



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1734 DEL 25.08.2025

OGGETTO: PNRR M6 C1 - 1.1.- Ospedale di Comunità - "Modello organizzativo di funzionamento dell'Ospedale di Comunità (ODC) dell'ASP di Agrigento - Progetto distretto pilota AGENAS-

STRUTTURA PROPONENTE: Dipartimento Cure Primarie

PROPOSTA N. 1194 DEL 21/08/2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dirigente del Servizio Infermieristico
Dr. Vincenzo Lucio Mancuso)

[Firma]

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
(Dott. Ercole Marchica)

[Firma]

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E.

C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

[Firma]

IL DIRETTORE UOC SEF e P.
(Indicazione del Nome, Cognome e Firma)

[Firma]

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA 25.08.2025

L'anno duemilaventicinque il giorno VENTICINQUE del mese di AGOSTO
nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodiecì, nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n.310/Serv.1°/S.G. del 21/06/2024, ~~acquisito il parere del Direttore Amministrativo, dott.ssa Ersilia Raggi, nominata con delibera n. 60 del 14/01/2025 e del Direttore Sanitario, dott. Raffaele Elia, nominato con delibera n. 415 del 02/09/2024,~~ con l'assistenza del Segretario verbalizzante MARIA GRAZIA PRESENTI adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie e dell'integrazione socio sanitaria, DOTT. ERCOLE MARCHICA

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

VISTO il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che ha istituito il Dispositivo per la ripresa e resilienza;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo, trasmesso il 30 aprile alla Commissione Europea e definitivamente approvato il 13 luglio 2021, con Decisione di esecuzione del Consiglio Europeo, che comprende la Missione numero 6, dedicata alla Salute;

Visto il decreto del Ministro della Salute del 20/01/2022 che determina la ripartizione programmatica delle risorse del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR) e del "Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari" (PNC), destinate alla realizzazione di interventi a regia del Ministero della Salute, a favore dei Soggetti Attuatori, ossia di Regioni e Province autonome;

VISTO il D.A. n. 406 del 26/5/2022, con il quale l'Assessore della Salute della Regione Siciliana, in aderenza ai contenuti dello Statuto Regionale, ha approvato il Piano Operativo Regionale (POR) della Regione, composto, tra l'altro, da 750 Schede intervento, nelle quali sono riportate le informazioni anagrafiche e finanziarie di ciascun intervento, le relative modalità attuative, il cronoprogramma e le milestone e i target stabiliti;

VISTO il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione Siciliana in data 30.05.2022, concernente la realizzazione degli interventi finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 - Componenti 1 e 2 - e dal PNC - di cui all'articolo 1, comma 2, lettera e), punto 2, del decreto legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1° luglio 2021, n. 101, di competenza della Regione Siciliana, sulla scorta del relativo POR;

VISTO il D.A. della Regione siciliana n. 564/GAB del 28/07/2022, con cui gli Enti del Servizio Sanitario Regionale sono autorizzati allo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale;

VISTO il D.A. dell'Assessorato della Salute n. 664/22, quale provvedimento di delega all'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, per lo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi in base alla relativa competenza territoriale.

Vista la delibera n.58 del 11/01/2024 avente per oggetto: Costituzione del Gruppo Lavoro Locale (GLL) PNRR e designazione del coordinatore dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

Vista la nota 11972 del 11 Marzo 2024 a firma dei Dirigenti Generali DASOE e DPS avente per oggetto: "Convenzione AGENAS-Regione Sicilia Predisposizione Piani Operativi per realizzazione delle strutture in attuazione del DM 77: CdC-OdC-COT;

VISTA la delibera n. 1068 del 30/05/2024 "Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) –Case della Comunità (CDC) Ospedali di Comunità (OdC) – Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento"

Ritenuto necessario di dover proporre, con il presente atto, l'approvazione del "Modello organizzativo di funzionamento dell'Ospedale di Comunità (ODC) " , quale componente del progetto distretto pilota AGENAS, temporaneamente collocato presso l'ospedale Papa Giovanni Paolo II di Sciacca ,la cui sede definitiva è prevista a Santa Margherita di Belice;

Dovendo trasmettere al Dipartimento per la Pianificazione Strategica — Struttura per l'attuazione del PNRR e PNC — Missione 6, alla trasmissione dell'atto deliberativo unitamente all'allegato modello organizzativo di che trattasi

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

PRENDERE ATTO del documento indicato in premessa e inerente il "modello organizzativo di funzionamento della dell'ospedale di Comunità (ODC) "

TRASMETTERE il presente atto e l'"Allegato A", che ne costituisce parte integrante e sostanziale, all'Assessorato della Salute — Dipartimento per la Pianificazione Strategica — Struttura per l'attuazione del PNRR e PNC — Missione 6 — indirizzandolo alla mail pnrr.dps@regione.sicilia.it e all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it, al fine di rendere disponibile la documentazione all'Ingegnere indipendente individuato per l'esame istruttorio;

NOTIFICARE il presente atto a tutti i componenti del gruppo locale di lavoro costituiti con atto deliberativo n.58 del 11/01/2024 integrato con atto Deliberativo n. 1015 del 28/11/2024 ,nonché a tutti i direttori dei DD.SS.BB., al direttore del Dipartimento Amministrativo, al direttore UOC Provveditorato, direttore UOC Risorse Umane, Direttore UOC SEF, direttore UOC AA.GG., direttori sanitari dei PP.OO., dirigente RSPP, dirigente risk management, e pertanto

Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dall' Ufficio Speciale PNRR

Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore del Dipartimento Cure Primarie
(Dott. Ercole Marchica)

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere _____
Data ASSENTE

Parere _____
Data ASSENTE

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Ersilia Riggi

Il Direttore Sanitario
Dott. Raffaele Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Ercole Marchica (Direttore del Dipartimento Cure Primarie che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

~~Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;~~

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Ercole Marchica (Direttore del Dipartimento Cure Primarie.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodiceci

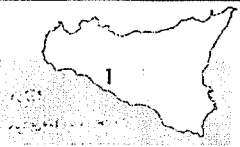
Il Segretario verbalizzante

IL COLLABORATORE AMM.VO TPO

"Uff. Segreteria Dir. Generale e Collegio Sindacale"

Maria Grazia Cascente



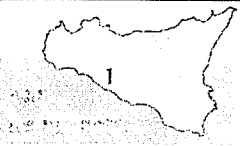
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321- 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570950848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

Allegato A

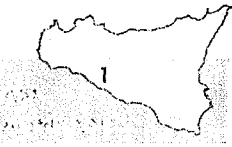
LINEE DI INDIRIZZO OSPEDALE DI COMUNITA'

Sommario

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI	3
PREMESSA	4
1. DEFINIZIONE DI OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	5
2. OBIETTIVI.....	6
3. CAMPO E LUOGHI DI APPLICAZIONE	7
4. IL MODELLO ORGANIZZATIVO-LINEE GENERALI	7
5. DEFINIZIONE-MISSION	7
6. LE SEDI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ	8
6.1 MAPPATURA DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ SUL TERRITORIO ASP AG.....	9
7. GLI OBIETTIVI DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ	9
7.1 MODALITÀ DI ACCESSO	10
7.2 PROCEDURE DI RICOVERO-AMMISSIONE NELLA STRUTTURA.....	11
8. I POSTI LETTO PREVISTI E LOGISTICA.....	11
8.1 POSTI LETTO DEDICATI A PAZIENTI IN CONDIZIONI PARTICOLARI	12
9. TARGET DI UTENZA	13
9.1 PAZIENTI PROVENIENTI DALL'AMBITO TERRITORIALE.....	13
9.2 PAZIENTI PROVENIENTI DALL'AMBITO OSPEDALIERO	13
9.3 LE CONDIZIONI DI NON AMMISSIBILITÀ E SOSPENSIONE DEL RICOVERO	14
9.4 LE CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ PER ACCEDERE ALL'ODC.....	15
9.5 PROFILO CLINICO DEI PAZIENTI	16
10. STANDARD DI PERSONALE	16
11. RESPONSABILITÀ.....	17
11.1 IL MEDICO CON RESPONSABILITÀ IGENICO/SANITARIO DELL'ODC	17
11.2 IL RESPONSABILE CLINICO/SANITARIO DELL'ODC	18
11.3 IL MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA (ACN 4 APRILE 2024)	19

