



***ASP Palermo***

**Allegato 1.1**

**Identificazione, finalità e risultati attesi dei  
Gruppi di Lavoro PNRR**

## **Premessa**

Con la delibera 709 del 25/05/2023 si è istituito il Tavolo Aziendale per le attività connesse all'utilizzo dei fondi del PNRR.

Al Tavolo partecipa, per le specifiche competenza del ruolo, il Top Management Aziendale.

Con il presente atto vengono istituiti Gruppi di Lavoro(GdL) a tema, che fungono da supporto al Direttore della Macro Area di riferimento e di concerto definiscono linee programmatiche e procedurali che, principiando dallo stato di fatto, delle strutture e dei servizi erogati, pervengono alla descrizione particolareggiata, delle strategie e dei percorsi da avviare per consentire il raggiungimento dell'obiettivo di funzionamento, obiettivo madre del PNRR.

La specificità dei gruppi di lavoro, indirizza e concretizza tempi ed azioni, contestualizzandoli.

E' necessario, comunque, che alcune aree siano trasversali e con le competenze di saperi professionali e tecnici, agiscano da organismo di supporto e sostegno per ogni Gruppo di Lavoro e da questi traggano, a loro volta, indicazioni e conoscenze che amplifichino i meccanismi di efficienza ed efficacia operativa.

Tra le aree trasversali vanno annoverate le UOC:

- Bilancio e Programmazione
- Igiene degli Ambienti Di Vita
- Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
- Patrimonio
- Progettazione e Manutenzione
- Sviluppo e Gestione Progetti Sanitari
- Servizio Prevenzione E Protezione

Faranno parte trasversalmente ai Gruppi di Lavoro, i Direttori Di Distretto che, a secondo della specificità delle attività di programmazione e delle Aree Vaste interessate saranno convocati dai coordinatori del gruppo.

## **Gruppo di Lavoro: Accredimento e Rischio clinico**

- **Macrostruttura di riferimento** UOC Coordinamento STAFF Strategico: Dott. Monterosso
- **Coordinatore del tavolo:** UOS Rischio Clinico Dott.ssa C. Sortino
- **Componenti:** Dott. A. Amato, Dott. V. Occorsi, Dott. Perconti, Dott. Fernandez, Ing. Madonia.
- **Finalità:**

Predisporre, secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale, i requisiti strutturali, gestionali e sanitari delle nuove strutture, previste dal DM77; affinché si possa inoltrare, agli Organi Competenti, l'istanza di accreditamento sia delle strutture stesse che, delle prestazioni in esse erogate.

La definizione dei criteri dovrà tenere conto, anche, di quanto prodotto, in termini procedurali, dai gruppi di lavoro, a vario titolo interessati alla tematica ma, allo stesso tempo, costituisce documento base, per gli stessi gruppi, in un'ottica di interscambio.

Andranno altresì considerate attentamente le attività svolte nei nuovi presidi, in quanto, il DM 77 prevede che alcuni profili professionali: infermieri, OSS, medici Sumaisti, medici della Continuità assistenziale, etc..., svolgano attività ampie e polifunzionali. Si pensi, ad esempio, agli infermieri di prossimità, in forza agli Ospedali di Comunità. Tutto ciò dovrà essere commisurato al rischio clinico professionale e, nel contempo, si dovrà "pesare" l'apporto professionale, rispetto alla struttura e le prestazioni in essa erogate



- **Risultato atteso:**

Produzione di un documento che individui le caratteristiche generali e particolari di CdC, OdC e COT  
Sviluppare un sistema di risk management relativo ai profili professionali e alle strutture in oggetto, nelle quali le attività andranno svolte.

**Gruppo di Lavoro Gestione appalti di servizi e forniture**

- **Macrostruttura di riferimento:** Dipartimento REPT Dott. P. Caltagirone
- **Coordinatore del tavolo:** Dott. G. Pandolfo
- **Componenti:** Dott.ssa C. Spiccia, Dott.ssa C. Carlino; Ing. F. Costa; Dott.ssa L. Costa, Dott.ssa R. Milazzo, Dott.ssa G. Pullara, Ing. D. De Santis; Dott.ssa Viglianisi;

- **Finalità:**

Il gruppo, prevedendo già l'apporto professionale, sia dell'Ufficio Speciale che dell'UOC Approvvigionamenti, avrà il compito di ratificare i percorsi amministrativo – contabili che sottostanno al complesso iter di dismissione temporanea – allocazione temporanea e definitiva dei Servizi, che è di imminente attuazione.

Infatti, per ottemperare all'obbligo di sgombero dei locali sede dei lavori, prima dell'inizio degli stessi, si dovrà fare ricorso alla collaborazione con la commissione "fuori uso" che dovrà determinare quali e quanti fra apparecchiature, arredi e suppellettili dovranno e potranno essere riutilizzati, sia nelle sedi provvisorie che nelle sedi definitive, con conseguente previsione degli acquisti da inserire nel piano biennale.

A carico del gruppo di lavoro la contestuale e celere attivazione dei percorsi di "fuori uso".

Inoltre, andrà esaminata a parte la gestione degli archivi che, per legge, seguiranno un iter specifico.

Mentre per quanto concerne gli appalti dei lavori nelle sedi previste dalla Missione 6 è, calcolato un margine economico da destinare all'uso, stesso procedimento dovrà essere avviato per garantire ai Servizi che lasciano definitivamente le sedi oggetto dei lavori, un'adeguata cornice lavorativa.

- **Risultato atteso:**

Il GdL dovrà provvedere ad indicare le competenze negli acquisti, individuando la stazione appaltante e stabilire un cronoprogramma compatibile con target milestone del PNRR, che attribuisca i livelli di responsabilità, in caso di inadempienze e/o ritardi, conseguentemente dovranno essere avviate tempestivamente le gare di appalto di Servizi e Forniture relativi agli ambiti e importi non previsti dal PNRR definendo con la competente UOC Bilancio e Programmazione, il Piano economico di riferimento.

**Gruppo di Lavoro Percorsi Sanitari nelle strutture PNRR CdC, OdC e COT**

- **Macrostruttura di riferimento** UOC Cure Primarie: Dott.: S. Vizzi
- **Coordinatore del tavolo:** Dott. S. Vizzi
- **Componenti:** Dott.ssa T. Barone, Dott. G. Buttafuoco, Dott. G. Canzone, Dott.ssa M. Colajanni; Dott.ssa A. Carreca, Dott. F. D'Arca, Dott. A. Di Benedetto, Dott. A. Amato, Dott. V.

Occorso, Dott. P. Perconti, Dott.ssa G. Citarrella; Dott.ssa D. Pepe, Dott.ssa M. Spedale.

- **Finalità:**

Preso atto di quanto stabilito dal Ministero e sancito con il DM77, si dovrà procedere, Distretto per Distretto, ad approvare e ratificare quanto espresso nel documento prodotto dal RTI KPMG "Profilo di comunità" circa la domanda di salute espressa e l'offerta delle strutture.

Ciò consentirà di parametrare, dettagliatamente, il fabbisogno in termini prestazionali e concorrerà a raggiungere l'obiettivo di performance, del PNRR, legati alla presa in carico di pazienti complessi, utilizzando i determinanti sociali che, impongono scelte integrate, collegando bisogno espresso e offerta, ma ancor più determinerà il raggiungimento dell'obiettivo di funzionamento delle strutture, consentendo di accedere all'intero finanziamento previsto.

