

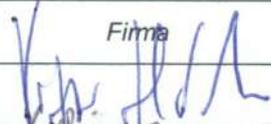
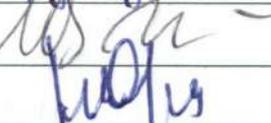
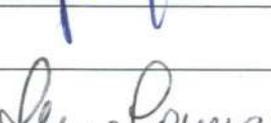
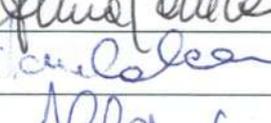
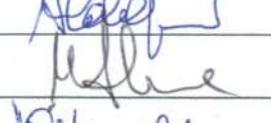
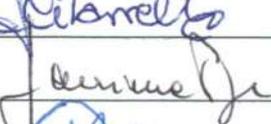
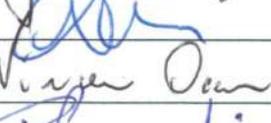
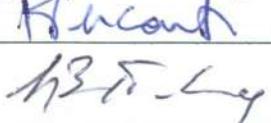
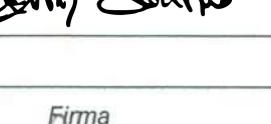
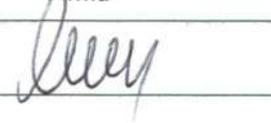
	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 1 di 1	

PROPOSTA

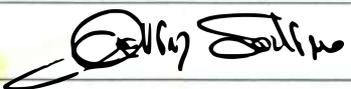
Struttura	Responsabile/Direttore (1) Nome e Cognome	Firma
Dipartimento Cure Primarie	Dott. Salvatore Vizzi	

(1) Coordinatore del Gruppo di Lavoro - Redazione

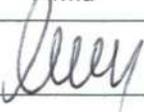
GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE

Struttura	Nome e Cognome	Qualifica/ Funzione	Firma
Dipartimento Cure Primarie	Salvatore Vizzi	Direttore Dipartimento	
Dipartimento Attività Ospedaliere	Antonino Di Benedetto	Direttore Dipartimento	
Dipartimento Salute della Famiglia	Giuseppe Canzone	Direttore Dipartimento	
Dipartimento Diagnostica di Laboratorio	Teresa Barone	Direttore Dipartimento	
Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza	Anna Carreca	Direttore Ref. Dipartimento	
U.O.C. Cronicità e Percorsi Assistenziali	Laura Calcara	Direttore U.O.C.	
U.O.C. Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna	Amalia Colajanni	Direttore U.O.C.	
U.O.S.D. Screening Cervico-carcinoma Dipartimento Salute della Famiglia	Marylea Spedale	Responsabile U.O.S.D.	
U.O.S. Professioni Sanitarie di Riabilitazione	Julie Lidia Citarrella	Dirigente U.O.S.	
U.O.S. Servizio Sociale Professionale	Damiana Pepe	Dirigente U.O.S.	
U.O.S. Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed Ostetrica	Antonino Amato	Dirigente U.O.S.	
U.O.S. Professioni Sanitarie Area Infermieristica ed Ostetrica	Vincenzo Occorso	Dirigente U.O.S.	
U.O.S. Bed Management	Pietro Perconti	Responsabile U.O.S.	
U.O.S. Data Protection Officer e Sistemi di Sicurezza nei Rapporti Istituzionali	Giuseppe Buttafuoco	Responsabile U.O.S.	
U.O.S. Coordinamento sanitario isole minori Lampedusa, Linosa e Ustica	Francesco D'Arca	Responsabile U.O.S.	

VERIFICA DI CONFORMITÀ

UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico Nome e Cognome	Qualifica/ Funzione	Firma
Dott.ssa Cettina Sortino	Direttore f.f. UOC Medicina Legale Risk Manager	

APPROVAZIONE

Macrostruttura	Direttore/Responsabile Nome e Cognome	Firma
Direzione Sanitaria	Dott. Francesco Cerrito	

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 2 di 15	

REVISIONI

Revisione	Data	Codice revisione
Ultima revisione effettuata		
Revisione biennale prevista		

1) REVISIONE

Codice Revisione:		
Data Revisione:		
<input type="checkbox"/> Immodificata rispetto al Documento adottato <input type="checkbox"/> Modificata rispetto al Documento adottato per: <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche organizzative: Specificare _____ ----- <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche Normative interne ed esterne (Leggi, Decreti, Circolari, Regolamenti) Specificare _____ ----- <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche delle evidenze scientifiche (Protocolli, Linee Guida, Buone Pratiche Clinico-Assistenziali) Specificare _____ ----- <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche del Gruppo di Lavoro/Redazione (come indicato nella specifica sezione sopra riportata)		
VERIFICA DI CONFORMITÀ UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott./Dott.ssa	Firma
APPROVAZIONE Direttore Sanitario o Direttore/Responsabile Macrostruttura	Dott./Dott.ssa	Firma

 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 3 di 15	

SOMMARIO

1. OGGETTO	4
2. SCOPO	5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE PER L'ADOZIONE DEL DOCUMENTO	5
5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI.....	6
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	6
6.1 REQUISITI DI SISTEMA.....	6
6.2 INGRESSO: CRITERI DI AMMISSIONE E PRESA IN CARICO	6
6.2.1 MODALITÀ DI ACCESSO	7
6.3 PROCESSO: PERCORSO DI CURA	11
6.4 USCITA.....	13
6.5 PIANO DI GESTIONE EMERGENZE.....	13
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	14
8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	14
9. MONITORAGGIO	14
10. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE.....	15
11. ALLEGATO	15

 ASP PALERMO AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 4 di 15	

1. OGGETTO

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero (prevista dalla nuova riforma sanitaria DM 77/2022), afferente alla rete dell'assistenza sanitaria territoriale di "**cure intermedie**", per pazienti che, pur essendo dimissibili dall'ospedale per acuti, non possono andare presso il proprio domicilio poiché ancora bisognosi di cure.

Gli OdC sono, pertanto, strutture di ricovero intermedie che si collocano tra una degenza ordinaria per acuti di tipo ospedaliero e un ricovero di tipo assistenziale-residenziale (RSA).