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

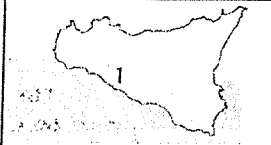
11.4 IL COORDINATORE INFERMIERISTICO	19
11.5 L'INFERMIERE CASE MANAGER.....	20
11.6 L'INFERMIERE DELL'ÉQUIPE ASSISTENZIALE	20
11.7 L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.).....	21
11.8 IL FISIOTERAPISTA.....	22
12. MODELLO OPERATIVO-VALUTAZIONE E ACCESSO	22
12.1 VALUTAZIONE E ACCESSO DA AMBITO TERRITORIALE	22
12.2 VALUTAZIONE E ACCESSO DA AMBITO OSPEDALIERO	23
12.3 EROGAZIONE DELLE CURE/MODELLO CLINICO ASSISTENZIALE	25
12.4 DIMISSIONE.....	27
13. STRUMENTI DI LAVORO.....	27
14. VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE.....	28
14.1 LA SCALA IDA.....	29
15 VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA	29
15.1 SCALA MEWS	30
15.2 IL MODELLO TRI-CO (TRIAGE DI CORRIDOIO) DI UTILIZZO NELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	31
16. RICHIESTA DI VISITE SPECIALISTICHE	31
17. PRESCRIZIONE DI FARMACI, DISPOSITIVI, PRESIDII.....	31
18. FORNITURA DI AUSILI E DISPOSITIVI	32
19. UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA NELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	32
19.1 I PROFESSIONISTI:	32
19.2 I PROCESSI	33
19.3 LE TECNOLOGIE	33
19.4 SISTEMA DI CONTROLLO.....	33
19.5 ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA	33
19.6 GLI INTERVENTI DI TELEMEDICINA REALIZZABILI NELL'AMBITO DELL'ODC.....	34
20. LA TELEVISITA.....	34
21. IL TELECONSULTO MEDICO.....	34
22. LA TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA	35
23. IL TELEMONTORAGGIO.....	35

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922-442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	---	---

24. IL TELECONTROLLO	36
25. LA GESTIONE DEGLI ALLARMI	36
26. ASPETTI TECNOLOGICI DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA	37
27. STRUMENTI DIGITALI DI TELEMEDICINA	37
28. DOTAZIONE TECNOLOGICA E STRUMENTALE STANDARD	37
29. LE PROCEDURE	38
30. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	39
31. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE	40
32. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	41
33. GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA	42
34. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	42
35. LA CARTA DEI SERVIZI	43
36. UMANIZZAZIONE DELLE CURE	43
37. PRIVACY	44
38. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI	44
ALLEGATI	45

ACRONIMI e ABBREVIAZIONI

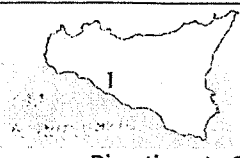
ABBREVIAZIONI	
ADT	Accettazione/Dimissione/Trasferimento
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale
BRASS	Blaylock Risk Assessment Screening Score
CCE / FSE	Cartella Clinica Elettronica / Fascicolo Sanitario Elettronico
CAU	Centri Assistenza in Urgenza
COT	Centrale Operativa Territoriale
DCP	Dipartimento Cure Primarie
EMST	Multi-Specialistica per la Telemedicina.
GDPR	General Data Protection Regulation
ICD-9-CM	International Classification Diseases 9 th revision Clinical Modification
ICT	Information and Communication Technologies
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
MCA	Medico di Continuità Assistenziale
OdC	Ospedale di Comunità

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321-92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 01570930848 - Tel 0922 442111		Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	---	---

OSS	Operatore Socio-Sanitario
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PL	Posti Letto
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PN	Primary Nursing
PUA	Punto Unico di Accesso
RIS-PACS.	Radiology Information System -Picture Archiving and Communication System
SIRCO	Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TRST	Triage Risk Screening Tool
UVM	Unità Valutazione Multidimensionale
UCCP	Unità Complesse Cure Primarie
UO/UOC	Unità Operativa / Unità Operativa Complessa
CSR	Conferenza Stato Regione

PREMESSA

La Commissione Europea, il Parlamento Europeo ed 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) ed 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 organizzativi di riferimento, 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

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321- 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570910848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

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 Sicilia con D.A. dell'Assessorato della Salute n. 664/22, ha delegato l'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, per lo svolgimento di specifiche attività finalizzate alla realizzazione degli interventi PNRR in base alla relativa competenza territoriale.

L'Azienda Provinciale di Agrigento con la delibera n. 1068 del 30/05/2024 "Adozione piani attuativi Centrali Operative Territoriali (COT) – Case della Comunità (CDC) Ospedali di Comunità (OdC) – Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento", ha definito gli obiettivi, le funzioni ed individuato 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.

1. DEFINIZIONE DI OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria "intermedia" posta tra l'assistenza domiciliare e l'ospedaliera, in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DM 70/2015 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.

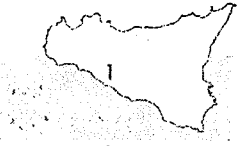
L'assistenza afferisce alla rete di offerta delle cure primarie, la funzione intermedia si esplica mettendo in connessione il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei in base al prevalere di fabbisogni:

- ❖ 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.

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321-92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. E' possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

Nell'Intesa del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) di definizione sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, si 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 riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio. Pertanto vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare), necessitando di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio".

2. OBIETTIVI

Il presente Regolamento definisce il modello operativo per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità (OdC) nel territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento sulla base della normativa e dei documenti di riferimento ministeriali e regionali. Tale Regolamento è il documento aziendale di riferimento per la definizione dei singoli progetti operativi degli OdC che devono essere redatti per l'attivazione di ogni nuovo OdC.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02379930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

3. CAMPO E LUOGHI DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento si applica per l'attivazione e la declinazione organizzativa di un OdC nel territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

Luogo di applicazione del presente Regolamento sono il territorio e le articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

4. 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 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 non erogabile al domicilio del paziente.

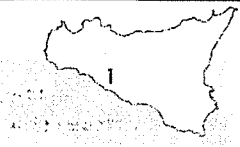
"La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie" (*Intesa S.R. Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020*).

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'occorrenza possono entrarvi a far parte.

5. DEFINIZIONE-MISSION

L'OdC è 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. Tra gli obiettivi primari del ricovero vi è anche il coinvolgimento attivo, l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver,

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 521 - 92100 Agrigento - P.Iva o C.F. 02570930848 - Tel 0932 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche-terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

L'OdC svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio; in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi.

L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

Inoltre, l'Ospedale di Comunità costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità Locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario, sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

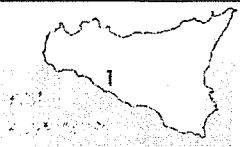
6. LE SEDI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

L'OdC può essere collocato in:

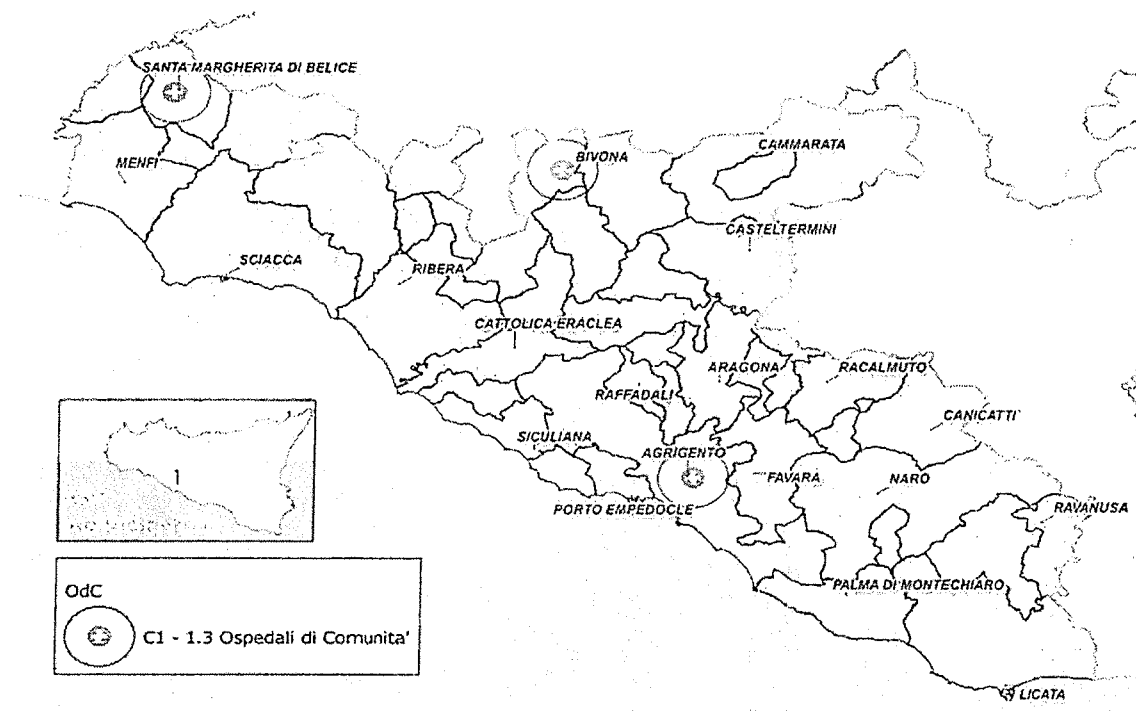
- una sede propria
- una Casa della Comunità
- altra struttura sanitaria polifunzionale
- una struttura ospedaliera pubblica

L'OdC è riconducibile a servizi ricompresi nell'assistenza territoriale, il Dipartimento di Cure Primarie e dell'Integrazione socio sanitaria, assicura il governo clinico e la copertura del personale medico; il Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo assicura la gestione dell'assistenza e dei processi riabilitativi ed il Dipartimento Cure Primarie assicura l'organizzazione e la gestione complessiva delle strutture, per il tramite del Distretto Sanitario di Base.