Resta nelle competenze del Gruppo, definire le attività da espletare nei luoghi individuati dalla Rete Territoriale. Ciò comporta una omologazione prestazionale di tutti i Servizi rispetto a tipologia di modulistica, orari di ricevimento; personale sanitario, parasanitario e amministrativo dedicato; il debito orario degli stessi e dei medici "SUMAISTI", nonché la codifica del rapporto con i Medici di continuità assistenziale che, prestano servizio nelle sedi degli CdC e OdC.

Ogni attività sanitaria o amministrativa che sia è già, in massima parte, informatizzata. Il mancato utilizzo dei sistemi informatici o l'utilizzo improprio degli stessi, determina un danno erariale e un nocimento grave al cittadino utente che, non potrà fruire del transito delle informazioni sul FSE. È compito del gruppo di lavoro segnalare le aree di attività sanitaria e amministrativa non servite da sistemi informativi, affinché si provveda nell'ambito del processo di digitalizzazione.

- **Risultato atteso:**

Produzione di un documento finale che, recepisca le proposte nel presente atto deliberativo e formuli un piano di performance che fornisca indicazioni programmatiche ai Servizi che nasceranno presso le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, armonizzando l'offerta sanitaria di ogni territorio, tra i Servizi esistenti e quelli di nuova istituzione e le prestazioni erogate dagli uni e dagli altri.

### Gruppo di Lavoro presa in carico ADI e Telemedicina

- **Macrostruttura di riferimento** UOC Integrazione Socio-Sanitaria: Dott. G. Veneziano
- **Coordinatore del tavolo:** Dott. G. Veneziano
- **Componenti:** Dott. G. Canzone, Dott. Buttafuoco, Dott. M. Giordano, Dott. Spinnato, Dott. Vizzi, Dott. Vitello, Dott. A. Amato, Dott. V. Occorso, Dott.ssa L. Calcara Dott.ssa G. Di Silvestre Dott.ssa G. Citarrella, Dott. R. Garofalo, Dott. S. Fasullo, Ing. S. Serra, Ing. G. Frisco, Ing. S. Colletta.

- **Finalità:**

La Missione 6 Salute del PNRR, prevede il rafforzamento dell'ADI fino a raggiungere il 10% della popolazione over 65 entro il 2025. Tale obiettivo richiede l'adozione di opportune strategie a supporto dei processi di change management aziendali. Il raggiungimento di tale obiettivo è prefigurabile attraverso azioni di "sistema". Prima fra tutte, l'organizzazione di un modello multicanale di erogazione delle cure a domicilio, che associ l'erogazione in presenza

a quella a distanza. In questa prospettiva, il sistema degli interventi a domicilio è calibrato sulle esigenze del singolo e del nucleo del sistema di riferimento. In tale prospettiva, il coordinamento degli interventi sulla persona e sul contesto dovrà beneficiare dei processi di integrazione che la CdC consente di mettere in campo, in assonanza con le trasformazioni digitali, dei servizi di telemedicina *{home digital health}* e con le funzioni delle COT. La "casa come primo luogo di cura" significa favorire l'implementazione di soluzioni tese a migliorare la gestione della presa in carico e la programmazione dell'assistenza domiciliare, dei pazienti fragili e cronici. Il nuovo modello organizzativo dell'ADI può contribuire al raggiungimento degli obiettivi di PNRR.

Tutto ciò premesso è compito del gruppo di lavoro, in base alle direttive emanate del competente Assessorato della Salute regionale, ridefinire il rapporto con le software house contrattualizzate, ipotizzando i percorsi in telemedicina che, inseriti nelle prestazioni domiciliari, non solo in ADI, utilizzano l'apporto informatico ma anche la presenza "on the bad" del personale dell'ambulatorio infermieristico e delle UCA che, presenti in ogni Distretto costituiscono una risorsa professionale e gestionale indispensabile e di immediata fruizione.

La Telemedicina, nelle sue componenti: Televista, Teleconsulto, Telemonitoraggio ha comunque un target di pazienti che è, in qualche modo, selezionato dai requisiti di eleggibilità che andranno ad essere definiti dal gruppo di lavoro, seppur nelle linee generali, in quanto, ogni territorio e/o area vasta presenta caratteristiche orogeografiche diverse e manifesta un bisogno di assistenza diverso e specifico.

È necessario prevedere, per tempo, la dotazione logistica e il numero delle prestazioni da attivare, identificando con appropriatezza e specificità, la tipologia clinica e i pazienti eleggibili, non sovrapponibili con quanti fra essi, andranno seguiti in ADI, ma definendo anche i percorsi per pazienti cronici giovani, con esigenze di studio e di lavoro che non consentono e non necessitano di un costante rapporto in presenza e che sono in possesso di competenze digitali di base utili nell'uso degli strumenti informatici. Ciò consentirà uno snellimento di afflussi ai Presidi Territoriali e Ospedalieri nonché una presa in carico precoce che, conterrà significativamente l'evolversi della patologia limitando la spesa sanitaria e aumentando la coorte dei pazienti assistiti.

Al gruppo compete anche di proporre all' Assessorato un nomenclatore prestazionale conforme alle esigenze del territorio, un tariffario congruo, per profilo professionale e un relativo tempario.

Tutto ciò avrà la cornice della "proposta programmatica", in attesa di validazione assessoriale e in assenza di linee specifiche di indirizzo regionalima in presenza di un'urgenza gestionale dovuta alla prossima consegna di alcuni locali.

Va definito inoltre il luogo fisico in cui si avvia il processo di presa in carico telematica, valutando l'opportunità offerta dal territorio dell'ASP di Palermo, di avvalersi delle professionalità afferenti ai presidi Ospedalieri della Provincia.

Obiettivo finale è comunque, definire quali azioni sanitarie e quali percorsi individualizzati o su popolazione target, concorreranno al raggiungimento del richiesto del 10% di popolazione over 65, assistita a domicilio.

Occorre quindi delineare il modello organizzativo dei Servizi di Telemedicina, individuando i percorsi informatici verso il paziente e/o caregiver e il flusso verso le COT.



- **Risultato atteso:**

Produzione di un documento finale che sintetizzi tutto quanto sopra espresso che abbia la funzionalità espressa in forma di "Linee Guida".

**Gruppo di Lavoro Informatizzazione, Rete Dati e Telefonia**

- **Macrostruttura di riferimento** UOC Informatica Aziendale: Ing. S. Serra

- **Coordinatore del tavolo:** Ing. S, Serra

- **Componenti:** Ing. G. Frisco, Ing. D. De Santis, Ing. L. Triolo

- **Finalità:**

Dalle linee guida nazionali, si evince che la realizzazione del "FSE 2.0" è fortemente dipendente dalla capacità delle Aziende Sanitarie, di produrre dati clinici puntuali e nativamente digitali interoperabili; ma anche della capacità delle Aziende di governare questo processo.

Il GdL multidisciplinare, deve declinare nel documento finale:

- il superamento o la disomogeneità nell'erogazione delle prestazioni sul territorio, in termini di processo di digitalizzazione;
- contribuire a rafforzare, attraverso appositi progetti, l'architettura informatica Aziendale, mettendo a sistema tutte le aree che fruiscono di programmi informatici che in atto non vengono utilizzati o sono sotto utilizzati;
- emanare direttrici di azione rispetto alla digitalizzazione delle informazioni recepite dai servizi di front end;
- uniformare i contenuti dei flussi in termini di dati e codifiche adottate, assicurando la coerenza semantica nella produzione delle informazioni che andranno ad alimentare il FSE.

