extraospedaliera.

Fornitura di ausili e dispositivi

L'Azienda assicura la fornitura dei presidi personalizzati, ausili e dispositivi, analogamente a quanto fornito all'ADI e alle strutture residenziali extraospedaliere.

UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA NELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Definizione di Telemedicina

“Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto

sanitario.”

Il modello organizzativo regionale di telemedicina mira a garantire il rafforzamento della presa in carico dei pazienti nell’ottica di percorso di medio-lungo periodo.

La telemedicina è intesa, quindi, come strumento di erogazione aggiuntivo e integrato delle prestazioni e dell’assistenza per i cittadini che vengono introdotti in un percorso di cura, in funzione della patologia da cui sono affetti. I percorsi di cura sono definiti da PAI/PRI/PDTA che devono prevedere al loro interno gli strumenti di telemedicina come possibili modalità di erogazione dei servizi per l’assistenza alla persona. Gli OdC possono avvalersi dei servizi di Telemedicina, per i casi selezionati ritenuti idonei ed in base a specifici PDTA/PAI/PRI.

Il modello organizzativo regionale di Telemedicina prevede una gestione integrata e sinergica di quattro componenti principali.

1. I professionisti:

- il personale sanitario previsto dai protocolli clinici/PDTA per le singole patologie, che a vario titolo intervengono nel percorso di cura del paziente. Figure professionali che vanno a comporre l’Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina (di seguito EMST).

2. I processi:

- di identificazione dei pazienti eleggibili al percorso di cura in Telemedicina;
- di attivazione dei servizi di Telemedicina individuati per il paziente;
- di erogazione dei servizi;
- di gestione logistica dei *device* necessari all’erogazione dei servizi di Telemedicina;
- di abilitazione ai servizi attraverso un piano di formazione e comunicazione rivolto al personale sanitario.

3. Le Tecnologie:

- la Piattaforma Regionale di telemedicina e le relative infrastrutture tecnologiche di supporto al sistema.

4. I Sistema di controllo:

- strumenti in grado di monitorare il livello di adozione dei sistemi digitali.

Ogni PDTA e/o Protocollo clinico individua i professionisti sanitari che hanno in carico la gestione del paziente e individua le relazioni tra di essi (EMST); nel caso di pazienti ricoverati in OdC associati a PDTA specifici per patologie croniche, il responsabile sanitario della struttura può richiedere, per bisogni clinici e assistenziali inerenti la patologia medesima, il supporto dell’Équipe multi-specialistica e multiprofessionale di riferimento, anche mediante l’attivazione dei servizi di Telemedicina.

Per ciascuna delle patologie croniche identificate (oncologiche, diabete, respiratorie, neurologiche, cardiologiche), ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) istituisce le specifiche EMST di riferimento. L’Équipe è composta dai professionisti individuati all’interno del PDTA di ciascuna patologia e da altre figure che, a vario titolo, intervengono nel percorso di cura del paziente.

Le EMST saranno configurate all'interno della piattaforma di telemedicina e verranno attivate in funzione dell'afferenza territoriale del paziente (es. distretto di residenza) e della tipologia di percorso di cui necessita.

Attivazione dei servizi di Telemedicina

Prima dell'attivazione del servizio di telemedicina, va esplicitamente richiesta e ottenuta l'adesione consapevole, da parte dei soggetti coinvolti, all'utilizzo del servizio; l'utilizzo della telemedicina prevede specifici protocolli e procedure relativamente a:

- consenso ai servizi di telemedicina da parte del paziente/*caregiver* o del tutore/amministratore di sostegno;
- autorizzazione al trattamento dei dati sanitari secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di *privacy* e *cybersecurity*;
- esecuzione delle attività in Telemedicina;
- monitoraggio dei parametri vitali;
- identificazione, tramite autenticazione, di tutti gli attori che partecipano alle prestazioni di telemedicina.

Gli interventi di telemedicina realizzabili nell'ambito dell'OdC

- Televisita.
- Teleconsulto medico.
- Teleconsulenza medico-sanitaria.
- Telemonitoraggio.
- Telecontrollo medico.
- Teleriabilitazione.

Il Servizio Help Desk di Telemedicina

Le Aziende Sanitarie Locali garantiscono l'assistenza alle prestazioni di telemedicina, attraverso un servizio Help Desk di assistenza tecnica, dotato delle adeguate infrastrutture, che prevedono sistemi: di comunicazione, informativi ed informatici, presidiata da operatori qualificati e formati rispetto alle specifiche attività da svolgere.

Il servizio di Help Desk non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde per quanto attiene lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria trasmesse durante le attività di telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle prescrizioni normative in materia di trattamento dei dati personali.

LA TELEVISITA

La televisita "è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri

biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza”.

La televisita è erogata prevalentemente dal medico specialista, le conclusioni sono registrate su referto che andrà allegato alla cartella clinica.

La televisita può essere effettuata anche dal MMG/PLS/MCA o da un medico del Distretto che fa parte dell'equipe multidisciplinare; egualmente, in questo caso il medico trascriverà la relazione della televisita nella cartella clinica del paziente.

Il *case manager* dell'OdC accede alla piattaforma regionale di telemedicina prima dell'orario fissato per la prestazione, verifica il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la stessa possa essere erogata senza problemi.

Qualora si presentino delle criticità nella fase di erogazione della prestazione il *case manager* e/o altro professionista richiede il supporto tecnico dell'*help desk* aziendale.

L'integrazione della piattaforma regionale di telemedicina con il CUP (CUP di secondo livello e/o prenotazione in agende riservate sempre tramite CUP) facilita la prenotazione diretta della televisita da parte dei professionisti.

IL TELECONSULTO MEDICO

“È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sottoforma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare”.

Il teleconsulto consente di condividere le scelte mediche, e rappresenta una modalità efficace per ricevere una “seconda opinione” specialistica. Al termine del teleconsulto l'opinione del clinico/i farà parte del referto, redatto come una “relazione collaborativa”.

Il medico accede alla piattaforma regionale di telemedicina prima dell'orario fissato per la prestazione, verifica il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la stessa possa essere erogata senza problemi.

Qualora si presentino delle criticità nella fase di erogazione della prestazione il medico richiede il supporto tecnico dell'*help desk* aziendale.

LA TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

“È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso”.

Tramite la teleconsulenza medico-sanitaria il personale può richiedere il supporto ad altri professionisti attraverso una videochiamata, il professionista interpellato fornisce al richiedente/i indicazioni cliniche e/o informazioni per la corretta esecuzione di interventi clinico-assistenziali sul paziente.

Il medico/infermiere che ha richiesto la Teleconsulenza accede alla piattaforma regionale di telemedicina prima dell'orario fissato per la prestazione, verifica il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la stessa possa essere erogata senza problemi.

Qualora si presentino delle criticità nella fase di erogazione della Teleconsulenza il professionista richiede il supporto tecnico all'help desk aziendale.

IL TELEMONTORAGGIO

*Il telemonitoraggio “Permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona”.*⁸

IL TELECONTROLLO

“Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura”.

I MMG/PLS possono connettersi al sistema di Telemedicina per rilevare l'andamento clinico dei propri assistiti

e condividere con il responsabile sanitario dell'OdC e l'équipe assistenziale eventuali decisioni sul caso.

LA GESTIONE DEGLI ALLARMI

Il ruolo del personale infermieristico è di verificare gli *alert* provenienti dai dispositivi di telemonitoraggio indossati dai pazienti ricoverati. L'infermiere valuta il livello di complessità clinica del paziente e all'esito può richiedere l'intervento:

- del responsabile sanitario della struttura;
- nelle ore pomeridiane al medico del ruolo unico di assistenza primaria dell'assistito e dalle ore 20:00 al medico del ruolo unico di assistenza primaria a prestazione oraria, secondo l'organizzazione della ASL e in base a turnazioni predisposte dal direttore del distretto e condivise con l'IFO di Coordinamento della UCCP e con il referente della AFT;
- del 118, nel caso di instabilità clinica rilevata dallo score MEWS di livelli Medio/Instabile (score 3-4) o Alto Rischio/Critico (score 5);
- di Teleconsulenza medico-sanitaria;
- della Televisita, nei casi di assenza del responsabile sanitario della struttura.

In presenza di malfunzionamento di un dispositivo l'infermiere richiede assistenza al Servizio di ingegneria clinica della ASL per la sostituzione del medesimo; previa comunicazione al responsabile sanitario della struttura.

ASPETTI TECNOLOGICI DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA

La piattaforma regionale di Telemedicina garantisce la realizzazione dei Servizi Minimi (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) ed è uno strumento abilitante per la diffusione omogenea dei servizi di Telemedicina su tutto il territorio regionale, consentendo l'integrazione dei diversi attori. Tale soluzione applicativa è conforme alle Linee Guida citate nel presente documento ed è integrata con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT).

Nel Piano Operativo Regionale della Telemedicina, la Regione Abruzzo ha espresso il proprio fabbisogno in termini di postazioni di lavoro di Telemedicina dedicate, collocate presso le strutture del SSR e presso gli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

CARATTERISTICHE DI BASE CHE DEVONO ESSERE PREVISTE PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI IN TELEMEDICINA.

- connettività della rete internet;
- garanzia di collegamento della televisita, Teleconsulto medico, Teleconsulenza medico sanitaria, telemonitoraggio;
- collegamento con il servizio Help Desk 24/24 ore a garanzia del collegamento e della soluzione in tempo reale di eventuali problemi di connettività;
- collegamento video;
- rilevamento dei parametri vitali tramite sensori e dispositivi;
- disponibilità di Set di dispositivi collegati alla piattaforma di telemedicina per il Telemonitoraggio;
- registrazione automatica dei trend sulla cartella clinica informatizzata;
- disponibilità di hardware e software, certificati come dispositivi medici idonea alla tipologia di

prestazione che si intende effettuare in telemedicina;

- condivisione durante la tele visita di dati clinici, referti medici, immagini audio e video;
- accesso alla cartella clinica di tutta l'équipe che interviene nel percorso di cura;
- portale web accessibile ai MMG/PLS, tramite account, per gestire i propri assistiti ricoverati presso l'OdC;
- gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione dei servizi di Telemedicina;
- collegamento telematico ai sistemi integrati aziendali per la consultazione di esami di laboratorio, di diagnostica strumentale (RIS-PACS), etc;
- collegamento al CUP di secondo livello e/o agende dedicate;
- compatibilità del sistema di telemedicina con le disposizioni indicate dal regolamento GDPR;
- crittografia dei trasferimenti di voce, immagini, *files* nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy e *Cybersecurity*;
- sistemi per la gestione della *Cybersecurity* e piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina.

STRUMENTI DIGITALI DI TELEMEDICINA

L'utilizzo della Telemedicina può offrire un valido supporto alle attività di nursing negli orari di assenza del medico, consentendo all'infermiere di richiedere una Teleconsulenza medico-sanitaria da remoto al MMG/PLS.