Nel caso in cui l'OdC sia collocato in un presidio ospedaliero aziendale, nel progetto operativo di struttura, va definito e declinato il ruolo e le eventuali responsabilità igienico- organizzative del Dipartimento della Rete Ospedaliera.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale: Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - T. fax e C.F. 02370930848 - Tel 0922-442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

6.1 MAPPATURA DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ SUL TERRITORIO DELL'ASP AG



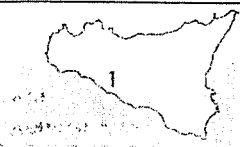
7. GLI OBIETTIVI DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

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

Gli obiettivi dell'OdC sono orientati a garantire un'assistenza sanitaria di qualità, accessibile e centrata sul paziente, e mirano a creare un ambiente di cura che non solo risponde alle necessità immediate dei pazienti, ma promuove anche il benessere a lungo termine della comunità.

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;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570910848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

- ❖ 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.

7.1 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 dal Pronto Soccorso, Unità Operative o da altro luogo di cura.

L'organizzazione dell'accesso nell'OdC è affidata alla segreteria amministrativa, la quale 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 il coordinatore infermieristico, 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 regionale, tramite il sistema unico regionale per il collegamento tra le 50 COT (HUB Interconnessione);
- coordinamento costante con la COT e le altre strutture della rete territoriale

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570930848 - Tel 0923 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

7.2 PROCEDURE DI RICOVERO-AMMISSIONE NELLA STRUTTURA

L'ammissione all'OdC segue un processo strutturato per garantire che le richieste siano valutate in modo equo e che i pazienti idonei ricevano accesso tempestivo alle cure.

Il processo si articola in diverse fasi:

1. **Presentazione della Richiesta:** Il medico richiedente compila una richiesta completa e la invia alla COT tramite piattaforma informatica.
2. **Ricezione e Registrazione della Richiesta,** il Coordinatore dell'OdC registra la richiesta e la inoltra al responsabile sanitario per una valutazione dei requisiti di ammissibilità.
3. **Valutazione del Responsabile Sanitario:** Il responsabile sanitario esamina la richiesta secondo i criteri di ammissibilità, eventualmente in collaborazione con il coordinatore infermieristico per valutare il livello di dipendenza assistenziale.
4. **Assegnazione della Priorità e Inserimento in Lista d'Attesa:** Se il paziente idoneo, viene assegnata una priorità, e inserito in lista d'attesa, rispettando i principi di equità e trasparenza.
5. **Aggiornamento della Disponibilità dei Posti Letto:** il personale addetto aggiorna la disponibilità di posti letto sulla piattaforma regionale, garantendo la tempestiva visibilità delle informazioni.
6. **Coordinamento con la COT e Altre Strutture Territoriali:** La COT coordina gli accessi e assicura la continuità delle cure per i pazienti in lista d'attesa o trasferiti da altre strutture.
7. **Ammissione e Trasferimento in OdC:** una volta approvata l'ammissione, la segreteria pianifica il trasferimento del paziente all'OdC in coordinamento con la struttura di provenienza.

Il responsabile sanitario, all'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;
- ❖ 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;
- ❖ acquisendo 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.

8. I POSTI LETTO PREVISTI E LOGISTICA

I posti letto previsti dalla normativa sono di regola fissati tra 15 e 20, in base alle esigenze territoriali è possibile prevedere l'estensione fino ad un massimo di due moduli da 20 posti letto, adeguando le risorse professionali al numero di assistiti, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

L'OdC è 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.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570930848 - Tel 0923 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

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

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/barella e di un accompagnatore.

L'identificazione della struttura da utilizzare come Ospedale di Comunità deve seguire il criterio dell'economicità e razionalità e la progettazione degli spazi è orientata principalmente a garantire il benessere fisico e psicologico del paziente.

L'OdC deve rispettare i requisiti strutturali e tecnologici indicati dal livello nazionale e regionale, come ad esempio:

- spazio attesa visitatori;
- strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 PL aventi accesso diretto al bagno e poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilitazione del paziente;
- aree soggiorno/consumo pasti;
- locale per visite e medicazioni;
- locali di lavoro per personale;
- spogliatoio per il personale con servizio igienico;
- locale/spazio di deposito materiale pulito;
- locale/spazio di materiale sporco;
- locale sosta e osservazione salme, in assenza di servizio mortuario;
- impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva ed 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 ed in emergenza, compresi dispositivi diagnostici;
- presidi antidecubito;
- attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti;
- spazi riabilitativi.

8.1 POSTI LETTO DEDICATI A PAZIENTI IN CONDIZIONI PARTICOLARI

“Gli OdC prevedono 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).

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

9. TARGET DI UTENZA

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità nonché di interventi fisioterapici, se richiesti. Tali pazienti sono eleggibili al ricovero in OdC anche per eventuale mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e/o familiare) rispetto alla tipologia di assistenza necessaria.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili (maggiorescenti) provenienti dall'ambito **territoriale** e provenienti dall'ambito **ospedaliero** sono di seguito meglio specificati.

9.1 PAZIENTI PROVENIENTI DALL'AMBITO TERRITORIALE

I pazienti eleggibili all'ingresso in OdC sono:

- pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio, con segni di iniziale riacutizzazione di malattia cronica o insorgenza di un quadro imprevisto ma emodinamicamente stabili per cui il ricovero ospedaliero risulti inappropriato.
- pazienti fragili e/o cronici che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili al domicilio ma quest'ultimo non idoneo per mancanza di caratteristiche strutturali e/o familiari.
- pazienti fragili che, pur necessitando di percorsi diagnostico/terapeutici semplici, per carenza del supporto sociale non possono essere proposti al domicilio;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione dei farmaci, di assistenza infermieristica continua o nella gestione di presidi e dispositivi perché non erogabili a domicilio o che vi sia la necessità di supporto ed addestramento del paziente e del caregiver prima del rientro al domicilio;
- pazienti che per condizioni cliniche richiedono una sorveglianza continua infermieristica, anche se non di tipo intensivo;
- pazienti che necessitano di percorsi riabilitativo-rieducativi, che possono sostanzialmente 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.

9.2 PAZIENTI PROVENIENTI DALL'AMBITO OSPEDALIERO

I pazienti eleggibili all'ingresso in OdC sono:

- pazienti affetti da multimorbilità che hanno completato il percorso diagnostico terapeutico, clinicamente stabili e con percorso terapeutico stabilito (prognosi inferiore ai 20 giorni) ma che necessitano di assistenza infermieristica continua, di assistenza nell'assunzione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 03570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

- b) pazienti fragili e/o cronici, clinicamente stabili, che necessitano di completare il proprio percorso terapeutico con interventi sanitari potenzialmente erogabili al domicilio ma questo non risulta idoneo per mancanza di caratteristiche strutturali e/o familiari;
- c) pazienti fragili e/o cronici, clinicamente stabili, che necessitano di continuità nella somministrazione di farmaci che non possono essere somministrati a domicilio fino a conclusione del ciclo terapeutico o che richiedono formazione del paziente/caregiver;
- d) pazienti fragili che, pur necessitando di percorsi diagnostico/terapeutici semplici, per carenza del supporto sociale, non possono essere proposti dal domicilio;
- e) pazienti che necessitano di percorsi riabilitativo-rieducativi, che possono sostanzarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili e addestramento all'uso degli stessi); 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.