Tutti i dati, in forma anonimizzata, diventeranno così driver delle istituzioni locali, regionali e nazionali per l'analisi e il monitoraggio del fabbisogno; programmazione dell'offerta di prestazioni; ricerca, nonché la pianificazione degli interventi sanitari specifici.

Il GdL, dovrà, inoltre contribuire alla gestione tecnica delle problematiche derivanti dalla temporanea allocazione di Servizi presso sedi che non presentano, in atto, le necessarie dotazioni tecnologiche per il mantenimento della continuità relativa dei servizi resi alla popolazione.

- **Risultato atteso:**

Documento consuntivo sullo stato dell'arte dell'informatizzazione dei Servizi Sanitari e Amministrativi Aziendali;

Pianificazione degli interventi da effettuare sulle sedi provvisorie e definitive, per garantirne l'efficienza. Predisposizione del piano di spesa e cronoprogramma.

Mappatura della rete informativa/informatica alla luce del nuovo assetto logistico.

Diffusione della conoscenza dei sistemi già esistenti non utilizzati o sottoutilizzati;

Predisposizione del Piano di Formazione Digitale di tutte le compagini Aziendali in accordo e collaborazione con UOS Formazione Aziendale e le software house che gestiscono i sistemi informativi Aziendali.

**Gruppo di Lavoro Pianificazione Territoriale Controllo di Gestione budgetizzazione e flussificazione CdC OdC e COT**

- **Macrostruttura di riferimento** UOC Controllo di Gestione: Dott. S. Bellomo
- **Coordinatore del tavolo:** Dott. S. Bellomo
- **Componenti:** Dott.ssa C. Noto, Dott.ssa A. Colajanni, Dott. G. Iraci, Dott. M. Centorbi, Dott. S. Cecchinato, Dott. L. Salvaggio, Dott.ssa Gugliotta, Ing. M. Guddo; Dott. L. Iacolino.
- **Finalità:**

Piano generale della Missione 6 del PNRR prevede investimenti strutturali e gestionali finalizzati al raggiungimento di obiettivi di performance.

Al fine di scongiurare inefficienza e sprechi, e una crescita esponenziale della spesa della sanità, occorre preventivamente prevedere una ragionata distribuzione risorse finanziarie dell'Azienda prevedendo un piano di riparto che consentirà di programmare la spesa generale del piano specifico per ogni area di intervento .

Per far ciò è stato previsto da questa azienda un piano di contabilità economica finanziaria che rispetti target e milestone stabiliti dal ministero e prodotta una contabilità analitica per centri di costo che consenta la trasparenza e la regolare affluenza delle informazioni contabili su sistema REGIS.

È stato anche previsto un piano di valorizzazione del patrimonio che comprenda una ridefinizione degli spazi logistici dedicati alle attività sanitarie, che la costruzione di edifici dedicati.

Ciò significa avere ben chiaro un modello organizzativo funzionale che identifichi, sia per le allocazioni di Servizi in sede temporanea (per consentire l'espletamento dei lavori edile), che per le nuove strutture, un piano di investimenti e costi che consenta di programmare in termini di fabbisogno operativo e gestionale la spesa di ogni struttura dettagliando i costi da sostenere per il personale, gli acquisti, le utenze, gli affitti, la gestione degli immobili e il cronoprogramma delle attività da svolgere. Andrà inoltre assicurato il raggiungimento degli obiettivi generali della Missione 6, per l'Asp di Palermo, attraverso la definizione di obiettivi specifici assegnati, a cascata dal top management aziendale fino agli Operatori delle diverse categorie, impegnati nella realizzazione degli stessi;

l'individuazione degli strumenti di controllo e monitoraggio e gestione, nonché l'individuazione di eventuali provvedimenti correttivi necessari in caso di disfunzione gestionale.

Premesso che il Controllo di Gestione per il PNRR non è un fatto contabile ma un processo decisionale e costituisce lo strumento di guida dell'organizzazione aziendale.

- **Risultato Atteso:**  
Definizione degli obiettivi di performance e budgetizzazione delle attività del PNRR, l'individuazione delle risorse economiche, professionali e gestionali. Individuazione della struttura organizzativa ovvero l'individuazione delle parti dell'organizzazione aziendale a cui associare la responsabilità economiche, in concerto con le varie componenti Aziendali, a vario titolo interessate.

L'obiettivo centrale dell'Unità Operativa Controllo di Gestione, deve essere quello di supportare la Direzione Aziendale, nella gestione dell'intero processo di programmazione e controllo, nelle diverse fasi in cui esso si articola:

- predisposizione del piano strategico triennale

- predisposizione del documento di direttive che costituisce il raccordo tra pianificazione triennale e programmazione annuale e l'input per la formulazione delle proposte di budget che devono essere presentate alla direzione generale
- predisposizione delle proposte di budget
- valutazione delle proposte di budget sotto il profilo della coerenza rispetto alle direttive della direzione generale nonché della compatibilità rispetto alle risorse disponibili
- negoziazione delle proposte di budget
- approvazione delle proposte di budget e consolidamento delle stesse nel budget generale aziendale (per componenti di costo e ricavo e per articolazioni organizzative aziendali)
- progettazione ed implementazione del sistema di reporting a supporto del processo di programmazione e controllo finalizzato a consentire una sistematica rilevazione dei costi e dei ricavi relativi alle diverse articolazioni aziendali (contabilità per centri di costo), costi e ricavi che rapportati ad una serie di dati relativi alle risorse disponibili ed alle prestazioni erogate consentano valutazioni di efficienza ed economicità;
- progettazione e sviluppo di specifici approfondimenti aventi per obiettivo valutazioni di efficienza, efficacia ed economicità.

L'impianto complessivo del sistema di controllo di gestione deve realizzare una effettiva integrazione delle diverse componenti che operano all'interno dell'azienda sanitaria, superando la tendenza, alla verticalizzazione dei processi, alla compartimentalizzazione degli interventi. Questa integrazione appare preconditione affinché il sistema di controllo direzionale espliciti tutte le potenzialità in esso insite, valorizzando in modo ottimale tutte le competenze, le intuizioni, le sensibilità di cui l'Azienda al suo interno dispone, continuando, di fatto in modo preponderante, al raggiungimento degli obiettivi di PNRR.

### Gruppo di Lavoro Prevenzione

- **Macrostruttura di riferimento** Dipartimento Prevenzione: Ing. A. Fasullo
- **Coordinatore del tavolo:** Ing. A. Fasulo
- **Componenti:** Dott. Valenza, Dott.ssa A. Costa, Dott.ssa Bascone, Dott.ssa D. Pitarresi, Dott.ssa M. Spedale, Dott.ssa G. Parrino, Dott.ssa M. Randazzo, Dott.ssa G. Ripoli, Dott. R. Gambino.

- **Finalità:**

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti e con i Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria locale e delle Aziende Ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il Dipartimento di Prevenzione agisce in stretto raccordo con il Distretto, per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con l'operatività delle Case della Comunità e dei Servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

Nell'ottica della programmazione degli interventi del DM77 i compiti del gruppo di lavoro vengono specificamente declinati:

- valutazione dell'impatto sanitario (health impact assessment) e identificazione del rischio (risk assessment e health equity audit) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento; -
- azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con Enti Locali e Agenzie regionali e nazionali;
- azioni di preparazione e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle Autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;
- cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (efficacy e effectiveness), equità e sostenibilità.