Il target di pazienti ammissibili presso l'OdC sono i post-acuti e/o cronici riacutizzati a bassa intensità di cure, stabili dal punto di vista clinico.

Gli obiettivi, degli OdC, sono molteplici:

- evitare ricoveri impropri presso i reparti per acuti;
- favorire i turnover ospedalieri, rispettando al contempo i termini minimi di ricovero e affinando l'appropriatezza dei DRG;
- favorire le dimissioni protette presso l'OdC e con esse la prosecuzione delle cure in nuovi setting clinico-assistenziali e terapeutico-riabilitativi volti al recupero funzionale;
- ridurre gli accessi al Pronto Soccorso
- favorire una adeguata integrazione ospedale - territorio;
- ridurre la spesa sanitaria complessiva;

A seguito di un episodio di **acuzie** o di **riacutizzazione di patologie croniche**, i pazienti possono ancora necessitare di interventi sanitari a bassa intensità di cure, nonché di una sorveglianza socio-sanitaria e assistenziale infermieristica continuativa nelle 24 ore, non erogabile a domicilio, anche per fattori propriamente logistici legati all'ambiente (barriere architettoniche...), oppure per non sufficiente assistenza da parte del caregiver.

L'OdC, pertanto, costituisce quel setting assistenziale, in grado di garantire, nel panorama dell'offerta sanitaria, una risposta appropriata a condizioni cliniche "intermedie" anche quando l'assistenza domiciliare integrata (ADI) potrebbe risultare "non sufficiente".

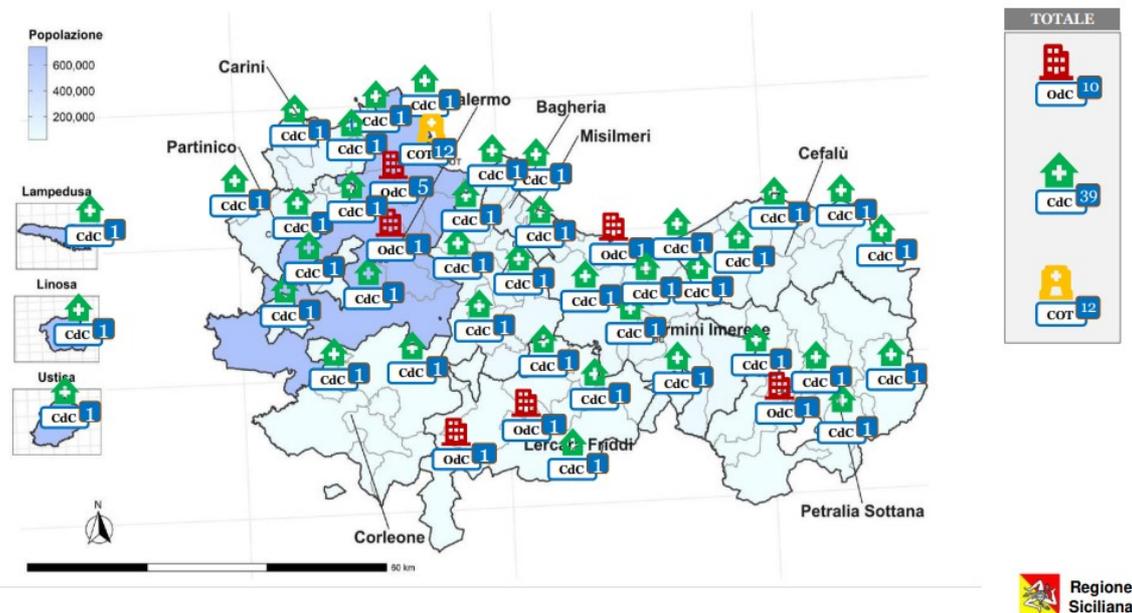
L'OdC potrebbe costituire quel setting assistenziale di supporto e monitoraggio per quei "cittadini-pazienti" che presentino uno stato di iniziale scompenso della patologia cronica base, la cui evoluzione potrebbe comportare il peggioramento delle condizioni cliniche generali, tali da richiedere un ricovero ospedaliero in un reparto per acuti.

L'OdC opera in sinergia con le altre strutture della rete territoriale, COT e Case di Comunità, integrandosi con esse anche nelle procedure di Telemonitoraggio, al fine di prevenirne l'ospedalizzazione.

L'OdC, pur essendo dotato di un'autonomia funzionale, è in rete con altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, con la rete delle cure intermedie, con i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, con le cure domiciliari residenziali, con i servizi di emergenza urgenza territoriali grazie all'utilizzo di procedure operative che consentono la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi per ogni setting operativo. Ruolo fondamentale in questo è rivestito dalla grande professionalità del personale COT (Centrale Operativa Territoriale) che indirizza il paziente ad un adeguato percorso di cura, in relazione a bisogni socio-sanitari ed assistenziali specifici.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 5 di 15	

ASP Palermo



2. SCOPO

Questa Procedura Operativa definisce i "Percorsi integrati" per l'accesso e la cura dei pazienti presso gli OdC; l'integrazione funzionale verrà gestita dalla COT (Centrali Operative Territoriali) attraverso una dorsale informatica unica (piattaforma di interoperabilità) che alimenterà il fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ogni paziente-cittadino nell'ottica di una più efficace ed efficiente integrazione Territorio-Ospedale-Territorio.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

L'ambito di applicazione di questa Procedura Operativa è l'Ospedale di Comunità.

L'ASP Palermo ha istituito 1 Ospedale di Comunità ogni 100.000 abitanti. Nella Provincia di Palermo sono stati progettati n. 10 Ospedali di Comunità (Tabella 2).

Allo stato attuale è prevista l'apertura in via sperimentale del primo Ospedale di Comunità, presso il secondo piano del P.O. "Madonna SS dell'Alto" di Petralia Sottana, dotato di 18 posti letto presso.