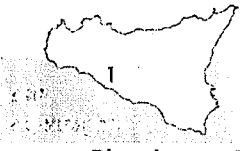
9.3 LE CONDIZIONI DI NON AMMISSIBILITÀ E SOSPENSIONE DEL RICOVERO

Nel caso in cui un paziente, dopo l'accettazione, mostri condizioni che non rispettano più i criteri di ammissibilità, il ricovero potrà essere sospeso. Quando il paziente tornerà a soddisfare i criteri per l'accoglienza, sarà necessario inviare una nuova richiesta di ricovero per tramite della COT all'OdC.

In caso di variazione clinica, il paziente rivalutato, verrà indirizzato nel setting di cura più appropriato (Ospedale, RSA, ADI, ecc...), a garanzia della sicurezza del paziente e dell'adeguatezza del setting di cura.

Per ridurre i ricoveri inappropriati, l'OdC non ammette pazienti con le seguenti condizioni:

- 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;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale: Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

- Pazienti clinicamente instabili (NEWS $\geq$ 2 e/o IDA $\leq$ 12);
- Prognosi superiore ai 20-30 giorni;
- Pazienti che richiedono assistenza medica continua;
- Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico;
- Pazienti con patologia psichiatrica in fase attiva;
- Insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile¹;

9.4 LE CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ PER ACCEDERE ALL'ODC

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 diagnosi definita;
- 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 ≤ 2 (Modified Early Warning Score);
- eventuale valutazione della UVM se il paziente proviene da un setting territoriale;
- eventuale valutazione della UVM ospedaliera 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 il livello di complessità assistenziale e autonomia del paziente.

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.

Per garantire un adeguato accesso all'OdC da parte di soggetti a domicilio o in struttura residenziale, nella configurazione dell'offerta di PL dell'OdC è opportuno distinguere l'offerta dedicata ai pazienti provenienti dall'ospedale da quella dedicata ai pazienti provenienti dal territorio.

Tale distinzione prevede anche diversi percorsi di accesso (*vedi paragrafo 12.1*)

¹ Rivista di Psicogeriatria anno XVII – supplemento 1 – numero 1° gennaio-aprile 2022 “Gli Ospedali di Comunità Proposta di Modello organizzativo”

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570910848 - Tel 0923 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

9.5 PROFILO CLINICO DEI PAZIENTI

Le principali patologie trattabili in Ospedale di Comunità comprendono:

- BPCO riacutizzata e broncopolmoniti a lenta risoluzione (pazienti in ossigenoterapia a basso flusso, con terapia ottimizzata e senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa);
- vasculopatie croniche o subacute come TIA, flebotrombosi e tromboflebiti, purché non complicate;
- patologie cardiache in pazienti che necessitano una rimodulazione della terapia ed il monitoraggio clinico ed ematochimico;
- malattie croniche del fegato, malassorbimento ed esiti di resezione intestinale chirurgica in pazienti che richiedono l'ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o counselling;
- malnutrizione in pazienti in trattamento parenterale od enterale, gestito con cicli terapeutici specifici;
- malattie croniche del tratto urinario ed infezioni delle vie urinarie in pazienti che necessitano di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico;
- terapie parenterali, incluse antibiotiche di classe H quando non eseguibili a domicilio;
- osteoporosi complicata da crollo vertebrale che richiede supporto per la gestione del dolore ed il recupero;
- patologie neurodegenerative in pazienti con necessità di riattivazione motoria;
- percorsi diagnostici protetti per pazienti fragili (preparazione per esami endoscopici, posizionamento di PEG, PEJ, ecc.);
- ulcere trofiche che richiedono medicazioni giornaliere e cicli di terapia antibiotica endovenosa;
- traumi lievi e non evolutivi in pazienti stabilizzati dopo completa valutazione clinica in pronto soccorso;
- esiti di interventi chirurgici in pazienti che necessitano di convalescenza, terapie parenterali prolungate e/o riattivazione motoria post-allettamento.

10. STANDARD DI PERSONALE

Lo standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto (standard 20 PL ogni 100.000 abitanti) dovrà essere garantito dalla presenza delle seguenti figure professionali:

- ❖ 7-9 Infermieri, di cui 1 con funzioni di case manager, responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale;
- ❖ 1 Coordinatore infermieristico eventualmente condivisibile sui due moduli se presenti nell'OdC;
- ❖ 6/9 Operatori Socio Sanitari (OSS) per garantire la presenza nelle 24 ore;
- ❖ 1-2 o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
- ❖ 1 Medico per 5.30 ore al giorno 6 giorni su 7;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

- ❖ 1 assistente sociale part time per favorire la transizione del paziente verso il setting di cura più appropriato per le sue condizioni sociali;
- ❖ 1 unità di personale amministrativo a costituzione della segreteria amministrativa dell'OdC.

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. Nel paragrafo successivo vengono descritti in linea generale i ruoli e le responsabilità dei professionisti coinvolti nella cura ed assistenza in OdC.

Nei singoli progetti degli OdC aziendali, in base al modello stabilito, devono essere declinate le specifiche modalità organizzative di lavoro (es. copertura pronta disponibilità, turnistica, modello operativo, responsabile clinico-referenti).

11. 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.

11.1 IL MEDICO CON RESPONSABILITÀ IGIENICO/SANITARIO DELL'ODC

Il medico con responsabilità igienico /sanitario si occupa di:

- garantire il corretto funzionamento delle strutture sanitarie e la conformità dell'utilizzo dei locali in base a quanto previsto dall'autorizzazione rilasciata;
- assicurare e garantire la sorveglianza igienica;
- assicurare il coordinamento e la vigilanza degli aspetti logistici e strutturali, nonché promuovere un razionale utilizzo dei beni di consumo comuni e la riduzione degli sprechi;
- assicurare la buona gestione degli archivi documentali cartacei, secondo quanto previsto dalla normativa specifica e dalla prevenzione incendi;
- garantire la vigilanza ed il controllo dei rischi ambientali con il supporto dei Servizi Aziendali preposti;
- coordinare le risposte alle emergenze ambientali, di sicurezza, organizzative e cliniche in riferimento alla struttura nel suo insieme;
- garantire la corretta applicazione delle norme vigenti in materia per la sicurezza degli utilizzatori e degli operatori per quanto attiene agli aspetti generali della struttura e degli impianti con il supporto dei servizi aziendali preposti.

Il Regolamento Aziendale sui responsabili di struttura, attualmente in redazione, sarà il documento di riferimento sul tema della responsabilità igienico-organizzativa, andando ad integrare ed eventualmente revisionare quanto riportato nei punti precedenti.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva o C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

11.2 IL RESPONSABILE CLINICO/SANITARIO DELL'ODC

Il responsabile clinico/sanitario dell'ODC, o in sua assenza un suo delegato, cura i seguenti aspetti:

- coordinamento delle attività;
- gestione del personale e definizione turnistica personale medico;
- governo clinico dei percorsi e dei processi;
- monitoraggio e valutazione delle attività e gestione delle problematiche o delle criticità riscontrate;
- corretta e puntuale erogazione delle cure secondo il PAI/PDTA in condivisione con il MMG/PLS, MCA;
- programmazione, organizzazione e gestione del percorso assistenziale definito ed attivato in accordo con il coordinatore infermieristico, 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, MCA
- richiesta di eventuale valutazione della UVM;
- controllo e promozione della qualità del servizio erogato;
- colloquio con familiari/caregiver dei ricoverati in orari e modalità stabilite;
- verifica del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari anche tramite delega affidata al coordinatore infermieristico della struttura;
- applicazione delle norme di sicurezza;
- piano di emergenza, antincendio, evacuazione;
- gestione dei farmaci e dei dispositivi in collaborazione con il coordinatore infermieristico;
- gestione e conservazione della documentazione in collaborazione con il coordinatore infermieristico;
- gestione del rischio clinico;
- partecipazione ai briefing e debriefing con personale infermieristico/fisioterapico;
- promozione di percorsi di formazione ECM.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati nella fascia diurna e deve essere garantita per 5,30 ore al giorno 6 giorni su 7.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321-92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

11.3 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".

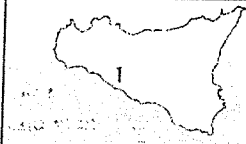
Il personale infermieristico, per i casi non urgenti, ma che richiedono comunque un parere medico, possono rivolgersi nelle ore pomeridiane al medico di assistenza primaria dell'assistito e dalle ore 20:00 al medico del ruolo unico di assistenza primaria a prestazione oraria (MCA).

11.4 IL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Il Coordinatore Infermieristico 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 le risorse umane e le attività nel rispetto della programmazione generale orientandole al perseguimento degli obiettivi aziendali.