Approccio sistemico:

- nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del Dipartimento della Prevenzione nella rete dei Servizi sociosanitari a rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;
  - nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "One Health" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;
- Nel rispetto del Piano Nazionale, Regionale e Aziendale della Prevenzione, andranno comunque declinati gli obiettivi territoriali Distretto per Distretto.

Pertanto, gli obiettivi del GdL saranno concordati, alla luce di quanto fin qui espresso con DDS, nonché tenuto in debito conto il "Profilo di Comunità"; presentato con delibera 709 del 25/05/2023 con la compagine dei Sindaci che rappresentano i cittadini dei territori che andranno ad essere serviti.

- **Risultato atteso:**

Stesura del Piano della Prevenzione Distrettuale che valorizzi gli interventi socio sanitari integrati, sia nell'ambito della medicina di prossimità che della promozione della salute attraverso sani stili di vita, in accordo con quanto previsto anche nel Piano Aziendale Prevenzione 2022-2025.

### Gruppo di Lavoro: Formazione

- **Macrostruttura di riferimento** UOC Coordinamento STAFF Strategico: Dott. F. Monterosso
- **Coordinatore del tavolo:** UOS Dott. D. Bongiorno
- **Componenti:** Dott.ssa C. Noto; Dott. R. Gambino, Dott. Vaisinoli

- **Finalità:**

La missione 6 del PNRR prevede nella Componente 6. Missione 2 innovazione e digitalizzazione del servizio nazionale e in particolare con l'investimento M.6C12.2 lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali digitali, e manageriali del personale del Sistema Sanitario.

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica previsti e ricompresi nella Missione 6, richiedono che gli Operatori dei Professionisti sanitari, siano regolarmente aggiornati e formati, per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN.

La formazione andrà definita sia per il ramo tecnico amministrativo contabile che per il ramo operativo gestionale sanitario. Il raggiungimento degli obiettivi della formazione, potrà essere raggiunto non definendo aprioristicamente il piano, bensì ricevendo dai GdL in questo documento istituiti, le indicazioni sui bisogni formativi che, andranno codificati secondo le procedure aziendali, fatto salvo l'obiettivo generale della Missione 6 che ricomprende in modo specifico un Piano di Formazione sulle infezioni ospedaliere; l'approfondimento delle competenze manageriali e digitali e un incremento della formazione dei medici specialisti.

- **Risultato atteso:**

Piano della formazione triennale del personale sanitario e non sui temi specifici del PNRR e su quelli generali gestionali.

#### Gruppo di Lavoro Risorse Umane

- **Macrostruttura di riferimento UOC :** Direttore Dipartimento Risorse Umane Dott. S. Consagra
- **Coordinatore del tavolo:** Dott. S. Consagra
- **Componenti:** Dott.ssa Agnello, Dott. A. Amato, Dott.ssa G. Citarrella, Dott. Occorso.

- **Finalità:**

Al di là di quelle che sono le indicazioni fornite dal DM 77/22 circa il numero degli Operatori che devono essere previsti per ogni struttura e, contestualmente, il profilo professionale degli stessi, va ricordato che il PNRR prevede una importante revisione del sistema gestionale sanitario predisponendo un piano di adeguamento dell'attuale sistema, alle esigenze sanitarie territoriali. Si prospetta un cambiamento radicale della vision sanitaria che, da "ospedalocentrica", si trasforma in "territorio centrica". L'implementazione dei servizi erogati e la capillare diffusione degli stessi, certamente richiede un cospicuo numero di professionisti di nuova nomina, ma, contestualmente, la nascita di strutture che forniscono prestazioni di bassa e media intensità assistenziale, consente un alleggerimento delle prestazioni richieste ed erogate presso i Presidi Ospedalieri.

Questo fa sì che, in un'Azienda territoriale come la nostra, si possa far riferimento anche al personale Ospedaliero per attività da remoto, quali il teleconsulto e/o la second opinion, previste dalla piattaforma della telemedicina che, consentiranno di fornire un supporto qualificato ai professionisti del territorio, senza per questo sguarnire i presidi ospedalieri.

Altro tema è la scelta di allocare quasi tutte le CdC lì dove insiste il presidio di Continuità Assistenziale. Ciò consentirà di fruire delle prestazioni dei Medici incaricati anche per l'assistenza al presidio territoriale di riferimento. Manca una visione nazionale che indichi, attraverso i contratti collettivi e di categoria, su quali basi far principiare gli accordi. Ciò consentirebbe di definire le modalità di immissione dei nuovi professionisti dei vari profili e la relativa fonte di finanziamento.

A tale proposito gli accordi di categoria con MMG e PLS consentiranno di poter avviare i percorsi di integrazione delle azioni da espletare nel territorio

Nessuna di queste ipotesi è risolutiva, tutte le ipotesi, in assenza di specifiche linee di indirizzo, sono plausibili e, probabilmente, la soluzione al problema del personale non è unica, ma nasce dal mix di più strategie.

- **Risultato atteso:**

Linee di azione per la definizione del fabbisogno del personale nel rispetto del principio di ottimizzazione delle risorse disponibili, degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei Servizi, in coerenza con la pianificazione delle attività previste dal nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal DM 77/2022.

Revisione dei contratti che deve prevedere la possibilità che possano essere impiegati in attività, previste del DM 77/22 ma non inserite e non previste nei mansionari.

**Gruppo di Lavoro Individuazione Immobili temporanei:**

- **Macrostruttura di riferimento** UOC Progettazione e Manutenzione e UOC Patrimonio:  
Dott. P. Caltagirone
- **Coordinatore del tavolo:** Dott. G. Rinaldi
- **Componenti:** Dott. B. Marsala, Dott. Iacona, Dott. F. Trombetta, Dott.ssa Spiccia, Ing. S. Serra, Ing. S. Falletta, tutti i Direttori di Distretto

- **Finalità:**

Le attività del GdL saranno organizzate con le competenze specifiche delle UOC di riferimento tecnico, amministrativo e contabile nonché con il contributo imprescindibile della UOC Controllo di Gestione.

Ogni Direttore di Distretto valuterà contestualmente le opportunità/disponibilità di locali aziendali e/o offerti in comodato da utilizzare per le allocazioni temporanei dei Servizi.

Sarà necessario predisporre il piano di interventi tecnici da effettuare per rendere i locali adeguati all'utilizzo.

- **Risultato atteso:**

Pianificazione e predisposizione del piano di spesa, del cronoprogramma e realizzazione degli interventi da effettuare sia nelle sedi provvisorie assegnate ai Servizi per garantire l'esecuzione dei lavori di ristrutturazione, sia per le sedi definitive dei Servizi che escono dai plessi assegnati a CdC, OdC e COTin quanto non ricompresi tra i Servizi obbligatori.