5 OdC nella Città di Palermo	n° Posti Letto	5 OdC nella Provincia di Palermo	n° Posti Letto
1 OdC Padiglione 19 "Casa del Sole"	15	1 OdC IV° Piano Ospedale di Petralia Sottana	20
1 OdC Padiglione 19 "Casa del Sole"	10	1 OdC PTE di Palazzo Adriano	15
1 OdC Padiglione 18 "Casa del Sole"	15	1 OdC I° Piano Poliambulatorio di T. Imerese	18
1 OdC Padiglione D "PTA Guadagna"	16	1 OdC I° Piano Poliambulatorio di Lercara Friddi	15
1 OdC Palazzo Lanza di Scalea "E. Albanese"	10	1 OdC un'ala dell'R.S.A. di Piana degli Albanesi	19

Tabella 2 Ospedali di Comunità – ASP Palermo

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE PER L'ADOZIONE DEL DOCUMENTO

La presente Procedura verrà distribuita a tutte le articolazioni organizzative coinvolte nella nuova Rete Territoriale di Assistenza (Rete della cronicità) dell'intera Provincia di Palermo:

- Articolazioni Aziendali dell'ASP di Palermo;
- Ospedali di Comunità (OdC), Centrali Operative Territoriali (COT) e Case di Comunità (CdC-Hub e CdC-Spoke);
- Rete dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta;
- Ambulatori specialistici dei poliambulatori (PTA) e dei Presidi Ospedalieri;

 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 6 di 15	

- e. Guardie mediche della continuità assistenziale e PPI - Punti di Primo Intervento;
- f. PTE - Punti Territoriali di Emergenza: PTE di Bagheria; PTE di Carini; PTE Lercara Friddi; PTE Palazzo Adriano;
- g. Presidi Ospedalieri dell'ASP di Palermo: P.O. "G.F. Ingrassia" di Palermo; P.O. "S. Cimino" di Termini Imerese; P.O. "Civico" di Partinico; P.O. "Dei Bianchi" di Corleone; P.O. "Madonna S.S. dell'Alto" di Petralia Sottana;
- h. Altre Aziende Ospedaliere della Provincia di Palermo: ARNAS "Civico"; A.O.U. Policlinico "P. Giaccone"; A.O. "Villa Sofia- Cervello"; Ospedale "Buccheri La Ferla"; Ospedale "G. Giglio" di Cefalù.

5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata	PO: Presidio Ospedaliero
AO: Azienda Ospedaliera	POC: Point of Care
AOU: Azienda Ospedaliera Universitaria	PPI: Punto di Primo Intervento
ASP Palermo: Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo	PP.LL.: Posti letto
C.A. Continuità Assistenziale	PS: Pronto soccorso
CO: Centrale Operativa	PTA: Presidio Territoriale di Assistenza
COT: Centrale Operativa Territoriale	PTE: Punto Territoriale di Emergenza
CdC: Casa di Comunità	PTR: Programma Terapeutico Riabilitativo
DM: Decreto Ministeriale	PUA: Punto Unico di Accesso
IDA: Indice Dipendenza Assistenziale	RSA: Residenza Sanitaria Assistita
MMG Medici Medicina Generale	TRICO: Triage di Corridoio
NEWS: New Early Warning Score	UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale
NUT: Nosografico Unico Territoriale	
OdC: Ospedale di Comunità	
PAI: Piano Assistenza Individuale	
PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Con questa Procedura Operativa vengono definite le fasi di **ingresso (ammissione), processo (percorso di cura) e uscita (dimissione) dell'OdC**, integrate con i percorsi di cura delle altre strutture della rete territoriale, al fine di garantire un approccio socio-sanitario e socio-assistenziale multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale.

6.1 REQUISITI DI SISTEMA

L'OdC ha di norma un numero tra 15 e 20 posti letto, fino a due moduli.

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

Personale	Strumentazione di base
<ul style="list-style-type: none"> . 7-9 Infermieri (assistenza 7 giorni su 7), di cui 1 Coordinatore infermieristico; . 4-6 Operatori Sociosanitari; . 1-2 unità di Altro personale sanitario con funzioni riabilitative; . 1 Medico per almeno 4,5 ore al giorno (6 giorni su 7). 	<ul style="list-style-type: none"> . PC/Tablet con collegamento in rete per la gestione della cartella informatizzata; . Defibrillatore-Elettrocardiografo portatile/telemedicina; . Termometro - Saturimetro - Sfigmomanometro; . Farmaci e dispositivi sanitari proporzionati a livello di intensità di cura dell'OdC.

6.2 INGRESSO: CRITERI DI AMMISSIONE E PRESA IN CARICO

L'ammissione è rivolta ai pazienti cronici riacutizzati autosufficienti o post-acuti con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica, comunque, pazienti **cl clinicamente stabili e con basso impegno assistenziale** che hanno perso transitoriamente alcune "funzioni" recuperabili con diverse possibilità prognostiche:

 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 7 di 15	

- Le funzioni/abilità temporaneamente perse sono recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza durante il quale si procede alla riattivazione ed al recupero delle ADL (attività quotidiane per la cura personale) in assenza di un caregiver e/o di condizioni sociali che rendono il rientro al domicilio transitoriamente impossibile (max 30giorni);
- Alcune funzioni/abilità sono compromesse e potrebbe rendersi necessario un periodo in cui il paziente (e la famiglia) dovrà adattarsi all'utilizzo di protesi e ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico; è necessario un breve periodo di tempo per capire se la nuova situazione funzionale è compatibile con il rientro al domicilio o se è necessaria una istituzionalizzazione.

La richiesta di ammissione in OdC, d'ora in poi definita "proposta di ospitalità" è relativa a **ricoveri sempre programmati, escludendo aprioristicamente le urgenze.**

Le principali **condizioni eleggibili al ricovero presso l'OdC sono relative a:**

- A. Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di una condizione cronica, in cui il ricovero in Ospedale per acuti risulti inappropriato;
- B. Pazienti affetti da multimorbidità, provenienti da una struttura ospedaliera per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- C. Pazienti che necessitano di assistenza ed educazione nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, di interventi di affiancamento ed addestramento prima del ritorno al domicilio con il coinvolgimento del caregiver, ove necessario;
- D. Pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo: fornitura ed utilizzo di protesi e ausili, interventi fisioterapici, supporto ed educazione terapeutica alla disabilità motoria, cognitiva e funzionale.