In sintesi, il coordinatore è responsabile delle seguenti attività:

- pianifica e gestisce le attività professionali/lavorative;
- è responsabile della qualità del processo assistenziale, creando le condizioni organizzative necessarie allo sviluppo delle competenze professionali;
- garantisce la flessibilità organizzativa a favore del coinvolgimento delle famiglie;
- monitora le criticità organizzativo-assistenziali e si prodiga per la loro soluzione;
- valuta l'efficacia della comunicazione nell'ambito della presa incarico multiprofessionale;
- definisce e predispone i turni di servizio;
- predispone percorsi di miglioramento multiprofessionali e multidisciplinari attraverso la formazione continua;
- valuta il livello di soddisfazione dell'utenza e monitora il clima interno;
- cura le interfacce interne ed esterne all'Azienda;
- pianifica e gestisce il cambiamento ed i progetti innovativi;
- gestisce il personale infermieristico e gli OSS;
- valuta il personale infermieristico e gli OSS attraverso schede di valutazione periodiche favorendo la crescita e lo sviluppo dell'intera organizzazione;
- applica le norme comportamentali e disciplinari;
- collabora con il responsabile sanitario alla verifica del rispetto della normativa sulla tutela della salute dei lavoratori e della sicurezza dell'ambiente di lavoro;
- valuta del fabbisogno formativo del personale e promozione di eventi ECM;
- costruisce relazioni collaborative e interprofessionali;
- gestisce i farmaci ed i dispositivi in collaborazione con il Responsabile sanitario;
- governa le risorse materiali e tecnologiche;
- verifica il corretto smaltimento dei rifiuti sanitari;
- promuove il processo di digitalizzazione tramite il sistema di Telemedicina;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321-92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

- valuta l'efficacia delle attività infermieristiche;
- promuove i processi di miglioramento e della qualità;
- gestione del rischio clinico;

11.5 L'INFERMIERE CASE MANAGER

Il case manager è un infermiere formato sul modello del case management, 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, il coordinatore infermieristico e la COT, la dimissione protetta;
- 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.

Inoltre, il Case manager partecipa, insieme all'équipe della COT, alla valutazione delle richieste di inserimento e della lista di attesa in OdC, interfacciandosi con gli altri punti della rete territoriale.

11.6 L'INFERMIERE DELL'ÉQUIPE ASSISTENZIALE

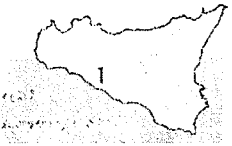
L'infermiere che compone l'équipe assistenziale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica secondo quanto sancito dal DM n. 739 del 14 settembre 1994, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" e diventa riferimento stabile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

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/PDTA specifici stabiliti per singolo paziente in stretta sinergia con il responsabile/referente clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti. 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 sono:

- partecipazione alla identificazione dei bisogni di salute della persona e formulazione dei relativi obiettivi di cura;
- pianificazione, gestione e valutazione degli interventi assistenziali infermieristici;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321- 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570910848 - Tel 0923 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

- 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;
- prende in carico il paziente/familiari/ caregiver definendo gli obiettivi assistenziali e pianificando le attività di cura;
- garantisce il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso il monitoraggio degli esiti e la rimodulazione degli interventi in funzione dei nuovi bisogni evidenziati;
- esercita un ruolo educativo nei confronti del paziente e della famiglia e/o caregiver per l'acquisizione/sviluppo di competenze, al fine di facilitare la gestione del problema di salute residuo al domicilio;
- pianifica l'uscita in dimissione protetta nei vari setting attivando quanto necessario per soddisfare le esigenze del paziente;
- documenta in modo sistematico la propria attività sulla cartella infermieristica;
- promuove l'empowerment del paziente e del caregiver;
- gestisce i dati clinici ed alimenta i flussi informativi di propria competenza.

11.7 L'OPERATORE SOCIO-SANITARIO (O.S.S.)

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 e nello specifico:

- sostiene le persone, in particolare quelle non autosufficienti, nelle attività quotidiane (come vestizione e somministrazione pasti) e di igiene personale;
- cura la pulizia e l'igiene dell'unità del paziente e, più in generale, dell'ambiente sanitario;
- aiuta l'assistito nella deambulazione, nell'uso adeguato dei presidi, degli ausili e delle attrezzature sanitarie e nell'apprendimento delle posture corrette;
- organizza attività di socializzazione per mantenere vive le capacità sensoriali, la curiosità, le funzioni cognitive e contribuire, anche in questo modo, al benessere psicofisico della persona.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale: Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02370930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

11.8 IL FISIOTERAPISTA

Fa parte del team assistenziale con lo specifico mandato di promuovere e orientare la funzione riabilitativa che si concretizza attraverso la valutazione del paziente al fine di proporre strategie utili al mantenimento/recupero delle funzioni e delle capacità residue, counselling ed educazione terapeutica al paziente/caregiver e consulenza agli operatori addetti all'assistenza in materia di prevenzione dei danni da immobilizzazione. Inoltre, il Fisioterapista attua interventi fisioterapici, nonché la proposta/l'addestramento all'utilizzo degli ausili nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza a completamento e finalizzati al rientro a domicilio facilitando la continuità riabilitativa sul territorio.

I processi assistenziali garantiti dall'OdC devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso l'Azienda.

Devono essere promossi ed assicurati: la formazione continua di tutto il personale, la valutazione e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

12. MODELLO OPERATIVO-VALUTAZIONE E ACCESSO

Possono accedere al ricovero in OdC i pazienti provenienti dal territorio (domicilio, strutture residenziali) o dall'ambito ospedaliero (Pronto Soccorso, UO afferenti a ospedali pubblici e del privato accreditato). L'ammissione all'OdC avviene in modalità programmata, previa valutazione dei criteri di appropriatezza e in accordo con il personale dell'OdC.

A seconda dell'ambito di intercettazione vengono di seguito descritte le specifiche modalità operative per la valutazione e la segnalazione dei casi e l'accesso in OdC.

12.1 VALUTAZIONE E ACCESSO DA AMBITO TERRITORIALE

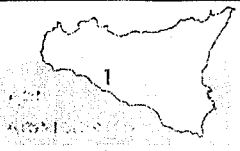
I servizi/professionisti che possono intercettare una persona con bisogni clinico-assistenziali (espressi o potenziali) che possono trovare una risposta in un ricovero in OdC sono:

- Medico di Medicina Generale/Continuità assistenziale
- Infermiere di Famiglia e Comunità
- Fisioterapista del Territorio
- UO/Servizi della rete territoriale (COT)
- Servizio Sociale Territoriale (SST)

Il professionista afferente, ad uno dei servizi territoriali sopra elencati, effettua una prima valutazione del caso intercettato coinvolgendo, quando possibile, il MMG/PLS e lo segnala alla COT attraverso una **scheda di segnalazione** in cui è necessario riportare tutte le informazioni note al segnalante. Tale scheda deve essere trasmessa alla COT, completa di valutazione multidisciplinare e multidimensionale.

I professionisti della COT, una volta ricevuta la segnalazione del caso, a prescindere dalla tipologia della richiesta/assistenza proposta, verificano e/o completano la valutazione di accesso alle cure in OdC e consiste in:

- valutazione pertinenza della segnalazione e completezza formale nella compilazione della scheda;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

- coinvolgimento e approfondimenti valutativi con il segnalante e l'MMG del paziente, nel caso il segnalante non sia il medico curante;
- ricognizione dei servizi attivi e forniture assegnate (es ausili) e/o pre-esistenti prese in carico
- solo per casi con bisogni complessi o che necessitano approfondimenti valutativi specifici, si prevede l'attivazione di consulenze specialistiche e di esperti;

Inoltre, l'équipe della COT, con l'eventuale coinvolgimento del UVM, effettua:

- valutazione competenze paziente, caregiver e familiari nella gestione dei problemi (es. conoscenza, consapevolezza, competenze tecniche);
- valutazione delle risorse disponibili;
- valutazione risorse familiari e sociali;

Sulla base di tali elementi, viene valutata la complessità del bisogno (definita e condivisa con il MMG, il segnalante, ed eventualmente anche con l'équipe dell'OdC), la modalità di presa in carico ed il setting più appropriato di cura, confermando o meno la richiesta di accesso in OdC.

Dopo tale valutazione, l'accesso in OdC si inserisce in un progetto di presa in carico declinato dalla COT assieme all'MMG, all'équipe dell'OdC ed alla UVM, che prevede i seguenti elementi essenziali:

- definizione obiettivi e piano di valutazione del loro raggiungimento;
- identificazione responsabile del caso;
- risorse necessarie;
- definizione durata della presa in carico;
- condivisione progetto con paziente e familiari;
- informazione e trasmissione del progetto ai professionisti coinvolti e al segnalante;
- pianificazione e gestione del trasferimento del paziente e verifiche di esito;

L'accesso in OdC ed il progetto clinico-assistenziale ivi previsto va condiviso con il paziente ed i familiari attraverso un colloquio informativo (telefonico o in presenza) da parte di un infermiere della COT specificamente formato o dal case manager dell'OdC. Tale colloquio deve essere seguito dalla consegna/invio di materiale informativo.