Il Responsabile sanitario dell'OdC può avvalersi del Teleconsulto Medico per interagire a distanza con uno o più colleghi riguardo la situazione clinica di un paziente ricoverato (nei casi di PDTA la richiesta può essere indirizzata all'EMST).

Il Responsabile sanitario può richiedere una visita specialistica attraverso la piattaforma regionale di telemedicina secondo le disposizioni aziendali e mediante accesso all'agenda dedicata.

I dispositivi digitali per lo svolgimento di prestazioni in Telemedicina, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono:

- Ecografo *bed-side*;
- Elettrocardiografo Adulto a 12 derivazioni;
- Holter pressorio;
- Holter cardiaco;
- Monitor cardiaco;
- Spirometro;
- Termometro digitale senza contatto;
- Bilancia impedenzometrica;
- Monitor Multiparametrico professionale (ECG, frequenza respiratoria e cardiaca, pressione, temperatura, saturazione);
- Fonendoscopio *bluetooth*, modalità cardio e polmonare con ascolto remoto in tempo reale;
- Otoscopio digitale.

DOTAZIONE TECNOLOGICA E STRUMENTALE STANDARD

La dotazione standard di materiale e apparecchiature prevede:

- carrello per l'emergenza;
- set per intubazione/RCP;
- carrello per medicazioni;
- carrello per terapia;
- carrello contenente dispositivi medico chirurgici per l'esecuzione di procedure clinico assistenziali;
- monitor defibrillatore/stimolatore;
- DAE;
- carrelli per la terapia farmacologica;
- dispositivi per la somministrazione di ossigeno (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, sistema respiratorio manuale per ventilazione assistita o controllata "va e vieni", pallone autoespandibile (AMBU));
- monitor multiparametrici in numero adeguato;
- sfigmomanometro;
- otoscopio;
- glucometer;
- termometri elettronici dotati di protezioni monouso;
- elettrocardiografo;
- pompe infusionali in numero adeguato;
- ecografo pluridisciplinare;
- emogasanalizzatore;
- test Kit rapidi ad immunofluorescenza;
- apparecchio radiologico portatile;
- frigorifero per farmaci
- letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato e barre di protezione anti caduta;
- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine;
- sollevatori.

Per i nuovi OdC edificati in aree isolate, non potendo condividere strumenti e apparecchiature con altre strutture dotate di servizi, si suggerisce di fornire, oltre alle suddette dotazioni, anche Point-of-Care (POCT) per l'esecuzione dei seguenti Test: Sodio; Potassio; Calcio; Creatinina; Emoglobina; Glucosio; Amilasi; Markers cardiaci (Troponina, Mioglobina, CK-MB); INR, PT, PTT, Fibrinogeno; Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi); Proteina C-Reattiva); lattati; Analisi delle urine.

Gli esiti dei Test devono essere validati da remoto dal laboratorio analisi ed esportati automaticamente sulla cartella clinica elettronica; in questo modo i dati ottenuti possono essere condivisi istantaneamente con tutti i componenti dell'équipe grazie all'interfaccia del software, diminuendo così il cosiddetto *turn around time* (TAT), vale a dire il tempo di percorso di una richiesta necessario all'ottenimento del risultato o della risposta del referto.

Si può supporre che la disponibilità di esecuzione di Test clinici in tempi rapidi secondo le tecniche di *goal-directed terapia*, *GDT* (terapia precoce diretta al raggiungimento dell'obiettivo) contribuiscono a una riduzione di potenziali eventi avversi.

L'OdC dispone inoltre di:

- postazioni per l'erogazione dell'ossigeno;
- sistema di aspirazione/vuoto;
- impianto di aria compressa.

LE PROCEDURE

Sono fortemente raccomandate le seguenti procedure:

- valutazione del paziente e dei potenziali rischi di caduta, lesioni da decubito etc...;
- corretta comunicazione con il paziente e i suoi familiari per il coinvolgimento attivo nel processo di cura;
- gestione e conservazione della documentazione sanitaria;
- conservazione e trasporto dei materiali biologici;
- sanificazione, disinfezione e sterilizzazione di strumenti e materiali;
- gestione delle emergenze e urgenze
- gestione degli *alert*;
- gestione dello smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente;
- prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- valutazione del dolore;
- gestione del rischio clinico e applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- corretto utilizzo dei dispositivi medici;
- gestione della terapia farmacologica;
- richiesta di visite specialistiche ed esami strumentali;
- rapporti PROATTIVI con la COT.

Procedure specifiche relative alle attività svolte dai professionisti.

Le Aziende Sanitarie Locali, inoltre, redigono procedure specifiche per disciplinare l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina.

- Modalità per le prestazioni di televisita da remoto.
- Modalità di richiesta di teleconsulto medico e teleconsulenza medico-sanitaria.
- Modalità di richiesta di teleriabilitazione.
- Modalità di gestione del telemonitoraggio comprendente il set di parametri oggetto e valori soglia di riferimento anche personalizzati stabiliti dal medico.
- Modalità di telerefertazione.
- Indicatori di esito

DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Prima della dimissione, se ritenuto opportuno, il responsabile sanitario può richiedere la valutazione della UVM.

Il Responsabile sanitario e il *case manager* richiedono il supporto della COT per la transizione del setting assistenziale.

La cartella viene completata con la diagnosi di dimissione (classificazione ICD-9) e firmata dal Responsabile sanitario.

La lettera di dimissione è redatta dal responsabile sanitario ed è inviata al MMG/PLS.

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

L'organizzazione sanitaria persegue come obiettivo primario la tutela della salute dei cittadini e di conseguenza la sicurezza e la qualità delle cure; ricevere cure sicure è ciò che si attendono tutti i cittadini quando si rivolgono ad una struttura sanitaria, garantirle è il principio alla base dell'etica dei professionisti della salute.

La funzione di *"Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore (.)"*.

L'approccio alla gestione del rischio clinico richiede un fondamentale cambio di paradigma, in quanto l'errore deve essere considerato non solo come parte della fallibilità delle azioni umane, ma anche fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che lo hanno generato.

È altrettanto vero che non nuocere è alla base dell'etica che guida ogni giorno l'operato di medici, infermieri e tecnici; se non è possibile evitare gli errori è compito del *Risk Management* attivare idonee azioni di prevenzione e promozione della rimozione dei fattori contribuenti, con l'obiettivo quindi di eliminare dal sistema le condizioni che potenzialmente favoriscono l'insorgenza degli eventi avversi.

Il *Risk Management* promuove l'utilizzo di sistemi di segnalazione volontaria e anonima mediante l'utilizzo dell'*Incident Reporting*, che consente ai professionisti sanitari di comunicare eventi avversi causati involontariamente, spesso provocati da criticità latenti, e che procurano un danno al paziente o situazioni di rischio, (i cosiddetti *"near miss"* o *"eventi evitati"*), che hanno la potenzialità concreta di provocare un evento avverso, che tuttavia non si verifica per effetto del caso fortuito, o perché intercettato dal personale sanitario, o perché impedito da barriere efficaci poste in essere dai processi organizzativi.

Inoltre, il Rischio clinico si avvale di strumenti per l'analisi degli eventi, tra questi l'Audit clinico, definito dal Ministero della Salute come la *"Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di Best Practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte"*.

Infatti il Ministero della Salute ha previsto, tra gli adempimenti a carico delle strutture Sanitarie a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'obbligo di segnalazione di eventi avversi all'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, mediante la registrazione sulla piattaforma dedicata del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Una delle modalità di analisi previste dal SIMES per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un evento è la *"Root Cause Analysis"* (RCA), riconosciuta come uno degli strumenti di analisi reattiva più efficaci e adattabili anche al contesto sanitario ed è considerata dalla *"Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization"* come lo strumento elettivo per l'analisi degli eventi sentinella.

È raccomandata, pertanto, l'adozione di procedure organizzative aziendali e a mero titolo esemplificativo, se ne indicano alcune: prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);

- valutazione della qualità percepita dell'assistenza da parte del cittadino;
- gestione delle urgenze;
- gestione degli *alert*;
- applicazione delle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, definite strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi;
- informazioni/ raccomandazioni fornite al paziente e/o ai familiari sui potenziali rischi che si possono verificare durante il ricovero;
- AUDIT Clinici.

Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III - "L'AUDIT CLINICO"

LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

La formazione continua in medicina include l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità utili alla pratica professionale competente ed esperta. Essa si avvale dello strumento dell'audit per verificare periodicamente le competenze e l'adesione alle nuove evidenze scientifiche e alla normativa vigente, nonché, alle indicazioni ministeriali su vari temi.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per garantire risposte adeguate ai bisogni di cura dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale.

L'obiettivo della formazione permanente è garantire un aggiornamento che consenta al personale di conservare un livello adeguato di performance clinico-assistenziali, organizzative e relazionali.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza di qualità e potersi prendere cura dei propri pazienti con competenza.

Essa dunque ha lo scopo di fornire al personale sanitario le *"clinical competence"* idonee alla gestione dei pazienti in età adulta e pediatrica, in particolari condizioni di fragilità, onde renderlo un personale sanitario duttile ed in grado di affrontare le diverse condizioni cliniche.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in tutti gli ambiti in cui si erogano prestazioni sanitarie.

La formazione di base rivolta a medici e infermieri prevede la conoscenza:

- del *risk management* e dei modelli di segnalazione degli eventi avversi/sentinella;
- della Legge n. 24 del 8 marzo 2017 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*;
- delle linee guida e protocolli adottati dall'amministrazione regionale e dall'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza;
- delle innovazioni tecnologiche, *e-health* e servizi di Telemedicina;
- della corretta gestione e utilizzo dei nuovi dispositivi medici;
- dell'organizzazione territoriale;
- dei protocolli decisionali per la gestione delle urgenze;
- delle interconnessioni dei servizi del sistema sanitario regionale;
- delle tecniche di comunicazione.

Il possesso delle certificazioni di BLS-D e PBL, prevista anche per il personale OSS.

LA FORMAZIONE IN TELEMEDICINA

I Piani formativi aziendali dedicati al personale impegnato nell'erogazione di prestazioni in telemedicina nell'OdC devono prevedere programmi di base e avanzati, con riferimento specifico all'acquisizione di competenze digitali volte all'utilizzo di strumenti e applicativi di telemedicina, scelti dall'organizzazione per le varie funzioni.

Il piano di formazione deve essere adeguatamente accompagnato da una campagna di comunicazione, rivolta ai professionisti sanitari finalizzata ad un triplice obiettivo:

- sensibilizzare ed accrescere la consapevolezza degli attori coinvolti rispetto ai potenziali benefici della telemedicina;
- promuovere l'adozione del nuovo modello assistenziale;
- ridurre le barriere d'accesso ai servizi evidenziando la facilità d'uso della piattaforma.

1. PRIVACY

I dati devono essere gestiti in ottemperanza al GDPR (*General Data Protection Regulation* GDPR), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii, i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

L'art. 6 par. 1 lettera e) e l'art. 9, par. 2, lettera h) del GDPR 679/2016, stabiliscono i principi generali che il titolare del trattamento è tenuto a seguire nella raccolta dei dati personali degli utenti.