Il profilo clinico dei pazienti dell'OdC definisce le principali **patologie trattabili** in questa tipologia di setting assistenziale, ad esempio:

1. BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione. Pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;
2. Vasculopatie croniche o subacute non complicate;
3. Patologie cardiache con necessità di adattamento alla terapia rimodulata e monitoraggio clinico/ematochimico;
4. Malassorbimento; esiti di resezione intestinale chirurgica con necessità di ottimizzare la terapia nutrizionale ed eventuale gestione della stomia; pazienti post-chirurgici e non che necessitano di convalescenza, terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento;
5. Malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
6. Malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni, con necessità di terapia antibiotica anche endovenosa e monitoraggio clinico/ematochimico;
7. Cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
8. Patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria (SLA nelle fasi iniziali);
9. Ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
10. Pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica in P.S.

6.2.1 MODALITÀ DI ACCESSO

La richiesta di accesso in OdC deve essere inoltrata al **PUA** (Punto Unico di Accesso) del Distretto Sanitario di riferimento.

Al fine di definire omogeneamente i criteri sanitari di accesso si utilizza una "**Scheda di Ingresso al Territorio - S.I.T.**" che il medico proponente deve compilare per "filtrare" richieste "improprie" di pazienti più idonei al ricovero presso un Ospedale per acuti e/o R.S.A. e/o Hospice, a causa di quadri clinici instabili o dall'elevato carico assistenziale.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 8 di 15	

Nella Scheda di Ingresso al Territorio - S.I.T. (Figura 1)- viene definito un punteggio detto “TriCo Score” (Triage di Corridoio), determinato dall’integrazione dei punteggi ottenuti in 2 scale di valutazione distinte, una per la definizione della “stabilità clinica” – News, ed una per la definizione del “basso impegno assistenziale” - IDA, scale di valutazione già in uso clinico (XI Congresso Nazionale SIMEU del 25/05/2018), opportunamente modificate e contestualizzate al livello di assistenza che può essere erogato negli OdC:

- **News** (New Early Warning Score) per la determinazione del grado di stabilità clinica (sempre ≤ 3);
- **IDA** (Indice Dipendenza Assistenziale) per la determinazione dell’impegno assistenziale (sempre ≤ 9).

Soltanto i pazienti con punteggio **TriCo Score pari a 0** potranno accedere negli Ospedali di Comunità, a garanzia di stabilità clinica e basso impegno assistenziale.

Figura 1. Scheda di Ingresso al Territorio – S.I.T

NEWS	3	2	1	0	1	2	3	
Freq. Respiratoria - atti/min.	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25	
SPO2 % Standard	$\leq 91\%$	92-93%	94-95%	≥ 96				
SPO2 % se BPCO	$\leq 87\%$	88-89%	90-91%	≥ 92				
O2 Supplementare		SI'		NO				
Freq. Cardiaca - bpm/min.	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131	
Pressione Sistolica - mmHg	≤ 90	91-100	101-110	111 - 150	>150	>180	≥ 220	
Temperatura Corporea - °C	$\leq 35,0$		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	$\geq 39,1$		
Coscienza: A V P U	V - P - U			A - VIGILE			V - P - U	
Il totale NEWS deve essere sempre ≤ 3, escludendo tutte quelle condizioni in cui un solo parametro vitale, da solo, è pari a 3								Totale News
IDA Modificata	4	3	2	1				
Alimentazione e Idratazione	Deve essere imboccato o NPT	NPT e/o NET	Necessita di aiuto per alimentarsi	Autonomo				
Alvo e Urine	Doppia incontinenza permanente	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	Catetere vescicale a permanenza	Autonomo				
Igiene e Confort	Igiene corporea a letto SENZA aiuto del paziente	Igiene corporea a letto CON aiuto del paziente	Igiene intima a letto con uso autonomo dei servizi	Autonomo				
Mobilizzazione	Allettato	Mobilizzazione su poltrona	Cammina con l'aiuto di una o più persone	Autonomo				
Procedure Diagnostiche	Monitoraggio continuo dei parametri vitali	Monitoraggio dei parametri vitali ≤ 3 volte/die	Monitoraggio parametri vitali 2 volte/die	Monitoraggio 1 volta/die				
Procedure Terapeutiche	Infusioni continue di inotropi e/o vasoattivi in CVC/CVP	Infusione anche continua di altra terapia in CVC/CVP	Terapia per OS, IM, EV (comprese fleboclisi)	Terapia per Os				
Percezione sensoriale	Stato soporoso e/o Coma Agitazione psico-motoria	Disorientamento T/S occasionale	Lieve deficit cognitivo	Orientato				
Il punteggio totale IDA deve essere sempre ≤ 9, escludendo tutte quelle condizioni in cui un solo parametro è pari a 4.								Totale IDA
NEWS - STABILITÀ CLINICA	SCORE	IDA - GRADO di DIPENDENZA	SCORE	TriCo Score				
≤ 3	STABILITA'	0	≤ 9	BASSA	0	0	SI	
≥ 4	INSTABILITA'	1	≥ 10	MEDIO-ALTA	1	1-2	NO	

La rilevazione del punteggio TriCo Score, tramite scheda SIT, andrà comunque integrato con la rilevazione del bisogno socio-sanitario rilevato con la scheda SVAMA e con il consenso informato.

La “proposta di ospitalità” completa di: **SIT + SVAMA + Consenso informato**, sarà inviata al **PUA** (Punto Unico di Accesso) del **Distretto Sanitario** di riferimento per residenza/domicilio dell’assistito che, dopo una prima verifica formale, la inoltrerà all’**U.V.M.** distrettuale territorialmente competente, dove la commissione eseguirà la valutazione multidimensionale **per definirne l’AMMISSIBILITÀ** in Ospedale di Comunità.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 9 di 15	

L'ammissione in OdC è possibile sia per pazienti provenienti dal proprio domicilio o dalla Casa di Comunità, sia per pazienti provenienti dall'Ospedale per acuti o da altre strutture residenziali (RSA, Hospice) o dal Pronto Soccorso, in una **visione circolare di assistenza integrata Territorio - Ospedale -Territorio:**

- nei casi di un paziente del TERRITORIO (proveniente dal proprio domicilio o da una Casa di Comunità o da una RSA) il medico a ruolo unico di Assistenza Primaria (MMG, MEDICI DI C.A.) o lo specialista ambulatoriale interno (Casa di Comunità e PTA) che hanno in carico il paziente, provvederanno a inoltrare la proposta di ospitalità completa (**SIT + SVAMA + Consenso informato**), allegandola alla **richiesta di valutazione multidimensionale a domicilio**, avvalendosi della modulistica già in uso per l'attivazione dell'assistenza socio-sanitaria (utilizzando il campo "altro" e specificando OdC) e scaricabile dal sito aziendale al seguente link <https://www.asppalermo.org/modulistica.asp>.
- nei casi di richiesta di accesso di un paziente già ricoverato presso un reparto di Ospedale per acuti, l'Ufficio Territoriale provvederà a inoltrare al PUA la proposta di ospitalità completa (**SIT + SVAMA + Consenso informato**), allegandola al **modulo di segnalazione di dimissione protetta**, avvalendosi della modulistica già in uso per l'attivazione dell'assistenza socio-sanitaria e scaricabile dal sito aziendale al seguente <https://www.asppalermo.org/modulistica.asp>.