L'accesso del paziente in OdC avviene in maniera programmata e condivisa con il personale della struttura.

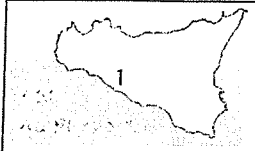
Nel caso in cui non ci sia la disponibilità di offerta dedicata alla rete territoriale, la COT segnala il caso alla UVM, che gestisce l'accesso in OdC dalla rete ospedaliera, affinché coordini l'accesso nei posti letto di OdC disponibili (HUB interconnessione).

12.2 VALUTAZIONE E ACCESSO DA AMBITO OSPEDALIERO

A. *SETTING DI PRONTO SOCCORSO/OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA/MEDICINA D'URGENZA*

Nell'ambito della presa in carico in PS, il professionista di PS effettua la valutazione attraverso Triage Risk Screening Tool (TRST) a:

- pazienti di età ≥ 75 anni con codice di priorità azzurro, verde e bianco;
- pazienti di età < 75 anni con codice di priorità azzurro, verde e bianco con una o più delle

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922-442111		Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	---	---

seguenti condizioni:

- patologie assimilabili età geriatrica (Parkinson, esiti di Ictus, demenza);
- presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse;
- accessi in PS o ricoveri ripetuti;
- sintomo principale di accesso in PS identificato come trauma/caduta e/o disturbi cognitivi e del comportamento;

Una volta effettuata la valutazione, se il paziente ha TRST score ≥ 2 e il medico di PS, dopo la valutazione clinica, non ravvede la necessità di un ricovero ospedaliero, ma riscontra la necessità di cura e assistenza alla dimissione, il medico/infermiere di PS attiva il percorso di presa in carico presso l'OdC, segnalando il caso all'Ufficio Territoriale Ospedaliero di presidio, (UTO) che congiuntamente al medico e all'infermiere compilano la scheda SVAMA da inviare alla COT.

B. DEGENZE OSPEDALIERE

Entro 48 ore dal ricovero, l'infermiere di reparto, anche attraverso colloquio con paziente e familiari, deve effettuare una prima valutazione con scheda BRASS, considerando in via prioritaria i soggetti valutati in PS con TRST score ≥ 2 .

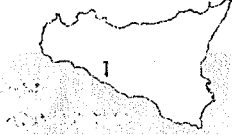
Se l'Indice di BRASS >11 il case manager o l'infermiere di reparto valuta:

- stato funzionale della persona prima del ricovero per identificare cambiamenti delle autonomie, se possibile, avvalendosi anche del contributo del fisioterapista;
- risorse familiari per identificarne le fragilità;
- aiuti alla persona e servizi già attivi prima del ricovero Indicativamente entro 72 ore dal ricovero, l'infermiere/case manager e il medico responsabile del caso definiscono il piano-paziente individuando:
 - la durata del ricovero e la presunta data di dimissione;
 - i possibili bisogni socio-sanitari alla dimissione;

All'interno dei reparti, vengono individuati dai Direttori di UOC figure di facilitazione dei percorsi di dimissione (Dimissione Protetta). Tali professionisti sono rappresentati da un medico di reparto e dal case manager infermieristico ed eventualmente da altri infermieri facilitatori di percorso. Tali professionisti sono formalmente individuati, formati e coinvolti in momenti di confronto con la rete territoriale e fungono da supporto per i colleghi nella valutazione dei casi e dei percorsi post-dimissione attivabili.

Al termine di tale processo di valutazione che porta alla definizione del piano-paziente, se la dimissione a domicilio non è possibile o è critica/dubbia il medico e il case manager del reparto, eventualmente in collaborazione con l'Assistente Sociale ospedaliero, effettuano la valutazione multidimensionale contenuta nel sistema informatico di segnalazione alla Centrale Operativa Territoriale (COT). Inoltre, individuano gli obiettivi clinici e assistenziali post-dimissione (es. riabilitazione, stabilizzazione terapeutica, riattivazione funzionale). Lo strumento di valutazione multidimensionale prevede la rilevazione della stabilità del paziente, dei bisogni clinico- assistenziali, riabilitativi e sociali del paziente. Lo strumento, in base ai dati inseriti e ai profili dei pazienti, identifica già il setting di post-acuzie/cure intermedie potenzialmente appropriato.

I professionisti della UVM, una volta ricevuta la segnalazione del caso, a prescindere dalla

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

tipologia della richiesta/trasferimento proposti, effettuano/completano la valutazione di accesso all'OdC. Tale valutazione è coordinata da un infermiere della UVM che in base al contenuto della segnalazione coinvolgerà altri professionisti della Centrale, ed eventualmente anche l'équipe dell'OdC, e consiste in:

- valutazione pertinenza della segnalazione e verifica la completezza delle informazioni necessarie alla corretta individuazione del setting secondo algoritmo informatizzato;
- coinvolgimento e approfondimenti valutativi con il segnalante;
- in caso di dubbi relativamente al setting di trasferimento per casi con bisogni complessi o che necessitano approfondimenti valutativi specifici, attivazione della UVM per effettuare valutazione multidimensionale. La UVM fornisce supporto ai fini della definizione del setting più appropriato agli obiettivi anche in collaborazione con il segnalante ed effettua la valutazione multidimensionale attraverso un format specifico.

Al termine di tale valutazione che deve essere svolta entro 48 ore dalla segnalazione, l'infermiere della UVM conferma al segnalante, attraverso sistema informatico, il percorso del paziente con le seguenti informazioni:

- Setting assistenziale alla dimissione;
- Data presunta del trasferimento;
- Durata presunta della degenza nel setting di trasferimento.

Nel caso in cui venga valutato che non sia necessario un ricovero in OdC, ma che possa essere attivata un'altra forma di presa in carico territoriale il caso viene segnalato alla COT di residenza per i seguiti di competenza.

Il trasferimento in OdC e il progetto clinico-assistenziale ivi previsto va condiviso con il paziente e i familiari attraverso un colloquio informativo (telefonico o in presenza) da parte di un infermiere della UVM specificamente formato o dal case manager dell'OdC. Tale colloquio deve essere seguito dalla consegna di materiale informativo.

Il giorno prima del trasferimento del paziente in OdC l'operatore della UVM, sulla base della pianificazione prodotta attraverso sistema informatico, effettua, attraverso il case manager del reparto o altra interfaccia identificata, la verifica delle condizioni cliniche di trasferibilità del paziente e, in accordo con il personale dell'OdC, organizza il trasferimento.

Gli operatori della UVM assicurano, comunque, verifiche sistematiche dei pazienti in lista garantendo i necessari approfondimenti rispetto ai pazienti in attesa di trasferimento da oltre 7 giorni o ai pazienti riammessi in lista dopo periodo di sospensione. L'approfondimento valutativo, finalizzato ad un'eventuale rivalutazione del percorso in uscita, viene effettuato attraverso il coinvolgimento del case manager/infermiere di reparto o dei professionisti già coinvolti nel percorso o opportunamente da coinvolgere in questa fase in accordo con il case manager/infermiere di reparto.

12.3 EROGAZIONE DELLE CURE/MODELLO CLINICO ASSISTENZIALE

L'OdC accoglie pazienti con una valutazione clinica, diagnostica e terapeutica già delineata e che richiedono un particolare supporto assistenziale. La centralità del paziente e l'integrazione delle cure sono alla base del modello organizzativo adottato ed in tale contesto, pur rimanendo essenziale la tipologia delle competenze mediche, articolate in vari settori e

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02370930848 - Tel 0923 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

coordinate dal dirigente medico responsabile clinico, risulta essenziale la figura dell'infermiere case manager, principale riferimento per il paziente, i congiunti, il caregiver.

Nel rispetto (della filosofia) della finalità sottesa alla costituzione degli OdC, quali la centralità del paziente, l'integrazione delle cure per il raggiungimento del migliore benessere possibile, lo sviluppo delle capacità residue dell'utente e del suo caregiver, il Primary Nursing (PN) è stato individuato come certamente il modello organizzativo maggiormente idoneo all'assistenza necessaria.

Infatti, il Primary Nursing è un modello organizzativo per l'assistenza infermieristica basato sulla centralità della persona assistita rispetto al percorso di cura e sulla valorizzazione del professionista che la eroga, valorizzazione che non avviene solo attraverso una esaltazione delle competenze già esistenti, ma che si accresce anche e soprattutto attraverso lo sviluppo e l'assunzione di responsabilità da parte degli infermieri nel prendere decisioni in relazione ai pazienti di riferimento.