“Il trattamento dei dati personali e particolari per essere lecito deve essere limitato ai soli dati indispensabili, pertinenti e limitati a quanto necessario per il perseguimento delle finalità per cui sono raccolti e trattati”.

La struttura deve garantire la tutela dei dati personali e dei dati particolari, il personale vi accede in base a differenti profili di abilitazione, secondo il ruolo professionale ricoperto.

FLUSSI INFORMATIVI

L'OdC deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale

La Regione provvede alla alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dagli Ospedali di Comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute, sulla base del flusso informativo alimentato dalle AA.SS.LL., il cui corretto adempimento è valutato dalla Amministrazione regionale

La Regione valuta periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità tramite il flusso informativo.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando la cartella clinico-assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
- Tasso di ricovero in OdC per acuti durante la degenza in OdC;
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni;
- Degenza media in OdC;
- Degenza oltre le 6 settimane;
- N. pazienti provenienti dal domicilio;
- N. pazienti provenienti da ospedali.

I REQUISITI GENERALI

L'intesa siglata in Conferenza Stato Regioni Rep Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020 *“sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità”* indica i requisiti generali e specifici per la realizzazione degli Ospedali di Comunità.

I requisiti generali

“L'OdC deve essere realizzato nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione

antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza antiinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi.

Servizi generali

“L’OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- *locali ad uso amministrativo;*
- *cucina e locali accessori;*
- *lavanderia e stireria;*
- *servizio mortuario.*

Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Sono ammesse esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia.”

Accessibilità

Il percorso di accesso all’OdC deve essere privo di barriere architettoniche e consentire un passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione. Deve essere dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto e di un accompagnatore.

Requisiti strutturali e tecnologici specifici

Aspetti strutturali

- Spazio attesa visitatori.
- Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a massimo 4 PL. Aventi accesso diretto al bagno e poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilizzazione del paziente.
- Aree soggiorno/consumo pasti.
- Locale per visite e medicazioni.
- Locali di lavoro per il personale.
- Spogliatoio per il personale con servizio igienico.
- Locale/spazio di deposito materiale pulito.
- Locale/spazio di materiale sporco.
- Locale sosta e osservazione salme.

Aspetti tecnologici

- *Impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati.*
- *Impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile.*
- *Impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto.*
- *Dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici.*
- *Presidi antidecubito.*

Attrezzatura per mobilizzazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti”.

LA CARTA DEI SERVIZI

Gli OdC, ai fini della trasparenza, adottano la carta dei servizi (in conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento).

La carta assicura la piena informazione circa:

- l'organizzazione della struttura;
- l'organigramma;
- la gestione delle liste di attesa;
- il target/tipologia di pazienti ammissibili;
- le prestazioni erogate in telemedicina;
- le modalità di gestione dei dati e della privacy;
- le modalità di accesso;
- la modalità e tempistica per l'accesso alla documentazione sanitaria;
- la modalità per la segnalazione di reclami/disservizi e/o di elogi.

Inoltre, ogni OdC provvede alla rilevazione sul grado di soddisfazione e qualità percepita dei cittadini/pazienti in merito all'assistenza ricevuta nel corso del ricovero. La rilevazione ha lo scopo di indentificare i fattori organizzativi di maggiore criticità, al fine di eliminare le problematiche evidenziate e introdurre le necessarie azioni di miglioramento. A tal fine le strutture somministrano un questionario anonimo informatizzato ai pazienti/caregiver.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

“L'OCSE nel 2015 ha sottolineato la necessità per l'Italia di valutare e migliorare la qualità dell'assistenza con e secondo il punto di vista dei cittadini e dei pazienti”.

“Una delle componenti fondamentali della qualità dell'assistenza è l'umanizzazione/centralità delle persone alla quale è riconosciuto dalla WHO un ruolo rilevante nella governance dei Sistemi Sanitari”.

L'umanizzazione è tra gli obiettivi prioritari del SSN e nel Patto per la salute 2014-2016 le Regioni e le Province autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione delle cure che pone al centro delle cure **“la persona”**, considera l'individuo nella totalità inscindibile della componente fisica, mentale, emotiva e spirituale.

“Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo dovrebbe essere l'elemento fondamentale di tutte le decisioni che riguardano la progettazione dell'assistenza; inoltre, la mancanza o la perdita di funzione, anche cognitiva, non modifica in alcun modo l'umanità della persona assistita.

Un servizio di qualità deve garantire il benessere della persona, deve essere rispettoso, accessibile, e deve fornire una continuità nell'assistenza”.

In tutti i luoghi di cura, compresi gli OdC, gli interventi sanitari devono essere in grado di garantire la presa in carico della persona secondo una visione olistica che consideri l'individuo come un essere unico, con i suoi bisogni e le sue fragilità, portatore di conoscenze, di credenze e consapevole della propria condizione di salute.

PROCEDURA OPERATIVA
Ospedali di Comunità
di
San Valentino - Città Sant'Angelo
ASL PESCARA

Procedura Operativa Ospedali di Comunità di San Valentino e Città Sant'Angelo

1. FINALITA'

Il presente documento definisce le procedure di accesso e l'organizzazione degli OdC della ASL di Pescara, in linea con la normativa nazionale vigente e assicurando una presa in carico programmata, secondo i criteri di appropriatezza. L'OdC svolge la funzione di setting intermedio, mettendo in connessione il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei in base al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e di autonomia.

2. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

A. Riferimenti legislativi Europei

1. **Regolamento (UE) 2021/241** – *Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio che istituisce il Recovery and Resilience Facility (RRF)*, alla base delle risorse finanziarie NextGenerationEU che finanziano la rete di assistenza territoriale inclusi gli Ospedali di Comunità.

B. Riferimenti legislativi Nazionali

1. **Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77** – *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (SSN)*.
2. **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Missione 6 "Health" (NextGenerationEU framework)**

C. Riferimenti Regione Abruzzo e ASL Pescara

1. La DGR 263 del 24 maggio 2022 ad oggetto *"PNRR Missione 6 Salute: Presa d'atto e approvazione del Piano Operativo Regionale, dello schema di Contratto Istituzionale Di Sviluppo (C.I.S.) di cui al Decreto del Ministero della Salute 5 aprile 2022 ed ulteriori disposizioni"*, la quale, tra l'altro ha approvato il Piano Operativo regionale - Missione 6 Salute - comprendente gli Action Plan per ciascuna linea di investimento, nonché gli allegati atti di nomina dei RUP aziendali afferenti ai singoli interventi di finanziamento e ha recepito ed approvato lo schema di contratto istituzionale di sviluppo (CIS);
2. **la DGR 773 del 13 dicembre 2022** *"Recepimento del D.M. 77/2022 - Approvazione del Piano dell'assistenza Territoriale della Regione Abruzzo"*, finalizzato all'accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, Del Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza (Pnrr);

3. **la DGR n. 799 del 20 dicembre 2022** ad oggetto *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Pnrr Missione 6 Salute C 1 E C 2 (Art. 1, Comma 1042, Legge 30 Dicembre 2020 N. 178) di cui All’intesa Csr N. 1 del 12/01/2022 – Assegnazione Interventi Alle Aziende Sanitarie – Delega Attività ai Sensi Dell’art. 5 del Cis;*
4. **la DGR n. 270 del 17 maggio 2024** – *Approvazione delle “Linee di indirizzo della Regione Abruzzo – Ospedali di Comunità*
5. **la Delibera aziendale n. 1525 del 03 ottobre 2024** *avente ad oggetto il recepimento della DGR n.270 del 17 maggio 2024 (...) e l’approvazione del protocollo interno modello organizzativo aziendale ospedale di comunità dell’ASL di Pescara;*
6. **la DGR n. 539 del 09 settembre 2024** *avente ad oggetto “Piano Nazionale Di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute: Modifica D.G.R. 263/2022 e Approvazione Nuovo Piano Operativo Regionale Pnrr Missione 6”;*
7. **la DGR n° 46 del 31 gennaio 2025** *avente ad oggetto: “Presenza d’atto e approvazione del Documento Tecnico Linee di indirizzo delle Case di Comunità – Regione Abruzzo finalizzato all’accesso delle risorse di cui alla Missione 6- Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).”*
8. **La DGR n. 243 del 17 aprile 2025** *ad oggetto “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute: Modifica D.G.R. 263/2022 E D.G.R. 539/2024 e Approvazione Nuovo Piano Operativo Regionale Pnrr Missione 6”;*
9. **La DGR 569 del 4 settembre 2025** *“Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6 Salute: Modifica D.G.R. 263/2022, DGR 539/2024, DGR 243/2025 e Approvazione Nuovo Piano Operativo Regionale Pnrr Missione 6.”;*
10. **La Delibera Aziendale n.87 del 29 gennaio 26** *avente ad oggetto il Recepimento della DGR n° 46 del 31.01.2025 avente ad oggetto: “Presenza d’atto e approvazione del Documento Tecnico Linee di indirizzo delle Case di Comunità – Regione Abruzzo finalizzato all’accesso delle risorse di cui alla Missione 6- Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).” Approvazione Protocollo aziendale denominato “Riorganizzazione*

2. TARGET DI POPOLAZIONE

L'accesso è rivolto a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, ma che necessitano di assistenza sanitaria infermieristica continuativa nelle 24 ore, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Possono accedere all'OdC, anche persone provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica che manifestano la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare, su richiesta del MMG.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- *pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;*
- *pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;*
- *pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;*
- *pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in:*

valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio. (DM 77)

Vista la tipologia di pazienti, si tratta quindi di una **elevata complessità assistenziale** a fronte di una **bassa intensità di cure**.

3. RESPONSABILITA'

A. ORGANIZZAZIONE INTERNA

L'Ospedale di Comunità è gestito nell'ambito dell'organizzazione distrettuale/territoriale della ASL. La responsabilità igienico-sanitaria, clinica, organizzativa e gestionale è attribuita al **Direttore di Distretto** ed esercitata tramite un **Responsabile sanitario** (dirigente medico), che garantisce

l'appropriatezza dei ricoveri, la qualità e la sicurezza delle cure, il coordinamento dei percorsi assistenziali, la gestione clinica dei pazienti, la documentazione sanitaria, la continuità delle cure e il raccordo con MMG/PLS, UVM e familiari.

Il **medico del ruolo unico di assistenza primaria (MMG/PLS)**, secondo l'ACN 4 aprile 2024, governa il processo assistenziale dell'assistito, assicura la continuità delle cure tutti i giorni della settimana e opera negli OdC in integrazione con AFT, UCCP, Case della Comunità e servizi di emergenza-urgenza.

L'**IFO di Coordinamento** ha responsabilità organizzative e gestionali sul personale infermieristico e OSS, sulle risorse, sulla qualità, sulla sicurezza, sul rischio clinico e sulla formazione, collaborando con il Responsabile sanitario.

L'**infermiere case manager** garantisce la presa in carico, la continuità assistenziale, il coordinamento della dimissione protetta, il raccordo con famiglia, servizi territoriali e COT, e il supporto all'autocura e alla telemedicina.