Criteria di ammissibilità	Criteria di NON ammissibilità
1. Stabilità clinica e basso impegno assistenziale TriCo Score = 0; 2. Inquadramento diagnostico definito; 3. Programma terapeutico delineato; 4. Assenza di problematiche acute in atto.	1. TriCo Score > 0 2. Paziente con demenza/disturbi comportamentali non controllati dalla terapia; 3. Paziente con problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi; 4. Problematica sociale come unica motivazione all'ingresso, risolvibile in altro setting assistenziale; 5. Pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto.

A seguito della presa in carico della proposta di ospitalità da parte del PUA, l'AMMISSIBILITA' in Ospedale di Comunità verrà definita dall'**U.V.M.** distrettuale territorialmente competente e quindi inviata alla **C.O.T. distrettuale di riferimento** che gestirà le successive fasi del cambio setting (transitional care), verificata la disponibilità di posto letto sulla **Lavagna Letti Territoriale – NUT:**

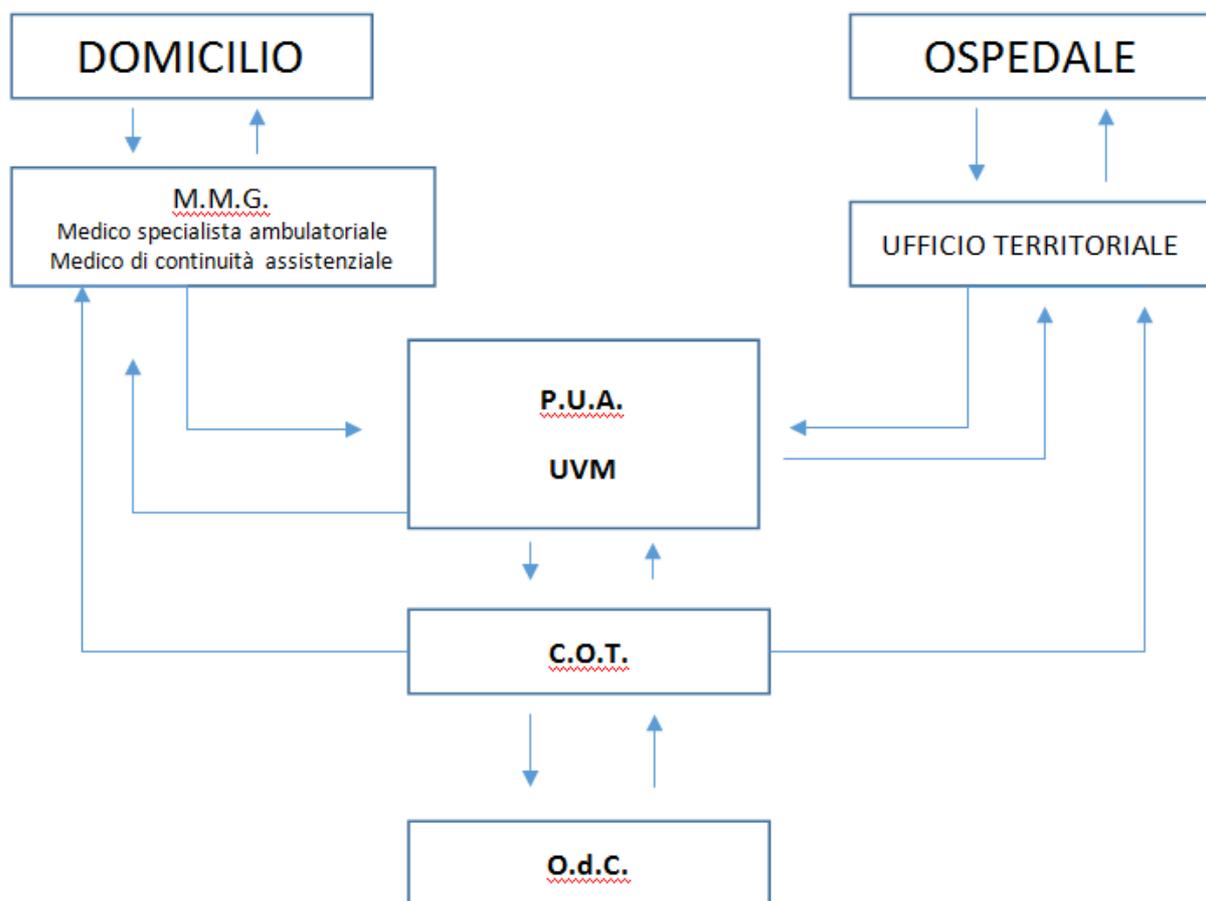
- Se disponibile un posto letto, la COT contatterà direttamente gli attori sanitari del setting assistenziale richiesto, sia il medico richiedente (territoriale o ospedaliero) sia il medico dell'OdC (Responsabile Clinico dell'OdC) e/o l'infermiere coordinatore dell'OdC (Case-manager dell'OdC), pianificando modalità e tempi del ricovero in sinergia con l'infermiere coordinatore (Case-manager dell'OdC) che coordina l'ammissione del paziente in struttura ed il successivo percorso di cura e di assistenza, fino alla dimissione.
- Se invece non risulterà disponibile un posto letto, allora la COT inserirà la richiesta in **lista d'attesa** e provvederà alla periodica verifica della disponibilità del posto letto fino all'evasione delle richieste di ingresso in OdC, con supervisione da parte del Direttore del Distretto Sanitario di competenza.