L'infermiere di riferimento instaura un rapporto personalizzato e bidirezionale tra assistito/famiglia/caregiver (risorsa essenziale nel percorso di cura della persona e al contempo portatore dei propri bisogni specifici) e rappresenta l'interlocutore privilegiato per la gestione dei bisogni assistenziali. L'infermiere concorre al raggiungimento della qualità complessiva dell'assistenza, in termini di benessere individuale, di comfort ambientale e soprattutto di umanizzazione delle relazioni.

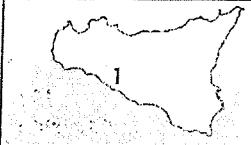
In OdC, la presa in carico fisioterapica ha l'obiettivo di valutare ed indirizzare il bisogno riabilitativo definendo gli interventi più appropriati per ridurre il grado di disabilità o facilitarne la gestione sia da parte del paziente che del caregiver e facilitando, laddove è possibile, il rientro al domicilio. La finalità della presa in carico fisioterapica, secondo il modello prevalente della gestione della patologia cronico-degenerativa, è rivolta al mantenimento/recupero delle potenzialità della persona. In quest'ottica assumono un ruolo rilevante interventi di natura educativa per un coinvolgimento attivo del paziente/famiglia/caregiver nella gestione della disabilità e nel processo terapeutico nonché interventi sulla funzione agendo sia sulla persona che con la proposta e l'addestramento all'uso di ausili idonei.

L'intervento fisioterapico avviene in integrazione con le altre figure del team assistenziale che partecipano per gli aspetti di loro competenza al raggiungimento degli obiettivi funzionali.

La presenza del parente in OdC, senza limiti di orari, consente inoltre l'opportunità di un suo affiancamento da parte del personale assistenziale che con attività di educazione sanitaria contribuisce insieme al fisioterapista a sviluppare l'empowerment del familiare/caregiver in previsione del rientro al domicilio.

Nell'ambito della gestione clinica del paziente è possibile attivare eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali anche in telemedicina e, nella stesura di ogni progetto di OdC, devono essere definite quali consulenze specialistiche e/o quali esami strumentali sono attivabili, definendo specifiche procedure di accesso e le modalità.

Inoltre, nel progetto di ogni singolo OdC è necessario definire e formalizzare le procedure per attivare interventi in urgenza/emergenza che devono essere declinate in base alla tipologia di struttura in cui è collocato l'OdC (Casa della Comunità, Ospedale etc).

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321-92100 Agrigento - Piva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

12.4 DIMISSIONE

Il percorso di dimissione prende avvio dal momento dell'ingresso dell'assistito in OdC, quando viene redatto il progetto assistenziale individualizzato condiviso tra professionisti, assistito e familiari. La persona accolta in OdC viene dimessa di norma entro 30 giorni, previa valutazione di dimissibilità da parte del medico dell'OdC. Prima della dimissione, se ritenuto opportuno, il responsabile sanitario può richiedere la valutazione della UVM.

Nel periodo di degenza vengono valutate le condizioni di rischio e attuati gli interventi utili a risolvere i principali problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo, in questo modo, il rientro al proprio domicilio.

Il processo di dimissione prevede una rivalutazione complessiva del paziente. Il responsabile Sanitario e il Case Manager richiedono il supporto della COT per la transizione del setting assistenziale l'aggiornamento delle informazioni cliniche e la eventuale presa in carico sul territorio, se necessaria. Tale aggiornamento deve essere trasmesso attraverso l'applicativo dedicato. 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.

13. STRUMENTI DI LAVORO

I responsabili delle attività cliniche, assistenziali e riabilitative provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE (CCE ed eventuali suoi sviluppi specifici per questo setting).

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Tutta la documentazione sanitaria del paziente (eventuale documentazione di dimissione ospedaliera, richiesta di ricovero da parte del MMG, documentazione personale dell'assistito) viene raccolta nella cartella integrata che comprende le valutazioni iniziali, anche attraverso l'utilizzo di scale, il PAI, gli interventi clinico assistenziali e riabilitativi e la relazione conclusiva multiprofessionale.

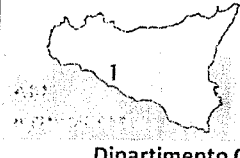
Il Piano Assistenziale Individualizzato è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in un'ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun paziente, con lo scopo di dare l'avvio a un progetto di assistenza e cura che abbia come obiettivo il massimo benessere raggiungibile.

È parte integrante della documentazione sanitaria del paziente ed è uno strumento di lavoro per:

- lavorare con e per l'utente;
- coinvolgere la famiglia e il caregiver;
- garantire l'integrazione tra servizi e figure professionali diverse;
- finalizzare in maniera condivisa comportamenti e azioni;
- valutare le capacità e le competenze del paziente e del suo contesto socio familiare;
- rendere condivisibile tra operatori la conoscenza e la progettazione dell'intervento e commisurarne l'efficacia;

Inoltre, è uno strumento:

- **modulabile**, ossia capace di rispondere al principio di dinamicità e cambiamento che accompagna una persona nel suo percorso di cura;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02578930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

- **dialogico**, ossia basato sul pensare e comunicare insieme. Le sue parti sono progressivamente rivalutate ove **una** contribuisce alla migliore definizione dell'altra procedendo per ipotesi progressive alla ricerca della più efficace risposta ai bisogni individuati;
- **leggibile**, ossia tutti gli operatori trovano al suo interno le informazioni utili per il raggiungimento degli obiettivi attraverso metodi e strumenti di lavoro esplicitati.

Tra gli strumenti di lavoro degli OdC da menzionare vi sono:

- riunione di équipe;
- cartella condivisa;
- istruzioni operative/procedure/ protocolli/ regolamenti aziendali (es. su contenzione fisica, caduta paziente, allontanamento, etc);
- strumenti di comunicazione aziendali.

14. VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

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 con complessità assistenziale:

- alta complessità, 7 a 11
- media complessità, 12 a 19
- bassa complessità, 20 a 28

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02370910648 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

14.1 LA SCALA IDA

La scala IDA valuta sette dimensioni assistenziali: alimentazione, eliminazione, igiene e comfort, mobilizzazione, procedure diagnostiche, procedure terapeutiche e percezione sensoriale

IDA: INDICE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE

Tabella 1

ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE ALVO E URINE		IGIENE E CONFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza Urinaria e dell'alvo Permanente	1	Intera Igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza Urinaria e dell'alvo Occasionale	2	Intera Igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONI SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso / Coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os, o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte

15. 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

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570910848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

utilizzati e consente di stratificare il rischio di potenziale evoluzione clinica di un paziente. Quest'ultima valuta 5 parametri fisiologici: pressione arteriosa sistolica, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea e 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.

15.1 SCALA MEWS

Tabella2

	Pressione arteriosa sistolica (PAS)						
	≤70 mmHg	71-80 mmHg	81-100 mmHg	101-199 mmHg	≥200 mmHg		
Frequenza cardiaca (FC)		<40 b/m	41/50 b/m	51/100 b/m	101-110 b/m	111-129 b/m	≥130 b/m
Frequenza respiratoria (FR)		<9 atti/min		9-14 atti/min	15/20 atti/min	21/29 atti/min	≥30 atti/min
Temperatura (TC)		<35°C		35-38.4°C		≥38.5°C	
AVPU				Alert - paziente sveglio	Verbal - Risponde allo stimolo verbale	Pain - risponde allo stimolo doloroso	Non risponde
COMORMILITA'							TOTALE

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	---	---

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;
- Scala di Rankin;
- Scala Conley;
- Glasgow Coma Scale.

15.2 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.

Rappresentazione grafica dell'intensità di cura modello Tri-Co

Tabella 3

	COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE		
INTENSITÀ CLINICA	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11
MEWS 0-2	Bassa	Media	
MEWS 3-4	Media	Media	
MEWS > 5			

16. RICHIESTA DI VISITE SPECIALISTICHE

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

17. 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.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02370930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

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 extra-ospedaliera.

18. 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.

19. UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA NELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

"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." ²

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.

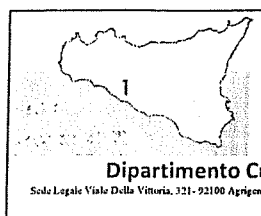
Il modello organizzativo regionale di Telemedicina prevede una gestione integrata e sinergica di quattro componenti principali.³

19.1 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 Linee di indirizzo nazionali Ministero della Salute

³ DA n°820 del 30 agosto 2023 approvazione del Modello Organizzativo Regionale dei servizi di telemedicina

	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321-92100 Agrigento – P.Iva e C.F. 02370930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	---	---	---

19.2 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.