Gli **infermieri dell'équipe** assicurano l'assistenza infermieristica h24, pianificano e attuano i PAI/PDTA, monitorano le condizioni cliniche e documentano l'assistenza.

Gli **operatori socio-sanitari (OSS)** forniscono supporto assistenziale, igienico-alberghiero e organizzativo, operando in integrazione multiprofessionale per il benessere e l'autonomia dell'utente.

B. RAPPORTI ESTERNI

— Responsabilità del Medico di Medicina Generale

Il MMG è responsabile:

- della valutazione clinica iniziale;
- della verifica dell'appropriatezza del ricovero;
- della trasmissione della richiesta di ricovero alla COT;
- della presa in carico del paziente alla dimissione. –

Responsabilità della Centrale Operativa Territoriale La COT è

responsabile:

- Ricezione e registrazione richieste di ricovero;
- coordinamento dei percorsi territoriali;
- valutazione e analisi documentazione per i ricoveri in OdC;
- gestione dei posti letto;
- continuità assistenziale alla dimissione;
- Coordinamento MMG e OdC durante l'iter.

La COT, inoltre:

- Analizza la segnalazione;
- Verifica l'appropriatezza dell'OdC;
- Valuta la necessità di coinvolgimento del PUA;
- Coordina eventuali integrazioni documentali.

In caso di **non eleggibilità**, la COT orienta verso percorsi alternativi (ADI, cure palliative, struttura residenziale).

4. MODALITA' DI ACCESSO

La procedura di ricovero presso l'Ospedale di Comunità si attiva con l'invio della richiesta da parte dell'Unità Operativa dimettente o delle strutture residenziali alla Centrale Operativa Territoriale (COT). La richiesta deve essere corredata di tutta la documentazione clinica, le schede di valutazione del paziente e l'informativa privacy debitamente firmata.

La COT provvede all'esame e alla verifica della documentazione ricevuta e, accertata la disponibilità del posto letto, trasmette la richiesta all'Ospedale di Comunità.

Il Responsabile sanitario dell'Ospedale di Comunità valuta la sussistenza dei criteri di ammissibilità al ricovero, in coerenza con quanto previsto dalla procedura aziendale.

In caso di esito positivo della valutazione, l'Ospedale di Comunità procede all'accettazione del paziente e all'apertura della cartella clinica informatizzata, dando avvio al percorso assistenziale previsto.

4.1. Soggetti proponenti l'accesso

L'accesso all'Ospedale di Comunità (OdC) può avvenire su proposta dei seguenti professionisti:

- Medico di Medicina Generale (MMG);
- Pediatra di Libera Scelta (PLS);
- Medico specialista ambulatoriale interno o ospedaliero;
- Medico ospedaliero, nell'ambito di dimissione protetta;
- Medico di Pronto Soccorso,
- Medico di struttura privata (residenziale/per acuti convenzionata).

Nei casi di provenienza ospedaliera può essere richiesta la valutazione della **Unità di Valutazione**

Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), come dimissione protetta.

4.2. Ruolo della segreteria amministrativa

L'organizzazione dell'accesso all'OdC è affidata alla segreteria amministrativa, che svolge le seguenti funzioni:

- ricezione delle richieste di ricovero;
- registrazione della data di ricezione;
- trasmissione delle richieste al Responsabile sanitario per la valutazione di ammissibilità;
- inserimento delle richieste in lista di attesa secondo le classi di priorità definite dal Responsabile sanitario, previa condivisione con l'IFO di Coordinamento, nel rispetto dei principi di equità e trasparenza;
- aggiornamento della disponibilità dei posti letto sulla piattaforma informatica regionale;
- raccordo costante con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con la rete dei servizi territoriali;
- gestione flussi ricovero pazienti non residenti (comprese le prescrizioni di farmaci-dispositivi-presidi e le forniture di ausili e dispositivi nonché le consulenze ed altre attività non ricomprese nei flussi della compensazione per mobilità attiva e passiva).

4.3. Requisiti di ammissibilità

Il ricovero presso l'OdC è subordinato alla presenza dei seguenti requisiti:

- invio della richiesta di ricovero completa, tramite piattaforma informatica, da parte del soggetto competente alla COT (in assenza della COT, invio diretto alla PEO dell'OdC);
- diagnosi definita;
- programma terapeutico delineato;
- assenza di problematiche acute in atto;
- valutazione dell'Indice di Dipendenza Assistenziale infermieristica (IDA);
- stabilità clinica documentata con scala MEWS ≤ 2 ;
- percorso clinico-assistenziale definito;
- eventuale valutazione medica/UVMO in base al setting di provenienza.

Prima della proposta di ricovero, il medico richiedente deve effettuare la valutazione clinica e assistenziale del paziente mediante **scale standardizzate**, finalizzate alla verifica del livello di stabilità clinica, complessità assistenziale e autonomia.

4.4. Criteri di non ammissibilità

Non sono ammissibili al ricovero in OdC i pazienti che presentano una o più delle seguenti condizioni:

- richiesta di ricovero incompleta;
- diagnosi o programma terapeutico non definiti;
- presenza di problematiche acute;

- instabilità clinica (MEWS > 2);
- assenza di un percorso clinico-assistenziale strutturato;
- demenza con disturbi comportamentali non controllati farmacologicamente;
- bisogni esclusivamente sociali, gestibili in altri setting assistenziali;
- patologie infettive che richiedano isolamento (ad eccezione dell'isolamento da contatto);
- parametri vitali indicativi di criticità clinica (alterazioni significative di frequenza cardiaca, pressione arteriosa, temperatura corporea, frequenza respiratoria, stato di coscienza);
- sanguinamento in atto;
- sospetta o accertata ischemia miocardica acuta;
- eventi neurologici acuti o rapidamente progressivi;
- patologie infettive acute potenzialmente trasmissibili.

4.5. Revoca della richiesta

Qualora, successivamente all'invio della richiesta di ricovero, si verifichi una modifica del quadro clinico del paziente, il medico richiedente è tenuto a trasmettere tempestivamente la **revoca** alla COT o direttamente all'OdC, tramite piattaforma informatica e/o posta elettronica ordinaria (PEO), se la COT non è ancora operativa.

4.6. Ammissione e presa in carico

All'ammissione il **Responsabile sanitario** apre la cartella clinica informatizzata, acquisisce i consensi (PAI/PRI, trattamento dati, telemedicina), fornisce informativa privacy e carta dei servizi, definisce o propone il percorso clinico-assistenziale e comunica la durata del ricovero (massimo 30 giorni).

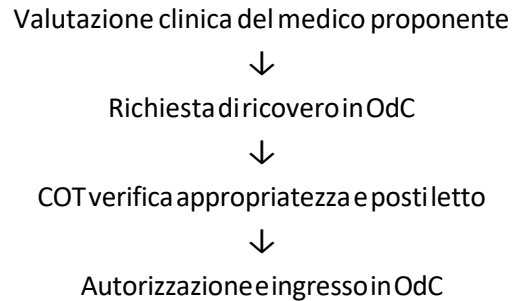
Le **consulenze specialistiche** sono garantite da medici ospedalieri o specialisti convenzionati secondo le procedure aziendali.

La **prescrizione dei farmaci** avviene tramite il Responsabile sanitario, con fornitura a cura della Farmacia ospedaliera, inclusi prodotti per nutrizione artificiale secondo le direttive regionali.

L'Azienda assicura la **fornitura di ausili, presidi e dispositivi**, analogamente a quanto previsto per ADI e strutture extraospedaliere.

La **continuità Assistenziale** Medica nelle ore di assenza del Medico degli OO.dd.CC. attraverso la Pronta Disponibilità che sarà garantita dai medici incaricati secondo le procedure aziendali definite dalla UOC Dinamiche del Personale.

FLOW- CHART (INGRESSO IN OdC)



5. TELEMEDICINA

La **telemedicina** è una modalità integrata di erogazione delle prestazioni sanitarie che utilizza tecnologie ICT per supportare prevenzione, diagnosi, cura e monitoraggio dei pazienti, senza sostituire il rapporto diretto medico-paziente. È parte integrante dei **PAI/PRI/PDTA** e rafforza la presa in carico nel medio-lungo periodo.

Gli **Ospedali di Comunità** utilizzano la telemedicina per pazienti selezionati e clinicamente idonei, secondo i percorsi assistenziali definiti. Il modello regionale si fonda su quattro componenti:

- **professionisti** (Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina – EMST);
- **processi** (identificazione pazienti, attivazione ed erogazione dei servizi, gestione dei device, formazione);
- **tecnologie** (piattaforma regionale);
- **sistemi di controllo** (monitoraggio dell'adozione dei servizi digitali).

L'attivazione dei servizi richiede il **consenso informato**, l'autorizzazione al trattamento dei dati, l'identificazione degli operatori e il rispetto delle procedure di sicurezza e privacy.

Le principali prestazioni erogabili sono: **televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, telemonitoraggio, telecontrollo medico e teleriabilitazione.**

La **televisita** e il **telecontrollo** sono riservati a pazienti con diagnosi già definita e sono documentati in cartella clinica. Il **teleconsulto** consente il confronto tra professionisti e la condivisione delle decisioni cliniche. La **teleconsulenza** supporta l'attività clinico-assistenziale tra operatori sanitari. Il **telemonitoraggio** permette il controllo continuo dei parametri vitali a distanza.

Le ASL garantiscono un **servizio di Help Desk** per il supporto tecnico, senza responsabilità clinica, assicurando continuità, sicurezza e integrità dei dati.

I **MMG/PLS** possono accedere alla piattaforma di telemedicina per monitorare i propri assistiti e

condividere le decisioni cliniche con il Responsabile sanitario dell'OdC e l'équipe assistenziale.