# ASP Palermo



## Allegato 1.2 La coorte dei pazienti cronici Diabete, BPCO, Scompenso Cardiaco

Documento redatto in collaborazione con KPMG – Progetto «A Casa Insieme»

ACCORDO QUADRO, AI SENSI DEL D.LGS. 50/2016 E S.M.I., AVENTE AD OGGETTO L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI APPLICATIVI E L’AFFIDAMENTO DI SERVIZI DI SUPPORTO IN AMBITO «SANITÀ DIGITALE - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali» PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI DEL SSN

# Indice



**Il territorio dell'ASP di Palermo**



**La coorte dei pazienti cronici - Diabete**



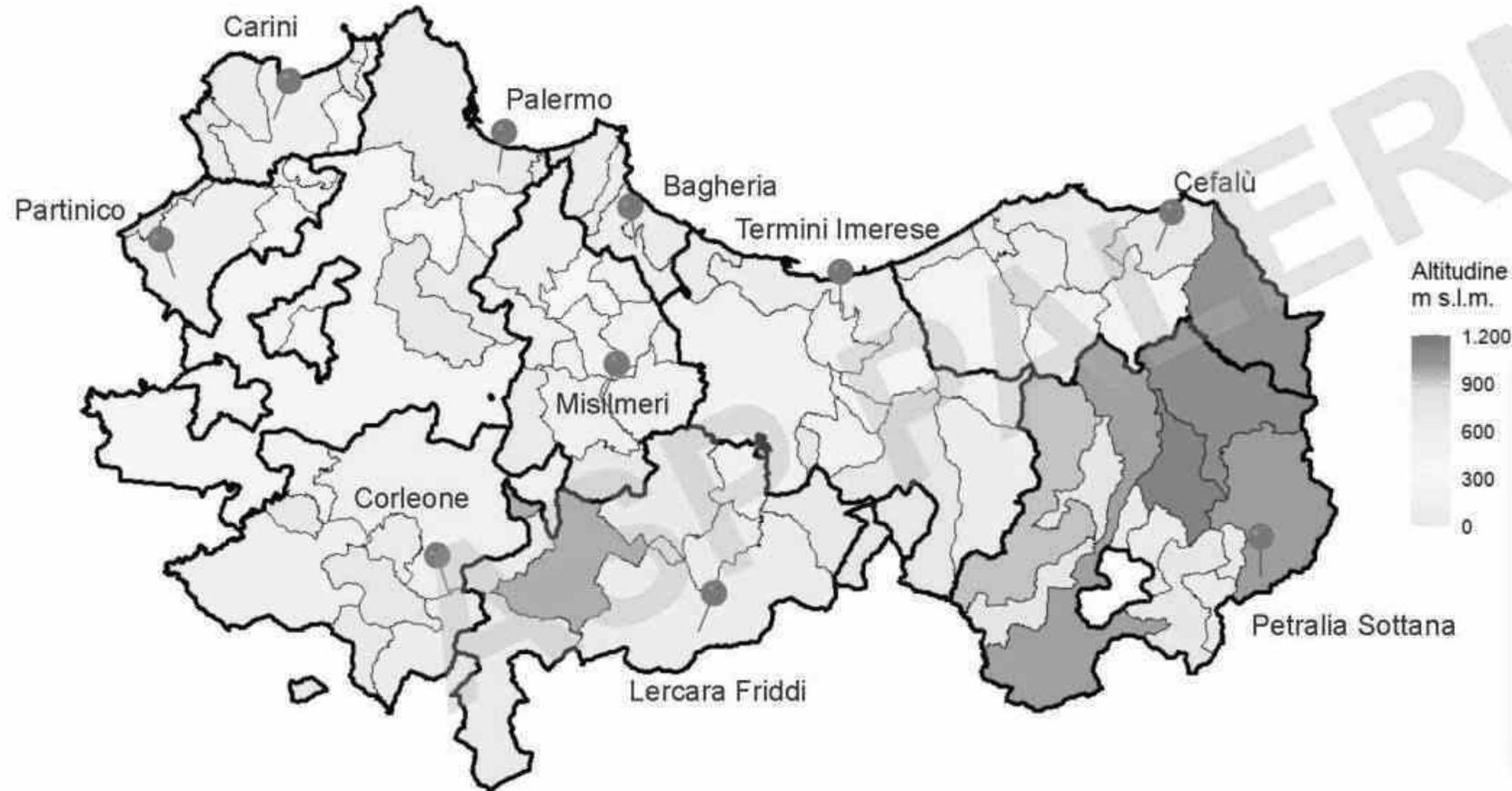
**La coorte dei pazienti cronici - BPCO**



**La coorte dei pazienti cronici - Scopenso Cardiaco**

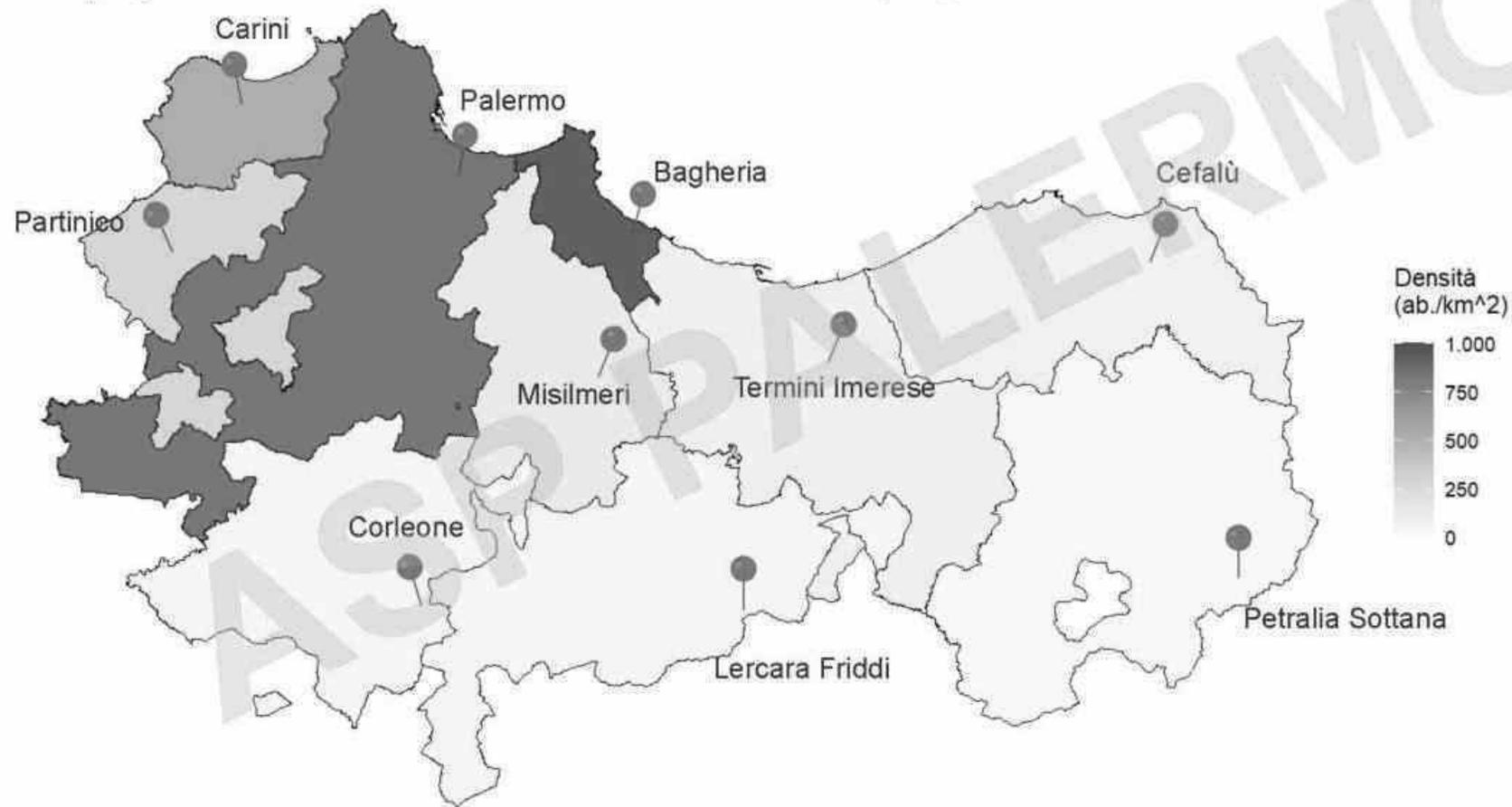
# Il territorio dell'ASP di Palermo

Il territorio dell'ASP di Palermo è un territorio **prevalentemente collinare**. Il distretto di **Petralia Sottana** è il distretto maggiormente caratterizzato da un **territorio montuoso**.