Per una migliore gestione della lista d'attesa e per garantire una migliore efficienza dell'organizzazione se, tra la data di invio della richiesta di accesso e la data stabilita del ricovero, dovessero sopraggiungere

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 10 di 15	

complicanze per il paziente è compito del Medico richiedente comunicare tempestivamente alla COT distrettuale territorialmente competente, via mail o telefono, la sospensione della richiesta e nel momento in cui il paziente rientrerà nei criteri di accoglibilità, dovrà essere inviata una nuova proposta di ospitalità.

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona fragile affetta da patologia cronica, operando nel raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali al fine di garantire un'ottimale integrazione Territorio-Ospedale-Territorio. La COT **non si interfaccia con il cittadino**.



 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 11 di 15	

6.3 PROCESSO: PERCORSO DI CURA

La gestione e le 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 è in capo al Direttore del Distretto Sanitario cui insiste territorialmente la struttura (L.R. 5/2009), la responsabilità clinica è in capo ai medici dell'OdC, dipendenti o convenzionati con il SSN, pertanto può essere attribuita anche ai MMG/PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (DM 77/2022).

La responsabilità organizzativa e assistenziale è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore, 7 giorni su 7, con il supporto degli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individuale (PAI), definito dall'Equipe Multiprofessionale dell'OdC e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti, assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale; lo stesso infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, al fine di garantire gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza medica verrà garantita per 4,5 ore al giorno nel turno diurno (8-20) da medici a ruolo unico di assistenza primaria (MMG o C.A.), 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato); mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo dai medici presenti in turno presso i presidi di Continuità Assistenziale del territorio di riferimento.

In caso di **EMERGENZA** andrà contattato il servizio di Emergenza Territoriale - 118.

Qualora l'OdC sia allocato presso un Presidio Ospedaliero per acuti, come nel caso del P.O. "Madonna SS dell'Alto" di Petralia Sottana, i sanitari dovranno avvalersi dei percorsi di emergenza-urgenza interni già previsti dal Presidio Ospedaliero.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella informatica clinico-assistenziale integrata (**NUT – Nosografico Unico Territoriale**), inserita in un processo di informatizzazione a sua volta integrato con il FSE.

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

Durante la degenza presso l'Ospedale di comunità, andrà verificato il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico/assistenziali previsti nel Piano Assistenziale Individuale (PAI), proposto all'assistito all'ingresso nella struttura e predisposto dall'Equipe Multiprofessionale dell'OdC e già condiviso con il paziente ed il suo eventuale caregiver, sin dal momento dell'ingresso, finalizzato al recupero funzionale, stabilizzazione ed adattamento alla disabilità.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 12 di 15	

6.3.1 Ruoli e funzioni

- La responsabilità igienico sanitaria complessiva della struttura è in capo al Direttore del Distretto Sanitario cui la struttura insiste territorialmente;
- La responsabilità clinica è in capo ai medici dell'OdC, dipendenti o convenzionati con il SSN, pertanto può essere attribuita anche ai MMG/PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (DM 77/2022).
- La responsabilità organizzativa e assistenziale è invece affidata al Coordinatore infermieristico – Case Manager:

Il Responsabile Clinico dell'OdC:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Riceve ed esamina la congruità della proposta di ospitalità in OdC inviate dalla C.O.T. insieme all'infermiere coordinatore (Case Manager); 2. È il garante della raccolta delle informazioni sanitarie e compila per le proprie competenze la cartella clinica, la scheda di valutazione dolore, il rischio trombo-embolico, il rischio caduta fino alla dimissione; 3. All'ingresso del paziente, definisce: <ol style="list-style-type: none"> a. il Piano Assistenziale Individuale (PAI) condiviso e sottoscritto con il paziente/rappresentante legale/caregiver; b. consegna l'informativa ed il CONSENSO al trattamento dei dati personali nel FSE; c. compila le schede sul rischio tromboembolico e sul rischio cadute e la scheda di valutazione del dolore; 4. Contatta il medico curante del paziente prima della dimissione e redige la relazione di dimissione e la segnalazione al PUA per l'eventuale cambio di setting (inserimento in cure domiciliari o residenziali); 5. Provvede, con la collaborazione del coordinatore infermieristico, alla richiesta degli eventuali farmaci alla farmacia territoriale.

Infermiere Coordinatore (Case-Manager) dell'OdC:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordina il percorso di cura e assistenza infermieristica; 2. Pianifica la turnazione h24 del personale infermieristico; 3. Coordina l'approvvigionamento del reparto di tutti i materiali e le forniture necessarie; 4. Verifica il periodico approvvigionamento di farmaci e di presidi sanitari e predisponde, ove necessaria, la richiesta al Responsabile Clinico; 5. verifica periodica del "carrello di emergenza" mediante check-list che si coordinerà con il responsabile clinico per la richiesta dei farmaci alla farmacia territorialmente competente.

6.3.2 Paziente con patologie contagiose

Rientrano tra i casi di non accogliibilità tutte le richieste di ospitalità di pazienti affetti da patologia infettiva contagiosa che necessitano di isolamento, con esclusione delle infezioni da contatto per le quali negli OdC è prevista la possibilità di ricovero in stanze di degenza singola.

6.3.3 Modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici da sottoporre ad esami

Durante il periodo di ricovero e cura presso un OdC verranno eseguiti controlli ematochimici, se indicati a mezzo di ricetta dematerializzata (Emocromo; Funzionalità epatica, renale con elettroliti, pancreatico, altra sierologia; Prove di funzionalità coagulativa, Protidemia ed elettroforesi proteica; altro...).

Il prelievo ematico verrà eseguito dal personale infermieristico in un ambiente dedicato (sala prelievo) e/o al letto del degente (se indicato) e inviato al laboratorio analisi individuato dalla Struttura, secondo la normativa vigente "trasporto sicuro materiale biologico". Alle provette andranno sempre applicate preventivamente le etichette adesive nominative generate dal sistema informatico aziendale; aghi e/o taglienti verranno smaltiti negli appositi contenitori Halibox; siringhe sporche e tutto ciò che è contaminato di sangue (o materiali organici) andrà smaltito negli appositi contenitori per lo smaltimento dei "rifiuti speciali" accuratamente privati di aghi e/o taglienti; se necessario, verranno raccolte ed inviate - nei tempi previsti - al punto di analisi che verrà opportunamente definito. Ove indicato dal medico possono essere anche programmate visite specialistiche così come esami strumentali sempre a mezzo di ricette dematerializzate.