6. DIMISSIONI

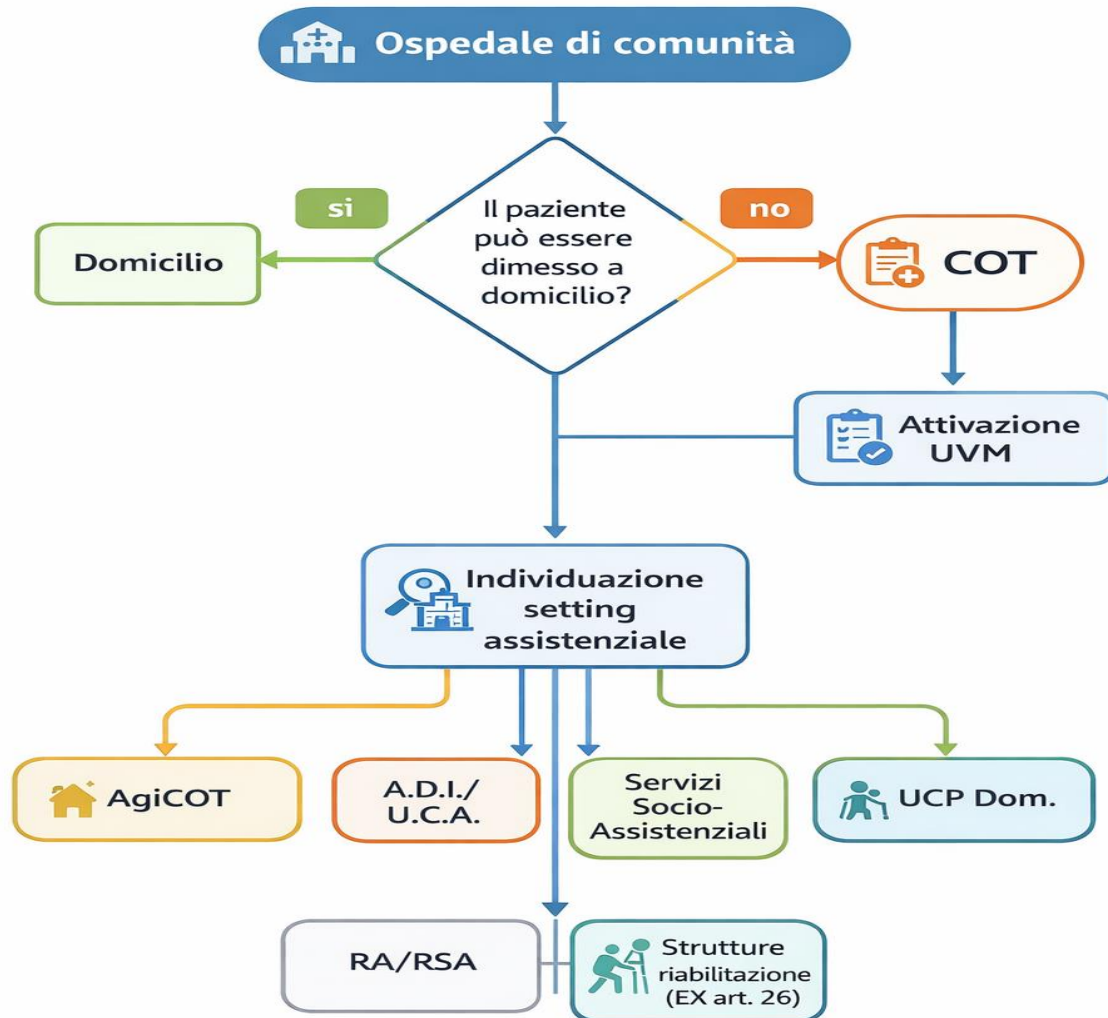
La procedura di dimissione prevede innanzitutto la valutazione della stabilità clinica del paziente e della sussistenza dei criteri di dimissibilità. A seguito di tale valutazione, la dimissione viene comunicata alla Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il Responsabile sanitario provvede quindi alla redazione della lettera di dimissione; qualora il rientro al domicilio preveda l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), viene attivata l'UVM territorialmente competente e redatto il Piano Assistenziale Individuale (PAI) tramite l'apposita piattaforma informatica. L' UVM viene attivata anche in caso di dimissione in altri setting assistenziali, diversi dal domicilio.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) è coinvolto nel processo di dimissione mediante l'invio della lettera di dimissione, contenente le indicazioni cliniche e assistenziali necessarie per il rientro a domicilio.

La dimissione si conclude con il rientro del paziente al domicilio, con o senza attivazione dell'ADI, oppure con il trasferimento verso un diverso setting assistenziale, in base ai bisogni clinici e assistenziali rilevati.

FLOW-CHART (DIMISSIONE da OdC)



Ricoveri e dimissioni nei giorni festivi

- Ricoveri festivi consentiti previa autorizzazione del Responsabile OdC e disponibilità P.L. OdC;
- Priorità a ricoveri programmati o dimissioni PROTETTE da PS e/o da reparti ospedalieri;
- Dimissioni festive subordinate all'attivazione dei servizi;
- In assenza di servizi, dimissione rinviata al primo giorno utile.

7. MODULISTICA

Si rimanda agli allegati.

CARTA DEI SERVIZI
Ospedali di Comunità
di
San Valentino - Città Sant'Angelo

ASL PESCARA



1. PREMESSA

La Carta dei servizi è uno strumento rivolto a tutti gli operatori coinvolti nelle attività svolte presso gli Ospedali di Comunità allo scopo di fornire loro indicazioni sui servizi erogati, le modalità di accesso alle prestazioni, i riferimenti logistici, le modalità per la segnalazione di eventuali reclami e/o suggerimenti da parte dell'utenza.

2. DESCRIZIONE DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

2.a Sede Operativa

Gli Ospedali di Comunità dell'ASL di Pescara sono ubicati:

- San Valentino in Abruzzo Citeriore Via Paolo Borsellino n°11
- Città S. Angelo Largo Baiocchi n°1

2.b La Mission

Mission degli Ospedali di Comunità è la soddisfazione dei bisogni della persona intesa nella sua globalità, al fine di favorirne e/o totalmente ripristinarne l'autonomia e facilitare le relazioni sociali.

Gli OO.dd.CC. contribuiscono al processo di appropriatezza delle cure, prevenendo le fasi di riacutizzazione nei pazienti cronici, che potrebbero esitare in una riduzione degli accessi impropri ai servizi sanitari nel loro complesso, al Pronto Soccorso o al ricorso a prestazioni specialistiche poco utili.

Gli OO.dd.CC. accompagnano inoltre la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze dei pazienti.

A tal fine, l'obiettivo consiste nel coinvolgimento attivo del paziente/caregiver mediante azioni di formazione/addestramento, allo scopo di favorire la consapevolezza della malattia e la capacità di autocura.

3. CRITERI DI ACCESSO ED ESCLUSIONE

3.a Criteri di accesso

Pazienti provenienti dal domicilio

- Pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi.
- Pazienti che necessitano di un programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal Medico di Medicina Generale (MMG)/Unità di Continuità Assistenziale (UCA) o Unità Valutativa Multimediale (UVM).
- Pazienti che richiedono intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3).
- Pazienti con assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica).

Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa

- Paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio.

- Paziente con assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3).
- Pazienti con intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3).
- Pazienti con percorso diagnostico completato.
- Pazienti con prognosi stimata e attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni).
- Pazienti con programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione.

3.b Criteri di esclusione

- Pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 5 o uno dei parametri uguale 3).
- Pazienti con diagnosi non ancora definita.
- Pazienti con intensità assistenziale alta: Indice di Intensità Assistenziale > 3 .
- Pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in Cure Domiciliari con setting domiciliare adeguato.
- Pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.
- Pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.).
- Presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio.
- Pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative.
- Pazienti pediatrici.

Sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica.

4. CRITERI DI ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE

4.a Accoglienza

L'accesso nella struttura e la presa in carico del paziente prevede la presentazione all'I'IFO di Coordinamento /Case Manager della Proposta di Ricovero (Allegato 1), tramite la compilazione, in ogni sua parte, della scheda di accesso.

La richiesta di ricovero può essere inviata da:

- Medico di Medicina Generale (anche su segnalazione da parte dell'IFeC - Infermiere di Famiglia e di Comunità), per pazienti al domicilio;
- Specialista ambulatoriale o medico ospedaliero per pazienti provenienti da altre strutture o degenze ospedaliere;
- Pronto Soccorso previo accordo con l'OdC e secondo le modalità previste;
- Medico di Continuità Assistenziale
- Centrale Operativa Territoriale (COT).

La documentazione deve essere trasmessa ai seguenti indirizzi email a seconda del territorio di provenienza dei Pazienti

eleggibili all'ingresso presso gli OO.dd.CC.:

- cot.pescara@asl.pe.it
- cot.penne@asl.pe.it
- cot.scafa@asl.pe.it

La presa in carico prevede, al ricevimento della segnalazione, la valutazione di idoneità al ricovero da parte del Case Manager e del Clinical Manager dell'OdC e in sua conseguenza la notifica di esclusione o di inclusione nella lista d'ingresso.

L'ingresso è mediato dalla COT Distrettuale di pertinenza e dal Case Manager Territoriale.

All'atto della segnalazione l'inviante è tenuto ad indicare le finalità del ricovero e i conseguenti obiettivi cui tendere.

Possono accedere agli OO.dd.CC. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche in fase di riacutizzazione, al fine di prevenirne l'ospedalizzazione.

Gli OO.dd.CC. forniscono riscontro motivato al richiedente entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta.

Il ricovero presso gli OO.dd.CC. hanno una durata non superiore a 30 giorni.

Solo in casi eccezionali e comunque ben motivati, la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

4.b Presa in carico

Vengono garantiti al paziente:

- Valutazione multidimensionale all'ingresso e successiva compilazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), condiviso con il paziente o l'Amministratore di Sostegno;
- Verifica dello status vaccinale ed erogazione delle vaccinazioni appropriate per le condizioni del paziente;
- Verifica dello status di screening (per prevenzione del tumore del colon retto, cervice uterina, mammella e screening HCV) in relazione alle condizioni del paziente ed eventuale prenotazione/offerta di prestazioni in accordo con il centro screening di ATS;
- Esecuzione di screening nutrizionale;
- Integrazione con attività extra Sistema Sanitario Regionale (SSR) per l'offerta di percorsi di attività fisica adattata alle condizioni del paziente (ad esempio gruppo di cammino);
- Counseling motivazionale breve per stili di vita (tabacco, alimentazione, attività fisica);
- Fornitura di presidi legati alla nutrizione artificiale (ricompresi nell'assistenza integrativa), ossigenoterapia (ricompresa nell'assistenza farmaceutica), assistenza integrativa e protesica, assistenza farmaceutica;
- Eventuale accesso a prestazioni sanitarie specialistiche;
- Educazione sanitaria e addestramento del paziente e del caregiver alla migliore gestione delle nuove condizioni cliniche;
- Dimissione protetta.

La gestione di queste attività prevede un approccio multidisciplinare e multiprofessionale dei casi in carico.

Gli interventi sono integrati, programmati e verificati nelle riunioni d'equipe al fine di armonizzare l'offerta sanitaria e quella socio sanitaria.

Particolare attenzione è rivolta all'integrazione con la rete dei servizi territoriali (presidi ospedalieri, enti istituzionali, strutture territoriali, MMG, RSD) e alla necessità di stabilire rapporti significativi al fine di garantire una presa in carico globale della persona e il superamento delle condizioni di necessità.

4.c Criteri di formazione e gestione delle liste d'attesa

Nei casi in cui le domande eccedano la disponibilità dei posti letto, si procede ad una valutazione congiunta tra l'IFO di Coordinamento e Responsabile Clinico che, fatta salva l'eleggibilità del paziente, seguirà i seguenti criteri di priorità per l'accesso in OdC:

- Data di presentazione della domanda;
- Provenienza dal domicilio su richiesta del MMG;
- Provenienza da Pronto Soccorso o da UU.OO sulla base della valutazione congiunta con il bed manager aziendale;
- Complessità assistenziale e affidabilità del caregiver;
- Disponibilità di altri setting di cura.

l'IFO di Coordinamento dell'OdC si fa carico del contatto telefonico con il Case Manager/ l'IFO di Coordinamento del reparto inviante, ovvero col MMG, al fine di ricevere informazioni utili sul setting assistenziale per un corretto inquadramento dei pazienti.