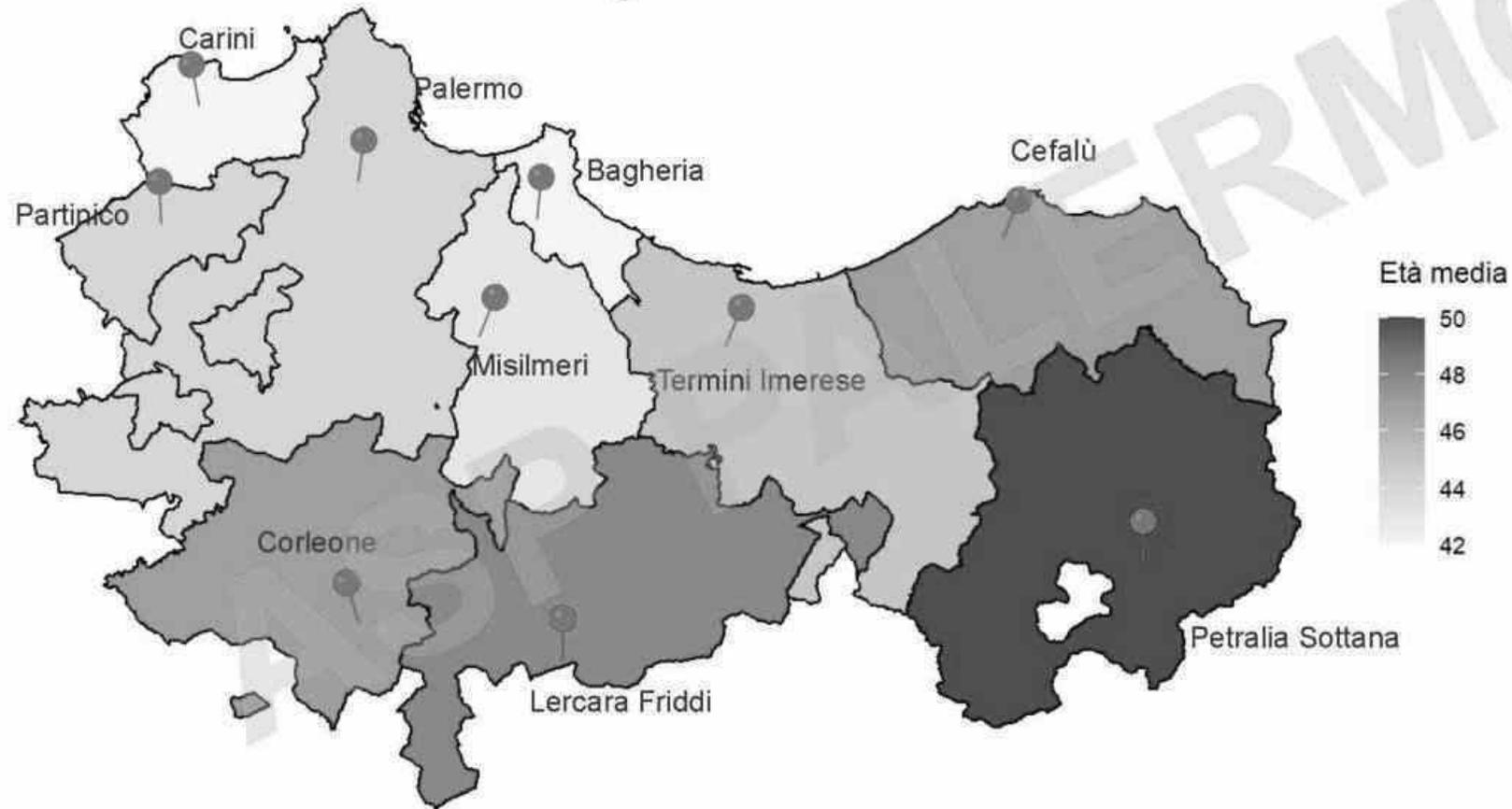
# La densità di popolazione

Nel territorio dell'ASP di Palermo il distretto **più densamente popolato** è il distretto **39 – Bagheria**. Il distretto **meno densamente popolato** è il distretto **35 – Petralia Sottana**, seguito dai distretti **40 – Corleone** e **38 – Lercara Friddi**.



# La distribuzione geografica per età

Nel territorio dell'ASP di Palermo il distretto con **età media maggiore** è il distretto **35 – Petralia Sottana**. Al contrario, quelli con **età media minore** sono il distretto **39 – Bagheria** e il distretto **34 – Carini**.



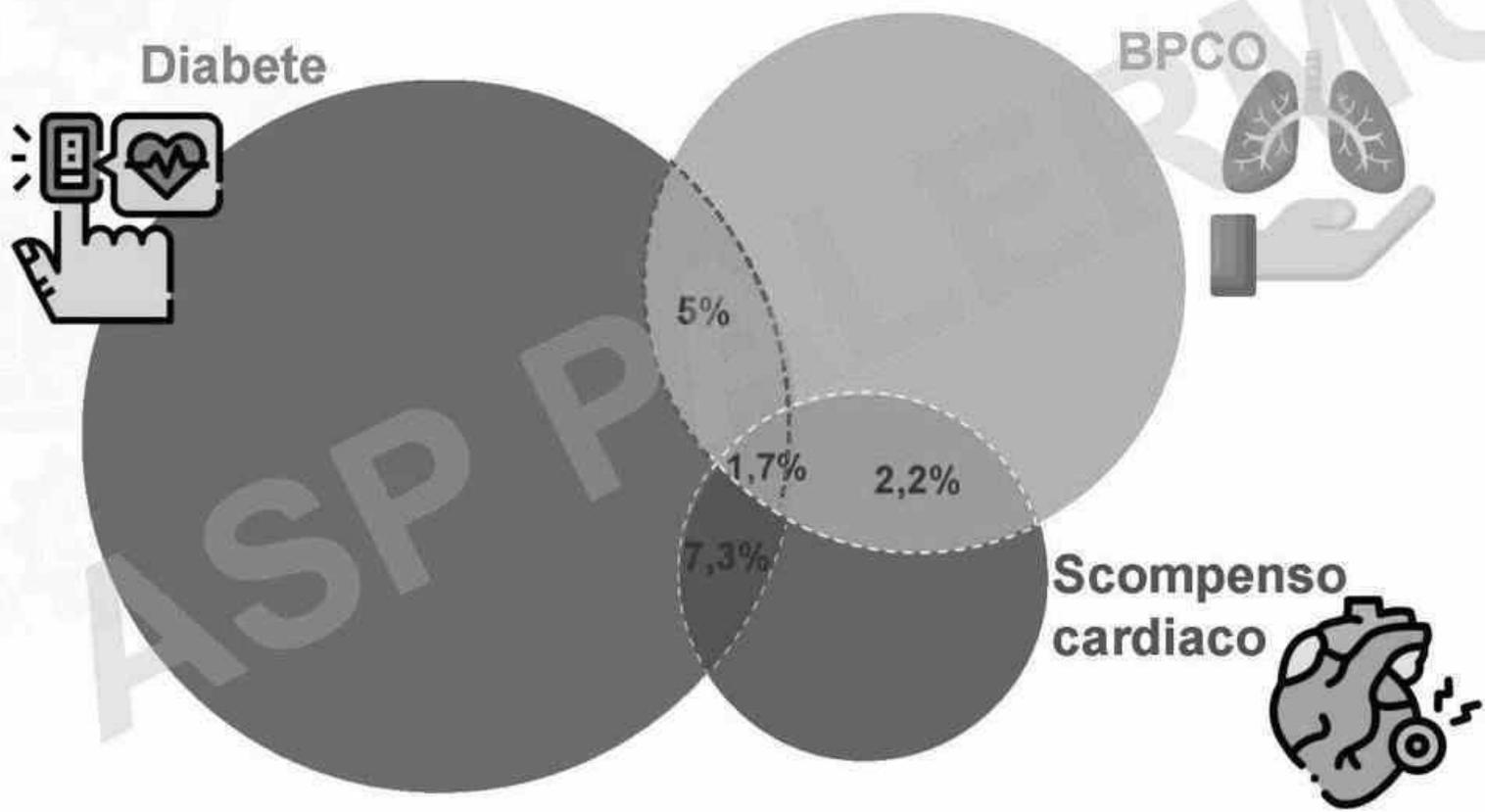
# La coorte dei pazienti cronici – Diabete, Scompenso e BPCO