 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 13 di 15	

6.3.4 Esami e richiesta di visita specialistica ed esami strumentali

Le richieste di visite specialistiche e degli esami strumentali radiodiagnostici avverranno tramite prenotazione CUP con ricetta dematerializzata.

6.3.5 Tempi di ricovero

La durata del ricovero normalmente non è superiore ai 30 giorni. La famiglia e il medico di medicina generale verranno contattati dalla COT e/o dall'OdC per predisporre il rientro al domicilio e condividere le eventuali richieste di ausili e/o assistenza domiciliare/residenziale. Qualora le condizioni psico-fisiche della persona siano tali da non considerare il rientro al domicilio, il Responsabile clinico dell'Ospedale di Comunità potrà proporre il prolungamento della degenza - solo in casi eccezionali e motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte - previa rivalutazione da parte dell'UVM distrettualmente competente.

6.4 USCITA

Al raggiungimento degli obiettivi clinico/assistenziali previsti dal PAI per la patologia cronica che ha motivato l'ammissione presso l'OdC, e comunque entro un intervallo di tempo previsto non superiore a 30 giorni, l'assistito sarà dimesso al domicilio o in altri setting assistenziali per la prosecuzione delle cure, attraverso una nuova segnalazione di percorso socio-sanitario.

Il Responsabile Clinico dell'OdC redige una "lettera di dimissione" - relazione clinica di chiusura - indirizzata al Medico di Medicina Generale (MMG) del paziente; la dimissione dei pazienti è programmata con anticipo per agevolare l'organizzazione dei familiari. Le COT intervengono in queste transizioni di cambio setting (Transitional Care).

6.5 PIANO DI GESTIONE EMERGENZE

Qualora durante la degenza, il quadro clinico del paziente dovesse invece complicarsi, peggiorare o richiedere un livello di intensità di cure maggiore presso l'ospedale per acuti, verrà coinvolto il sistema di soccorso territoriale di emergenza-urgenza **SEUS 118**.

Qualora l'OdC sia allocato presso un Presidio Ospedaliero per acuti, come nel caso del P.O. "Madonna SS dell'Alto" di Petralia Sottana, i sanitari dovranno avvalersi dei percorsi di emergenza-urgenza interni già previsti dal Presidio Ospedaliero.

Il personale sanitario dell'OdC (eventualmente formato), nell'attesa dell'ambulanza del 118, presterà soccorso immediato al degente sulla base di quanto disposto nelle procedure di soccorso di base proprie del protocollo BLS e BLS-D.

In ogni OdC deve essere comunque presente un "**carrello di emergenza**", al cui interno devono essere **verificati periodicamente** tutti i materiali (presidi e farmaci) indispensabili alla gestione dell'emergenza; è in capo al Case Manager (infermiere coordinatore) la verifica periodica del "carrello di emergenza" mediante check-list.

Il **CARRELLO D'EMERGENZA** viene definito come un'attrezzatura corredata di tutti gli strumenti, apparecchiature vitali e materiali utili e necessari per affrontare le emergenze cliniche, garantendo al paziente un supporto vitale repentino e agli operatori di disporre degli strumenti idonei alla situazione. Esso deve essere presente in ogni struttura di degenza/ricovero, accessibile e facilmente raggiungibile a tutti gli operatori sanitari per affrontare ogni eventuale emergenza.

La funzionalità del carrello per l'emergenza dipende essenzialmente dal suo costante controllo per la verifica e la dotazione di farmaci e presidi, i quali devono essere garantiti costantemente, mediante attività di verifica, periodiche e di ripristino dopo l'uso. Tali attività sono in capo al Responsabile Clinico e al Coordinatore Infermieristico.

Tutto il personale deve conoscere le linee guida relative alla gestione e funzionamento del carrello di emergenza.

	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 14 di 15	

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	FIGURA PROFESSIONALE CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ						
	P.U.A.	U.V.M. Distretto Sanitario	C.O.T.	Direttore Distretto Sanitario	Responsabile Clinico	Case Manager Coord. Infermier.	Infermiere di turno
Chiamata di soccorso al SEUS 118					R	R	R
Acquisizione Proposta di Ospitalità	R		C				
Valutazione Proposta di Ospitalità		R	C	C	C		
Ammissione e rivalutazione SIT			C		R		
Dimissione			C		R	C	
Gestione della lista d'attesa			C	R			
Monitoraggio degli indicatori				R	C	C	

R = responsabile C = coinvolto

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- **Decreto del Ministero della Salute n° 77 del 23 maggio 2022:** Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (G.U. Serie Generale n.144 del 22-06-2022).
- Accordo Stato Regioni n. 17/CSR del 20/02/2020 relativa a Ospedale di Comunità.
- Piano della Rete Territoriale di Assistenza Regione Siciliana del 14.12.2022.
- Quaderni Agenas - documento di indirizzo Ospedale di Comunità.
- **Decreto Ministeriale n.70** del 2 aprile 2015 "regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- **Decreto dell'Assessorato della Salute n. 22 del 11 gennaio 2019.** Adeguamento della Rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70. (Supplemento ordinario n. 1 alla G.U.R.S. (p. I) n. 6 dell'8 febbraio 2019).

Documenti interni:

- **PG06 – Delibera n° 1901 del 12/12/2023** requisiti strutturali, organizzativi, funzionali e di prevenzione del rischio clinico delle Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità e Case di Comunità, Hub e Spoke.
- Linee di indirizzo gestionale aziendale per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti della Missione 6 del PNRR, di cui alla Delibera n. 709 del 25/05/2023.
- Funzionamento Aziendale in materia di attività connesse all'esecuzione e la realizzazione degli investimenti della Missione 6 del PNRR, di cui alla Delibera n. 1108 del 20/07/2023.
- PG01 sistema di gestione documentale per la redazione di procedure, protocolli, istruzioni operative e PDTA nell'Asp Palermo - delibera 1677 del 10/11/2022.
- PG04 piano aziendale per la gestione del rischio sanitario, qualità, sicurezza delle cure, prestazioni e servizi – Delibera n. 552 del 19/04/2023.