È assicurato anche un contatto con i familiari/caregiver per acquisire ulteriori dettagli conoscitivi necessari all'inquadramento del paziente nel percorso di cura.

4.d Dimissione

Al termine del ricovero viene redatta una lettera di dimissione medica e infermieristica. Nel

post dimissione vengono garantite:

- Completamento delle prestazioni erogate dalla componente sanitaria;
- Completamento di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Integrazione e supporto con la componente sociale/sociosanitaria;
- Educazione sanitaria ed addestramento di pazienti e caregiver alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche.

5. PRINCIPI FONDAMENTALI

I principi e i valori che ispirano i programmi, l'organizzazione, l'attività degli operatori e i rapporti con gli utenti, garantiscono la tutela dei seguenti diritti:

Riservatezza: l'OdC assicura, in ogni ambito della propria attività il rispetto delle norme in materia di riservatezza, nell'acquisizione, trattamento ed archiviazione di tutte le informazioni, con particolare riguardo ai dati sensibili.

Semplificazione: l'OdC si impegna a favorire l'accesso ai servizi e a limitare gli adempimenti a carico dei destinatari e degli utenti.

Uguaglianza: ogni persona che, per qualsiasi motivo, venga in contatto con l'OdC ha diritto di essere trattato in modo equanime. L'OdC rifiuta ogni discriminazione basata su sesso, etnia, razza, lingua, credenze religiose, opinioni politiche e vigilerà affinché il rispetto di questo principio venga assicurato.

Imparzialità: l'OdC si impegna ad evitare comportamenti espressione di parzialità ed ingiustizia, ovvero trattamenti non obiettivi, sia nei confronti degli operatori che nei confronti dei pazienti.

L'OdC si impegna ad evitare che i propri operatori pongano in essere comportamenti e/o atteggiamenti discriminatori nei confronti dei pazienti, loro parenti o caregiver.

Continuità: l'OdC si impegna ad assicurare all'assistito la continuità e regolarità delle cure sia nel tempo che tra diversi livelli e ambiti di erogazione ed assistenza.

Partecipazione: l'OdC si impegna a favorire l'accesso alle informazioni del paziente e/o degli aventi diritto, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e a migliorare il servizio in termini di tempestività e correttezza dei comportamenti.

Trasparenza: ogni cittadino ha diritto di conoscere in qualunque momento ciò che lo riguarda in merito alle prestazioni erogate.

Le prestazioni vengono erogate secondo standard che orientano l'azione del servizio e ne determinano il livello di qualità e che sono definiti sia da organismi regionali (standard autorizzativi e di accreditamento), sia interni alla ASL di Pescara.

- Qualifica professionale degli operatori
- Formazione continua degli operatori
- Interventi personalizzati
- Valutazione multidisciplinare nell'equipe dei bisogni degli utenti
- Informazione trasparente agli utenti

6. DEFINIZIONE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ED ATTIVITÀ PREVISTE

A seguito della segnalazione e della valutazione dell'idoneità di accesso alla lista d'attesa, il Case Manager programma e gestisce l'ingresso del paziente e, in accordo col Clinical Manager, stabilisce giorno e orario d'accettazione.

All'accesso viene eseguita la visita medica e infermieristica per la presa in carico del paziente, è assegnata la camera di degenza e viene illustrato il programma giornaliero di vita degli OO.dd.CC.

L'equipe multidisciplinare procede alla definizione dei bisogni assistenziali all'ingresso, alla somministrazione delle scale di valutazione utili a inquadrare obiettivi e interventi multidisciplinari necessari all'analisi dei bisogni che vengono registrati nel Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

La modalità organizzativo-assistenziale degli OO.dd.CC. favoriscono il coinvolgimento del caregiver.

Nella fase di accoglienza l'equipe clinico-assistenziale valuta i bisogni e stila il Piano di Assistenza Individualizzato in condivisione con il paziente ed il caregiver prevedendone adeguato addestramento.

Segue un primo colloquio tra l'Infermiere Case Manager e il caregiver che supporterà la persona nelle attività quotidiane per valutarne le competenze/capacità nonché la necessità di approfondimento rispetto ai nuovi bisogni di cura emersi.

L'addestramento è effettuato da un infermiere in collaborazione con un operatore socio-sanitario e/o un fisioterapista, sulla base della tipologia di bisogni prevalenti del paziente.

L'addestramento del caregiver è monitorato e valutato tramite una scheda di addestramento.

L'assistenza infermieristica è garantita H24 7 giorni su 7 usufruendo anche del supporto degli OSS in coerenza con gli obiettivi del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

È presente un'equipe multidisciplinare e multi professionale composta da:

- Medico
- Infermieri
- OSS
- Fisioterapisti disponibili al bisogno da altri servizi
- Assistenti Sociali

La **responsabilità gestionale nonché quella igienico-sanitaria** dell'OdC è in capo al Direttore del Distretto o Suo delegato.

La **responsabilità clinica** dell'OdC è in capo al medico referente del reparto.

La **responsabilità organizzativa e assistenziale** è in capo all'IFO di Coordinamento che svolge anche le funzioni di case manager.

È individuata la figura del **Clinical Manager** nel medico di reparto, responsabile del programma terapeutico del paziente.

È individuata la figura **dell'IFO di Coordinamento** con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa dell'intera U.O.

È individuata la figura del **Case Manager** dell'OdC con funzione del coordinamento del percorso individuale del paziente e del suo caregiver.

L'equipe effettua riunioni giornaliere di consegna finalizzate a garantire la continuità del piano terapeutico-assistenziale.

Tutti i membri dell'equipe, partecipano a riunioni finalizzate alla qualità dell'assistenza, al piano di lavoro e all'organizzazione interna.

Gli operatori dell'OdC si interfacciano direttamente con il Servizio di Farmacia per l'eventuale fornitura della nutrizione artificiale e con l'Ufficio Protesi di riferimento distrettuale per l'assistenza integrativa e protesica.

In caso di necessità di consulenze specialistiche, il medico dell'OdC può richiederle agli specialisti ospedalieri o ambulatoriali della ASL di Pescara.

La continuità Assistenziale Medica nelle ore di assenza del Medico degli OO.dd.CC. sarà assicurata attraverso la Pronta Disponibilità assicurata dai medici incaricati secondo la procedura aziendale che sarà definita dalla UOC Dinamiche del Personale

Per alcune branche specialistiche è attivabile il teleconsulto.

6.a Organizzazione della giornata

L'attività della giornata è caratterizzata dal soddisfacimento dei bisogni primari dei pazienti ricoverati e dalla valutazione medica e infermieristica.

La prima parte della giornata è dedicata, per quanto riguarda le attività assistenziali, all'igiene personale e alla cura della persona.

Gli OSS prestano assistenza affinché i pazienti siano adeguatamente aiutati ad assolvere a questi aspetti, mentre gli infermieri effettuano i prelievi ematici, la rilevazione dei parametri vitali e la somministrazione della terapia.

Alle ore 7.30 circa viene servita la colazione.

Sempre nel corso della mattinata viene effettuato il giro visite da parte del medico.

Dalle ore 9.00 alle ore 12.00 circa si provvede all'accoglienza di nuovi ingressi, ad eventuali dimissioni e si svolgono le attività fisioterapiche, ove previste.

Il pranzo è servito dalle ore 12.00 alle ore 13.00, mentre dalle ore 14.00 alle ore 15.00 è prevista una pausa di riposo.

La cena è servita alle ore 18.00.

Alle ore 20.00 ha inizio la preparazione dei degenti per il riposo notturno.

7. ORARI DI VISITA

I visitatori possono accedere all'Ospedale di Comunità tutti i giorni dalle ore 16.30 alle ore 18.30, fatte salve diverse determinazioni aziendali nonché la validità delle vigenti modalità di accesso dei visitatori.

Al fine di facilitare la partecipazione dei caregiver al processo di recupero funzionale del paziente, deve ritenersi autorizzato l'accesso di tale figura alla struttura senza restrizioni di orario, nel rispetto delle attività sanitarie.

1. RAGGIUNGIBILITÀ CON I MEZZI DI TRASPORTI

OdC San Valentino

IN AUTO:

Da Nord e da Sud

Dall'autostrada Adriatica A14 (da nord: in direzione di Ancona; da sud: in direzione Pescara), seguire la direzione Roma, prendere l'autostrada A 25 Pescara - Roma, uscire a Alanno/Scafa, continuare sulla SS 5 Tiburtina seguendo la direzione Scafa, San Valentino in Abruzzo Citeriore (SS 487).

Da Pescara

Prendere la SS 16 in direzione Chieti, continuare sull'autostrada A 25, uscire a Alanno/Scafa, continuare sulla SS 5 Tiburtina seguendo la direzione Scafa, San Valentino in Abruzzo Citeriore (SS 487).

IN TRENO

La stazione ferroviaria più vicina è quella di **Scafa S.Valentino-Caramanico Terme** (situata nel comune di Scafa, dista 6 km circa da San Valentino in Abruzzo Citeriore).

Per consultare gli orari dei treni visitare il sito web delle Ferrovie dello Stato: <https://www.trenitalia.com>

IN AUTOBUS

Autolinee T.U.A. (Trasporto Unico Abruzzese)

Per maggiori informazioni su tutte le linee e gli orari delle corse consultare il sito web dell'azienda; <https://www.tuabruzzo.it>

PARCHEGGI

Sono disponibili all'interno del perimetro della struttura sanitaria.

OdC Città Sant'Angelo

IN AUTO:

Da Nord

Autostrada Adriatica A14 in direzione sud (verso Ancona/Pescara), uscita **Pescara Nord / Città Sant'Angelo**. All'uscita, SS16 Adriatica in direzione Montesilvano/Penne e successivamente seguire le indicazioni stradali per **Città Sant'Angelo** fino a raggiungere Largo Baiocchi.

Da Sud

Autostrada Adriatica A14 in direzione nord (verso Pescara). Uscita **Pescara Nord / Città Sant'Angelo**. All'uscita, SS16 Adriatica in direzione Montesilvano/Penne e successivamente seguire le indicazioni stradali per **Città Sant'Angelo** fino a raggiungere Largo Baiocchi.

IN AUTOBUS

Autolinee T.U.A. (Trasporto Unico Abruzzese)

Per maggiori informazioni su tutte le linee e gli orari delle corse consultare il sito web dell'azienda; <https://www.tuabruzzo.it>

PARCHEGGI

Sono disponibili all'interno del perimetro della struttura sanitaria.

2. VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E SEGNALAZIONE RECLAMI

2.a Rilevazione customer satisfaction

Al termine del ricovero il personale dell'OdC propone al paziente/caregiver la valutazione del grado di soddisfazione relativa all'episodio di ricovero tramite la compilazione dei allegati 6 e 7

Ogni anno l'URP elabora i questionari raccolti e mette a disposizione dell'utenza i risultati di tale rilevazione.