Nel **territorio** dell'**ASP** di **Palermo** sono stati individuati:



# La coorte dei pazienti cronici – Comorbidità

L' **83,8% del totale** della coorte dei pazienti cronici (Diabete, Scompenso e BPCO) **presenta una delle patologie**. Il **14,6% di questi presenta 2** delle patologie, il **1,7% presenta tutte le patologie**.

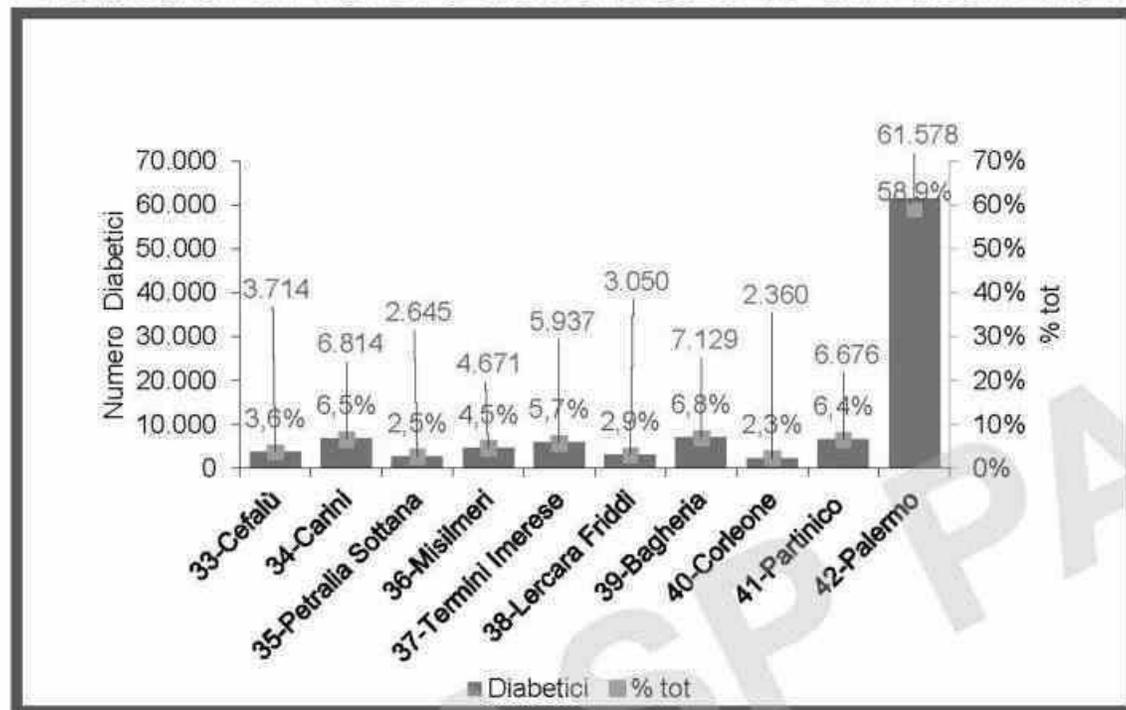


# Diabete

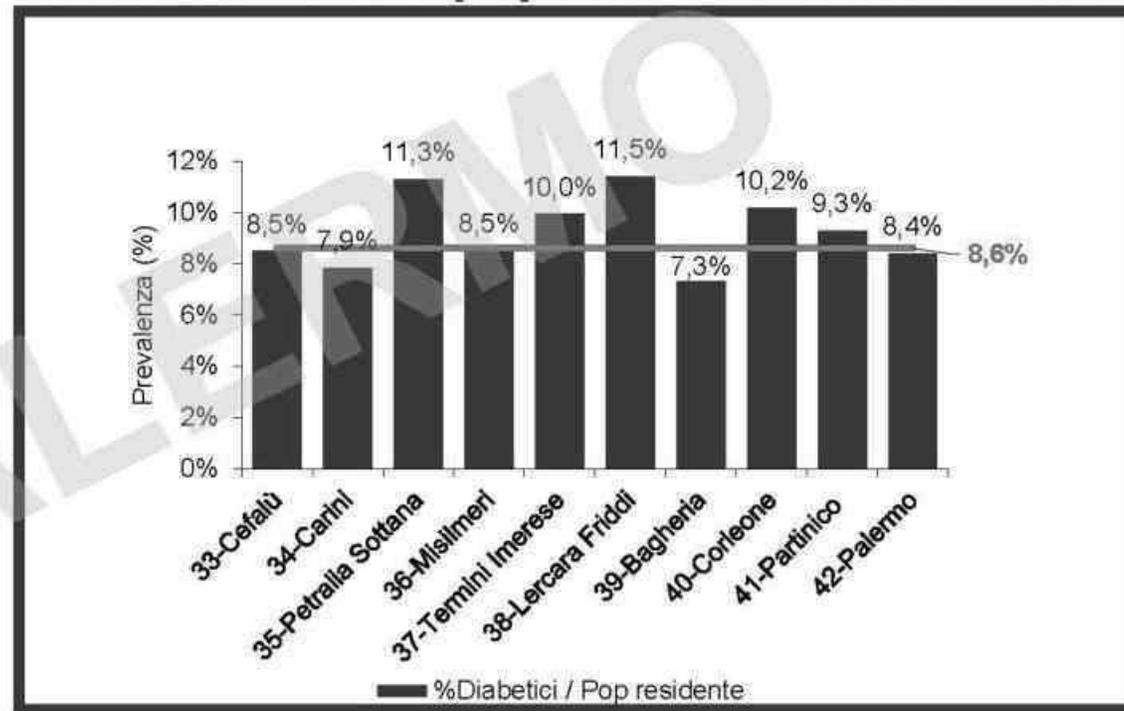


# La distribuzione per distretto

Diabetici in valore assoluto e % sul tot. Prov.