19.3 LE TECNOLOGIE:

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

19.4 SISTEMA DI CONTROLLO

Il sistema di controllo è uno strumento 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.

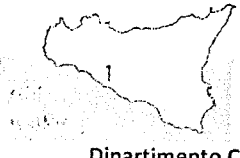
Per ciascuna delle patologie croniche identificate (oncologiche, diabete, respiratorie, neurologiche, cardiologiche), ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) istituisce le specifiche EMST di riferimento. L'équipe è composta dai professionisti individuati all'interno del PDTA di ciascuna patologia e da altre 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.

19.5 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.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922-442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

19.6 GLI INTERVENTI DI TELEMEDICINA REALIZZABILI NELL'AMBITO DELL'ODC

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

20. 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".⁴

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'équipe 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 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.

21. 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 sotto forma 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

⁴ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, rep. Atti n. 215/CSR

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321-92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570930818 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

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”.⁵

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.

22. 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”.⁶

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.

23. IL TELEMONTITORAGGIO

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

⁵ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, rep. Atti n. 215/CSR

⁶ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, rep. Atti n. 215/CSR

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02579930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

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".⁷

24. 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".⁸

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.

25. LA GESTIONE DEGLI ALLARMI

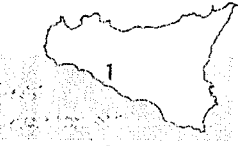
Il ruolo del personale infermieristico è di verificare gli alert provenienti dai dispositivi di telemonitoraggio indossati dai pazienti ricoverati. L'infermiere valuta il livello di complessità clinica del paziente e all'esito può richiedere l'intervento:

- 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 il coordinatore della UCCP e con il referente della AFT;
- del 112, nel caso di instabilità clinica rilevata dallo score MEWS di livelli Medio/Instabile (score 3-4) 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.

⁷ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, rep. Atti n. 215/CSR

⁸ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, rep. Atti n. 215/CSR

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

26. ASPETTI TECNOLOGICI DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA

La piattaforma regionale di Telemedicina prevede 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 Sicilia 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.

27. 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);
- Otoscopio digitale.

28. 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;

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02370910848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

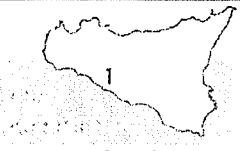
- DAE;
- carrelli per la terapia farmacologica;
- dispositivi per la somministrazione di ossigeno (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, sistema respiratorio manuale per ventilazione assistita o controllata "va e vieni", pallone auto espandibile (AMBU);
- monitor multiparametrici in numero adeguato;
- 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 therapy, 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.

29. LE PROCEDURE

Sono fortemente raccomandate le seguenti procedure:

- valutazione del paziente e dei potenziali rischi di caduta, lesioni da decubito etc...;

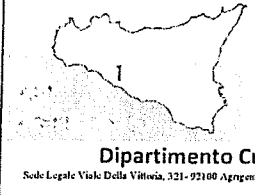
 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale: Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

- 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.

30. 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 (...)".⁹ 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

⁹ 10 Ministero della Salute Commissione tecnica sul Rischio Clinico marzo 2004 11 Ministero della Salute

	Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	---	---	---

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." ¹⁰ 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:

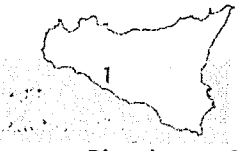
- prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- valutazione della qualità percepita dell'assistenza da parte del cittadino;
- gestione delle urgenze;
- gestione degli alert;
- applicazione delle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, definite strumenti in grado di prevenire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

31. 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.

¹⁰ Ministero della Salute Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III - "L'AUDIT CLINICO"

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02370970848 - Tel 0932 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

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 BLSD , prevista per **TUTTO** il personale previsto in struttura.

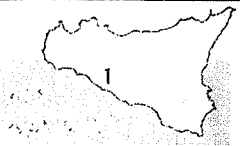
32. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

L'OdC dovrà dotarsi di un sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli indicatori di monitoraggio degli Ospedali di Comunità individuati dalla normativa vigente sono:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale 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

A questi indicatori si aggiungono eventuali ulteriori indicatori di monitoraggio definiti per questo setting dal livello regionale e altri indicatori definiti a livello aziendale e declinati in base ai contesti nei quali sono collocati gli OdC in ciascun progetto di OdC.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

33. 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.

34. 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 del coordinatore infermieristico.

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.

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
--	--	--

35. 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 identificare 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.

36. 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"¹¹.

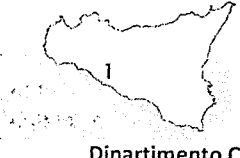
"Una delle componenti fondamentali della qualità dell'assistenza è l'umanizzazione/centralità delle persone alla quale è riconosciuto dalla WHO un ruolo rilevante nella governance dei Sistemi Sanitari"¹².

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".¹³ 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.

¹¹ OECD 2015 Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris

¹² WHO 2015 Global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. Geneva

¹³ sito Ministero della Salute

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570970848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

37. 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”¹⁴. 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.

38. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFICI E DOCUMENTALI

- Patto per la Salute 2014-2016
- DM 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”
- Piano nazionale della cronicità 2016
- Allegato A dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, il quale ha provveduto a definire i requisiti di accreditamento a livello nazionale per gli Ospedali di Comunità
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2021
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
- Quaderno di Monitor “Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità”, AGENAS in collaborazione con il Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del Politecnico di Milano, Novembre 2022
- PG 0123503 del 08/11/2022 Documenti di indirizzo AGENAS per la progettazione delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità.
- Delibera aziendale n 1068 del 30/05/2024 avente oggetto “Approvazione del documento di progetto “Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona - Declinazione operativa”.

¹⁴ I Quaderni Monitor Agenas Supplemento alla Rivista semestrale Monitor 2022

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

ALLEGATI

Tabella 1 - scala MEWS 1

Pressione arteriosa sistolica (PAS)	≤70 mmHg	71-80 mmHg	81-100 mmHg	101-199 mmHg	≥200 mmHg		
Frequenza cardiaca (FC)	<40 b/m	41/50 b/m	51/100 b/m	101-110 b/m	111-129 b/m	≥130 b/m	
Frequenza respiratoria (FR)	<9 atti/min		9-14 atti/min	15/20 atti/min	21/29 atti/min	≥30 atti/min	
Temperatura (TC)	<35°C		35-38.4°C		≥38.5°C		
AVPU			Alert paziente sveglio	Verbal - Risponde allo stimolo verbale	Pain - risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	
							TOTALE
COMORMILITA'							

- Complessità assistenziale**

– **IDA (Indice di dipendenza assistenziale)**: 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 rientrano nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19, a bassa complessità se invece il punteggio è compreso tra 20 e 28.

L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui come già detto la valutazione del grado di gravità e di dipendenza viene misurata grazie a due sistemi a punteggio, uno medico (MEWS – Modified Early Warning Score) ed uno infermieristico (IDA, Indice di Dipendenza Assistenziale).

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 521 - 92100 Agrigento - P.Iva e C.F. 02570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

IDA: INDICE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE

Tabella 2

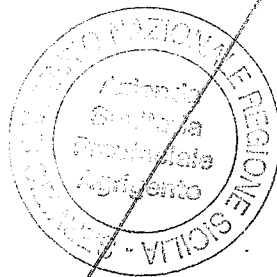
ALIMENTAZIONE IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE ALVO E URINE		IGIENE E CONFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza Urinaria e dell'alvo Permanente	1	Intera Igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza Urinaria e dell'alvo Occasionale	2	Intera Igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione su poltrona
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONI SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso / Coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte

 Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento Dipartimento Cure Primarie Sede Legale Viale Della Vittoria, 331 - 92100 Agrigento - Piva e C.F. 03570930848 - Tel 0922 442111	Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità	Regolamento Aziendale Codice del documento: Data: N° di Revisione:0 Data ultima revisione:
---	--	--

Intensità di cura modello Tri-Co

Tabella 3

	COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE		
INTENSITÀ CLINICA	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11
MEWS 0-2	Bassa	Media	
MEWS 3-4	Media	Media	
MEWS > 5			





PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'approvazione con provvedimento n. _____ del _____
- Ha pronunciato l'annullamento con provvedimento n. _____ del _____

come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09 dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo, dal _____

~~X~~ Immediatamente esecutiva dal 25.08.2025
Agrigento, li 25.08.2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi

S. Terrasi

REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li _____

Il Referente Ufficio Atti deliberativi
Il Collaboratore Amm.vo Prof.le
Sig.ra Sabrina Terrasi