2.b Segnalazione reclami/encomi

È disponibile un modulo per la segnalazione di eventuali reclami/encomi, sul sito aziendale di www.asl.pe.it

Il modulo può essere restituito:

- utilizzando l'apposita cassetta di posta;
- inviandolo all'indirizzo mail dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico: info.urp@asl.pe.it

Si possono inoltre segnalare disservizi o fornire suggerimenti tramite colloquio con un operatore sanitario dell'Ospedale di Comunità, con l'IFO di Coordinamento dell'Ospedale di Comunità, con il Dirigente Medico presente.

Recapiti:

URP ASL Pescara

Tel.: 085/4251 - E-mail info.urp@asl.pe.it

Come previsto dal regolamento per la gestione di segnalazione e reclami, l'URP si impegna dopo la ricezione della segnalazione ad avviare l'istruttoria entro 5 giorni e a darne risposta all'utente entro il limite massimo di 30 giorni.

3. TEMPISTICHE MODALITÀ PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA

La richiesta di copia della documentazione socio-sanitaria è possibile in aderenza alle indicazioni fornite dalla ASL Pescara e alla normativa vigente.

Le modalità di rilascio della documentazione sono descritte nel sito internet della ASL di Pescara.

La consegna della Cartella Sanitaria avverrà entro 30 giorni a partire dall'accettazione della richiesta (che avverrà al momento in cui la pratica sarà consegnata o inviata completa di tutti i moduli/documenti necessari riportati nel modulo di richiesta).

Sul sito internet sono disponibili la modulistica e i costi per il rilascio della copia conforme.



**PROPOSTA di RICOVERO
in
OSPEDALE di COMUNITA'**

Allegato 1
Rev 0
Pubblicato il _____
Pag. 1 di 3

OdC San Valentino in Abruzzo Citeriore

OdC Città Sant'Angelo

Protocollo Segreteria Amm.va OdC

n. _____ del _____

a cura del Personale OdC

Proposta di ricovero in Ospedale di Comunità del:

Medico di Medicina Generale

Medico di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) postazione di _____

Medico di Struttura Residenziale _____

Medico Specialista Ambulatoriale Interno

Medico Specialista Ambulatoriale Esterno

Medico di Pronto Soccorso

Medico UVM del Distretto Sanitario di _____

Medico Ospedaliero di _____

Dr/Dr.ssa _____

Tel. amb./rep. _____ Fax _____ Tel. cellulare _____

Email: _____

Per l'ospite

Cognome _____	Nome _____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Data di nascita ____/____/____	Luogo _____	
Comune di residenza _____	Prov. _____	
Indirizzo _____	n° _____	
Tel. abitazione _____	Tel. cellulare _____	
Codice Fiscale _____	ASL di appartenenza _____	
Familiare di riferimento _____	Recapiti _____	
Vaccinazione COVID-19	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Diagnosi: _____

prognosi già definita SI NO

Allettato

Da quanto tempo: _____

Piaghe da decubito

Sede _____ Stadio 1 2 3 4

	PROPOSTA di RICOVERO in OSPEDALE di COMUNITA'	Allegato 1 Rev 0 Pubblicato il _____ Pag. 2 di 3
--	--	---

Criteri di stabilità per accesso all'OdC

- Iter diagnostico e terapeutico completato con stabilizzazione clinica
- Parametri vitali stabili
- Assenza di variazioni cliniche e terapeutiche nelle ultime 72 ore
- Gestione disfagia e nutrizione (PEG se indicata)
- Deficit cognitivi non motivo principale del ricovero
- Deficit neurologici stabili o in miglioramento
- Autorizzazione al carico post intervento ortopedico

Valutazione Stabilità Clinica (Scala NEWS)

- Score (0-2) Rischio Basso / Pz. Stabile
- Score (3-4) Rischio Medio / Pz. Instabile
- Score (5) Rischio Alto / Pz. Critico

Valutazione Complessità Assistenziale (Scala IDA)

- Score (7/11) Alta Dipendenza Assistenziale
- Score (12/19) Media Dipendenza Assistenziale
- Score (20/28) Bassa Dipendenza Assistenziale

Criteri di esclusione

- Pazienti con necessità di setting specialistici
- Delirium persistente
- Eleggibilità cure palliative
- Pazienti pediatrici
- MMSE \leq 17
- Wandering
- Patologie psichiatriche acute
- Monitoraggio intensivo continuo
- IIA classe 1 o 4
- Ricoveri di sollievo o socioeconomici
- Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica
- Pazienti in fase di terminalità
- Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa
- Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico

Luogo di provenienza dell'assistito:

- domicilio senza Cure Domiciliari
- domicilio con Cure Domiciliari
- ricoverato presso _____
- da struttura socio – sanitaria _____

Data proposta ____/____/____

Il medico
(Firma Timbro)

	PROPOSTA di RICOVERO in OSPEDALE di COMUNITA'	Allegato 1 Rev 0 Pubblicato il _____ Pag. 3 di 3
---	--	---

Problemi Clinici Attuali _____

Comorbilità:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ipertensione Arteriosa | <input type="checkbox"/> Scompenso Cardiaco | <input type="checkbox"/> Ictus pregresso |
| <input type="checkbox"/> Diabete Mellito | <input type="checkbox"/> IMA pregresso | <input type="checkbox"/> Malattia Psichiatrica |
| <input type="checkbox"/> Malattie Congenite | <input type="checkbox"/> Cirrosi | <input type="checkbox"/> Allergia |
| <input type="checkbox"/> Insufficienza Renale Cronica | <input type="checkbox"/> Insufficienza Respiratoria Cronica | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Terapia in atto: _____

Presidi:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catetere Vescicale | <input type="checkbox"/> Port-A-Cath/ CVC | <input type="checkbox"/> Stomia Intestinale |
| <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> Medicazioni Complesse | <input type="checkbox"/> Tracheostomia |
| <input type="checkbox"/> Pace Maker | <input type="checkbox"/> Ureterostomia | <input type="checkbox"/> PEG/Digiunostomia |
| <input type="checkbox"/> Ventilazione Assistita | <input type="checkbox"/> Ventilazione Automatica | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Presenza di persone che accudiscono il paziente:

- nessuna badante familiare familiare + badante

Indice di Barthel
scala di valutazione delle attività della vita quotidiana

Item	A	B	C
Alimentazione			
Abbigliamento			
Toilette personale			
Fare il bagno			
Continenza intestinale			
Continenza urinaria			
Uso dei servizi igienici			
Trasferimenti letto/sedia			
Camminare in piano			
Salire/scendere le scale			

A = dipendente; B = con aiuto; C = autonomo

Orientamento Spaziotemporale

- Si No Non Valutabile

L'infermiere

Il medico

Per accettazione l'Ospite/ Familiare/ Tutore _____

	<p>P.A.I (Piano Assistenziale Individualizzato) Ospedale di Comunità</p>	<p>Allegato 2 Rev. 0 Pubblicato il _____ Pag. 1 di 3</p>
---	--	--

DATI PAZIENTE: COGNOME _____ **NOME** _____

DATA DI NASCITA ____/____/____

RESIDENZA/DOMICILIO _____

Il **PAI (Piano Assistenziale Integrato)** costituisce un progetto individualizzato sulla persona assistita ed è frutto di una valutazione effettuata da un'équipe multiprofessionale che tiene conto dei bisogni clinici, assistenziali, sociali e funzionali del paziente. Il PAI è frutto di un processo di confronto e analisi tra la persona, la sua famiglia, gli operatori dell'équipe del servizio, sia al momento della prima stesura che nelle successive revisioni. Nel PAI sono indicati: il livello di assistenza medica erogata, gli obiettivi del piano e la durata.

Si ricorda che secondo i dati di letteratura, la casa è, per la maggior parte delle persone affette da malattie croniche, il luogo preferito. Ove il ricovero in struttura sanitaria residenziale non è più appropriato, il rientro al domicilio diventa un momento importante per una graduale ripresa alle attività quotidiane e alla vita di relazione ed è quindi fondamentale il supporto attivo da parte dei familiari. Nel caso questi ultimi si oppongano o addirittura si rifiutino di adempiere ai propri obblighi di collaborazione e assistenziali, possono incorrere in fattispecie di reato quali la interruzione di pubblico servizio (la mancata dimissione impedisce il ricovero di un altro paziente in fase acuta, reato perseguito dall'art. 340 cod. pen.) oppure, in virtù delle specifiche condizioni nelle quali versò la persona, nella violazione dell'obbligo di assistenza di cui all'art. 570 cod. pen. o in quello di abbandono di persona incapace di cui all'art. 591 cod. pen. A prescindere da tali conseguenze di reato, una volta che cessi il bisogno acuto ed il ricovero si dimostri oramai improprio, l'Azienda agirà inoltre nelle sedi civili per il ristoro di tutti i costi inutilmente sostenuti e nei confronti delle persone che hanno determinato l'impedimento alla tempestiva dimissione per il risarcimento del danno.



**P.A.I (Piano Assistenziale Individualizzato)
Ospedale di Comunità**

Allegato 2
Rev. 0
Pubblicato il _____
Pag. 2 di 3

Io Sottoscritto _____

(diretto interessato legale rappresentante del Sig. _____)

dichiaro che sono stato informato

dal Dr. _____ sul percorso di cura che viene proposto, comprendendo le finalità di assistenza, gli interventi previsti e la durata. intervenire.

PIANO ASSISTENZIALE INTEGRATO Ospedale di Comunità

OBIETTIVI CLINICO-ASSISTENZIALI

- Completamento stabilizzazione clinico/funzionale
Altro: _____
- Continuità terapeutica
- Addestramento utilizzo ausili e device
- Interventi di supporto all'autocura
- Educazione al caregiver
- Rieducazione e Riattivazione funzionale
- Prevenzione e controllo della sintomatologia dolorosa
- Miglioramento della qualità di vita
- Miglioramento stato cognitivo-percettivo
- Prevenzione compromissione integrità tissutale

DURATA

- o Durata del PAI pari a n° di giorni _____
- o Data ammissione in OdC ____/____/____ Data dimissione da OdC ____/____/____

EQUIPE MULTIPROF.LE MMG _____ Infermiere _____
 Ass. Sociale _____ Fisioterapista _____
 Altro Medico _____

CASE MANAGER _____

Dichiaro, inoltre, che ho preso visione di quanto contenuto nel presente documento e che

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO** alle cure

Data ____/____/____

Firma dell'interessato/legale Rappresentante _____



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13

GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per finalità di diagnosi,

cura, amministrative, di tutela socio assistenziale sanitaria e motivi di interesse pubblico rilevante, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi dell'ASL, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il QR Code qui accanto raffigurato

VERIFICA	
Modalità di verifica:	<input type="checkbox"/> da remoto con ausilio di documentazione predisposta da struttura <input type="checkbox"/> in presenza
Data verifica	___/___/_____
Esito verifica:	<input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato <input type="checkbox"/> insorgenza di bisogni socio-sanitari
Decisione:	<input type="checkbox"/> dimissione a domicilio senza assistenza <input type="checkbox"/> dimissione a domicilio con assistenza <input type="checkbox"/> proroga fino al ___/___/_____ (specificare motivo) _____ <input type="checkbox"/> attivazione UVM
EQUIPE MULTIPROF.LE	<input type="checkbox"/> MMG _____ <input type="checkbox"/> Infermiere _____ <input type="checkbox"/> Ass. Sociale _____ <input type="checkbox"/> Fisioterapista _____ <input type="checkbox"/> Altro Medico _____
IL RESPONSABILE dell' Ospedale di Comunità _____	



**MODULO RICHIESTA FARMACI
alla
FARMACIA OSPEDALIERA**

Allegato 3
Rev 0
Pubblicato il _____
Pag. 1 di 1

OdC San Valentino in Abruzzo Citeriore

OdC Città Sant'Angelo

Il presente modulo deve essere compilato dal Medico dell'Ospedale di Comunità / IFO di Coordinamento per la richiesta di farmaci alla Farmacia Ospedaliera.