9. MONITORAGGIO

Questa procedura, verrà sottoposta a revisione programmata entro 3 mesi dall'approvazione e comunque in costanza di attività, all'apertura delle nuove strutture previste dal DM 77/2022.

Sono descritti gli indicatori e le modalità di calcolo da utilizzare per il monitoraggio dell'effettiva realizzazione delle attività previste dal documento. Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del

 AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PALERMO	PROCEDURA OPERATIVA	CODICE PO.01.ODC.00	
			Data 30/05/2024	
			Revisione	Data Revisione
MODELLO ORGANIZZATIVO DI FUNZIONAMENTO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ (OdC)			Pagina 15 di 15	

Ministero della Salute sarà implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

L'OdC dovrà dotarsi del 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.

Sono stati individuati i seguenti indicatori di processo e di esito per monitorare l'attività erogata dalla struttura e la relativa performance; gli indicatori di monitoraggio degli Ospedali di Comunità, previsti dal DM 77/2022, sono:

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione
TASSO DI RICOVERO DELLA POPOLAZIONE > 75 ANNI	Portale informatico della COT e del PUA	Semestrale	Direttore del Distretto Sanitario
N° DI PAZIENTI PROVENIENTI DAL DOMICILIO			
N° DI PAZIENTI PROVENIENTI DA OSPEDALI			
DEGENZA MEDIA IN OdC			
DEGENZA OLTRE LE 6 SETTIMANE			
TASSO DI RIOSPEDALIZZAZIONE A 30 GIORNI			
TASSO DI RICOVERO IN OSPEDALE PER ACUTI DURANTE LA DEGENZA IN ODC			

10. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE

La presente procedura verrà archiviata presso l'U.O.S Qualità e Gestione Rischio Clinico dove sarà resa disponibile per la consultazione; inoltre, presso tutte le Unità Operative/Servizio/Funzione, Dipartimento, Presidio Ospedaliero, Distretto Sanitario, COT, OdC e Casa di Comunità, in cui verrà registrata e distribuita e diffusa a tutto il personale operante nella Struttura, in forma cartacea o digitale, e resa disponibile per la consultazione.

11. ALLEGATO

S.I.T. - Scheda Ingresso Territorio - RICHIESTA di OSPITALITÀ in OdC.



S.I.T. - Scheda Ingresso Territorio RICHIESTA di OSPITALITA' in Ospedale di Comunità (OdC)

Data della richiesta _____

COGNOME e NOME _____ N° TELEFONO _____

C.F. _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA/DOMICILIO _____

MOTIVO DI RICOVERO _____ BISOGNO SOCIALE SI NO

PATOLOGIE ATTIVE _____

Medico Richiedente

MEDICO DI FAMIGLIA _____ N° TELEFONO _____
Nome e Cognome

SPECIALISTA AMBULATORIALE _____ STRUTTURA _____
Nome e Cognome N. TELEFONO _____

CONTINUITA' ASSISTENZIALE _____ STRUTTURA _____
Nome e Cognome N° TELEFONO _____

MEDICO OSPEDALIERO _____ STRUTTURA _____
Nome e Cognome N° TELEFONO _____

NEWS	3	2	1	0	1	2	3	
Freq. Respiratoria - atti/min.	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥25	
SPO2 % Standard	≤ 91%	92-93%	94-95%	≥96				
SPO2 % se BPCO	≤ 87%	88-89%	90-91%	≥92				
O2 Supplementare		SI'		NO				
Freq. Cardiaca - bpm/min.	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131	
Pressione Sistolica - mmHg	≤ 90	91-100	101-110	111 - 150	>150	>180	≥220	
Temperatura Corporea - °C	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1		
Coscienza: A V P U	V - P - U			A - VIGILE			V - P - U	
Il totale NEWS deve essere sempre ≤ 3, escludendo tutte quelle condizioni in cui un solo parametro vitale, da solo, è pari a 3							Totale News	

IDA Modificata	4	3	2	1
Alimentazione e Idratazione	Deve essere imboccato o NPT	NPT e/o NET	Necessita di aiuto per alimentarsi	Autonomo
Alvo e Urine	Doppia incontinenza permanente	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	Catetere vescicale a permanenza	Autonomo
Igiene e Confort	Igiene corporea a letto SENZA aiuto del paziente	Igiene corporea a letto CON aiuto del paziente	Igiene intima a letto con uso autonomo dei servizi	Autonomo
Mobilizzazione	Allettato	Mobilizzazione su poltrona	Cammina con l'aiuto di una o più persone	Autonomo
Procedure Diagnostiche	Monitoraggio continuo dei parametri vitali	Monitoraggio dei parametri vitali ≤ 3 volte/die	Monitoraggio parametri vitali 2 volte/die	Monitoraggio 1 volta/die
Procedure Terapeutiche	Infusioni continue di inotropi e/o vasoattivi in CVC/CVP	Infusione anche continua di altra terapia in CVC/CVP	Terapia per OS, IM, EV (comprese fleboclisi)	Terapia per Os
Percezione sensoriale	Stato soporoso e/o Coma Agitazione psico-motoria	Disorientamento T/S occasionale	Lieve deficit cognitivo	Orientato
Il punteggio totale IDA deve essere sempre ≤ 9, escludendo tutte quelle condizioni in cui un solo parametro è pari a 4.				Totale IDA

NEWS - STABILITA' CLINICA		SCORE	IDA - GRADO di DIPENDENZA		SCORE
≤ 3	STABILITA'	0	≤ 9	BASSA	0
≥ 4	INSTABILITA'	1	≥ 10	MEDIO-ALTA	1

TriCo Score	
0	
1-2	

ESITO VALUTAZIONE Soltanto le "richieste di ospitalità" con punteggio TriCo Score pari a 0 verranno sottoposte a valutazione di accoglibilità sulla base del motivo di ricovero e delle patologie attive: **ACCOLTA** **NON ACCOLTA**

Motivazione: _____

Data _____

Firma _____