Data richiesta		Telefono	
Sanitario Richiedente		Firma	

DATI DEL PAZIENTE (se pertinenti)

Nome e Cognome		Data di nascita	
Codice Fiscale		N° Cartella Clinica	

FARMACI RICHIESTI

Denominazione farmaco	Dosaggio	Forma farmaceutica	Quantità	Modalità / Urgenza	Note

Motivazione clinica della richiesta / indicazione terapeutica: _____

Prima prescrizione Continuazione terapia Urgente

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA OSPEDALIERA

Farmaco consegnato	Quantità	Data consegna	Firma Farmacia
Note Farmacia:			

Data ____ / ____ / ____

Firma del Sanitario Richiedente _____



**MODULO RICHIESTA
LAVA-NOLO**

Allegato 4
Rev 0
Pubblicato il _____
Pag. 1 di 1

Data _____

Ospedale di Comunità OdC San Valentino in Abruzzo Citeriore OdC Città Sant'Angelo

TIPO FORNITURA	QUANTITA'
BIANCHERIA DEGENZA ADULTI	
BIANCHERIA DEGENZA PEDIATRICA	
MATERASSO ADULTI	
MATERASSO PEDIATRICO	
BIANCHERIA VERDE	
CAMICE MEDICO	
DIVISA INFERMIERE	
DIVISA OPERATORE SOCIO SANITARIO	

TIMBRO E FIRMA

Data _____

Per (nome e cognome del **degente**) _____Ricoverato presso OdC San Valentino in Abruzzo Citeriore OdC Città Sant'Angelo

Camera Nr. _____ Letto Nr. _____

Si richiede l'invio di:

- vitto comune ^{*(1) ** (2) ***(3)}
- vitto comune cremoso ^{*(1) ** (2) ***(3)} (NB: con tale vitto vengono inviati anche 40 g di biscotto granulato per la colazione. Se fosse necessario rendere cremosa la colazione composta da 200 ml di bevanda + 40 g di parte secca, richiedere anche 15 g di addensante compilando la sezione sottostante)
- vitto solido morbido ^{*(1) ** (2) ***(3)}
- vitto solido morbido povero in zuccheri semplici ^{*(1) ** (2) ***(3)}
- integrazione giornaliera con: ^{*(1) ** (2)}
 - n° _____ monop./i di biscotti solubili
 - n° _____ monoporzione/i di biscotti frollini
 - alimenti (specificare prodotto e n°) _____

- integrazione per prove di deglutizione con logopedista: ^{*** (3)} _____

da inviare nell'Ospedale di Comunità il giorno _____ alle ore _____

Si richiede l'interruzione dell'invio giornaliero di:

- alimenti e/o integratori richiesti come "extra" _____
(specificare nome del prodotto/i da sospendere) ^{*(1) ** (2)}
- miscele per NE: _____
(specificare nome del prodotto/i da sospendere) ^{*(1) ** (2)}

(1) Può firmare il medico ** (2) Può firmare il coordinatore tecnico/infermieristico *** (3) Può firmare il logopedista*TIMBRO E FIRMA**

OdC San Valentino in Abruzzo Citeriore OdC Città Sant'Angelo

Premessa

La scheda di gradimento ha l'obiettivo di raccogliere il feedback dei pazienti ricoverati presso l'OdC. Le informazioni raccolte verranno utilizzate per migliorare i servizi e garantire un'assistenza di alta qualità. **Le informazioni raccolte rimarranno anonime e saranno utilizzate esclusivamente per migliorare i servizi offerti.**

DATI GENERALI

Età del paziente: _____

Genere: M F

Periodo di ricovero: dal _____ al _____

1. Accoglienza e Organizzazione

Come valuta l'accoglienza ricevuta al momento del ricovero in una scala da 1 a 10, dove 1 è insufficiente e 10 è il massimo della qualità? _____

Le informazioni sul funzionamento della struttura e sul suo percorso assistenziale sono state chiare e comprensibili? SI NO

Il personale è stato disponibile e cortese durante la sua permanenza? SI NO

2. Qualità dell'Assistenza Sanitaria

Come valuta la qualità delle cure mediche ricevute, in una scala da 1 a 10, dove 1 è insufficiente e 10 è il massimo della qualità? _____

Come valuta la qualità delle cure infermieristiche ricevute, in una scala da 1 a 10, dove 1 è insufficiente e 10 è il massimo della qualità? _____

Ha ricevuto spiegazioni chiare sulle terapie e i trattamenti effettuati? SI NO

Ritiene che le sue esigenze personali siano state rispettate durante il ricovero? SI NO

3. Comfort e Ambiente

Come valuta la pulizia e l'igiene della struttura, in una scala da 1 a 10, dove 1 è insufficiente e 10 è il massimo della qualità? _____

Come valuta il comfort della stanza e delle attrezzature messe a disposizione, in una scala da 1 a 10, dove 1 è insufficiente e 10 è il massimo della qualità? _____

Ritiene che i pasti forniti siano stati adeguati alle sue necessità? SI NO

4. Valutazione Generale

Consiglierebbe l'Ospedale di Comunità ad altri pazienti? SI NO

Quali aspetti del servizio ritiene possano essere

migliorati? _____

Grazie per il suo prezioso contributo!

OdC San Valentino in Abruzzo Citeriore OdC Città Sant'Angelo

Premessa

Il questionario è rivolto ai familiari e caregiver dei pazienti ricoverati presso l'OdC. L'obiettivo è raccogliere il loro feedback per migliorare i servizi e garantire un supporto sempre più efficace. **Le informazioni raccolte rimarranno anonime e saranno utilizzate esclusivamente per migliorare i servizi offerti.**

DATI GENERALI

Relazione con il paziente: **Parente** SI NO

Caregiver SI NO

Periodo di ricovero del paziente: dal _____ al _____

Ha partecipato attivamente alla gestione del paziente durante il ricovero? SI NO

1. Accoglienza e Informazioni

Come valuta l'accoglienza ricevuta al momento del ricovero del paziente, in una scala da 1 a 10, dove 1 è insufficiente e 10 è il massimo della qualità? _____?

Ha ricevuto informazioni chiare sul ruolo del Presidio Sanitario sul percorso assistenziale del paziente? SI NO

Il personale è stato disponibile nel rispondere alle sue domande? SI NO

2. Supporto e Coinvolgimento

Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative alla cura del paziente? SI NO

Ritiene di aver ricevuto un supporto adeguato dal personale sanitario durante il ricovero? SI NO

Le è stata offerta la possibilità di partecipare a sessioni informative o formative per la gestione del paziente? SI NO

Ritiene di aver ricevuto un adeguato supporto psicologico durante il ricovero del paziente? SI NO

3. Comunicazione

Come valuta la chiarezza delle informazioni ricevute sulle condizioni cliniche del paziente, in una scala da 1 a 10, dove 1 è insufficiente e 10 è il massimo della qualità? _____

Il personale sanitario ha comunicato in modo rispettoso e comprensibile? SI NO

Ha ricevuto indicazioni precise su come gestire il paziente dopo la dimissione? SI NO

**ALLEGATO 7**Scheda di Gradimento per familiare e Caregiver presso gli Ospedali di
ComunitàAllegato 7
Rev. 0
Pubblicato il _____
Pag. 2 di 2**4. Valutazione Generale**Consiglierebbe l'Ospedale di Comunità ad altri caregiver o familiari? SI NO

Quali aspetti del servizio ritiene possano essere migliorati?

Grazie per il suo prezioso contributo!



**LISTA di DISTRIBUZIONE
MODULO ORGANIZZATIVO
e PROCEDURA OPERATIVA
OSPEDALI di COMUNITA'**

Allegato 8
Rev 0
Pubblicato il _____
Pag. 1 di 1

COGNOME	NOME	UNITA' OPERATIVA	DATA	FIRMA
FORTUNATO	VALTERIO	DIREZIONE FUNZIONE OSPEDALIERA		
PARRUTI	GIUSTINO	DIREZIONE DIPARTIMENTO MEDICO		
BASTI	MASSIMO	DIREZIONE DIPARTIMENTO CHIRURGICO		
ROSATI	MAURIZIO	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE		
SOLDANO	AURELIO	DIPARTIMENTO EMERGENZE URGENZE		
BERETTA	GIORDANO	DIPARTIMENTO ONCO EMATOLOGICO		
DI MICHELE	VITTORIO	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE		
DI EGIDIO	VINCENZO	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI		
SILLI	LORENZO	DIREZIONE S.A.P.S.		
GUARINO	OMAR	AREA TERRITORIALE PESCARA		
TRAFFICANTE	LUANA ANTONELLA	AREA TERRITORIALE METROPOLITANA		
TRAFFICANTE	LUANA ANTONELLA	AREA TERRITORIALE MONTANA		
		RESPONSABILE UNICO LISTE D'ATTESA		

Il Dirigente Amministrativo, con la presente sottoscrizione, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonché la legittimità del provvedimento

Il Dirigente Amministrativo

Manuela Fazia

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Controllo di Gestione attesta che la spesa risulta corrispondente al bilancio di previsione dell'anno corrente.

Il Direttore

firmato digitalmente

Il Direttore dell'UOC Bilancio e Gestione Economica Finanziaria attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del Bilancio n.

Anno 2026

Il Direttore

firmato digitalmente

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

Parere favorevole

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Francesca Rancitelli

firmato digitalmente

Parere favorevole

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Rossano Di Luzio

firmato digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Vero Michitelli

firmato digitalmente

Deliberazione n. 983 del 26/06/2026 ad oggetto:

APPROVAZIONE DOCUMENTO AZIENDALE DENOMINATO “MODELLO ORGANIZZATIVO PROCEDURA OPERATIVA – CARTA DEI SERVIZI OSPEDALI DI COMUNITA’ ASL PESCARA”.

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

- Si attesta che il presente atto viene pubblicato, in forma integrale, all'ALBO ON LINE dell'ASL di Pescara (art. 32 L. 69/09 e s.m.i.), in data 29/6/2026 per un periodo non inferiore a 15 giorni consecutivi.

Atto soggetto al controllo della Regione (art. 4, co. 8 L. 412/91): NO

Il Funzionario Incaricato