% Diabetici sulla pop. residente nel distretto



Nel **territorio** dell'ASP Palermo, in riferimento alla suddivisione in distretti, si ha che:

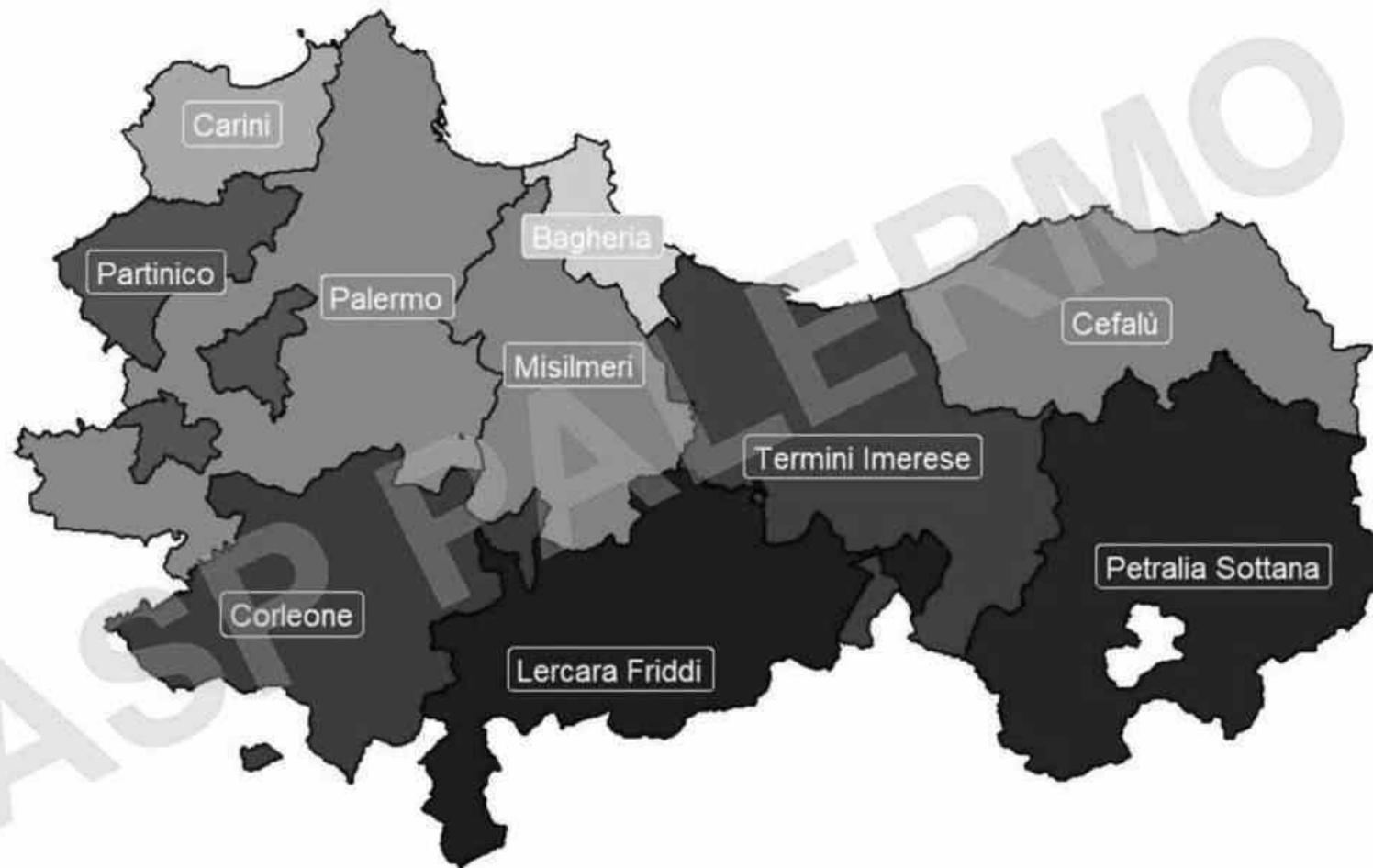
- In valore assoluto il distretto di **Palermo** registra il numero maggiore di diabetici (circa il **60%**);
- I distretti di **Carini, Bagheria e Palermo** registrano una percentuale di **diabetici inferiore** a quella **provinciale** (8,6%);

# La distribuzione geografica per distretto

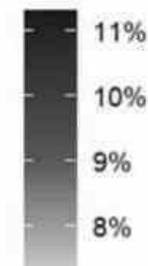
I distretti

*A Casa Insieme*

- 33 – Cefalù
- 34 – Carini
- 35 – Petralia Sottana
- 36 – Misilmeri
- 37 – Termini Imerese
- 38 – Lercara Friddi
- 39 – Bagheria
- 40 – Corleone
- 41 – Partinico
- 42 – Palermo

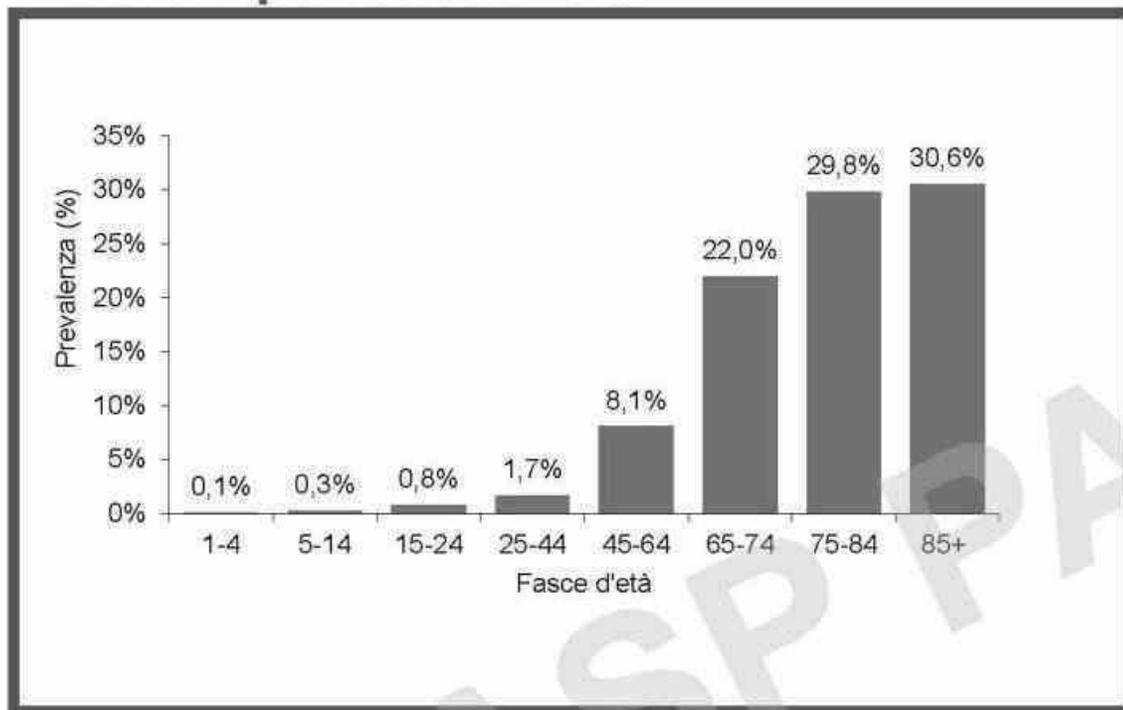


Prevalenza diabete

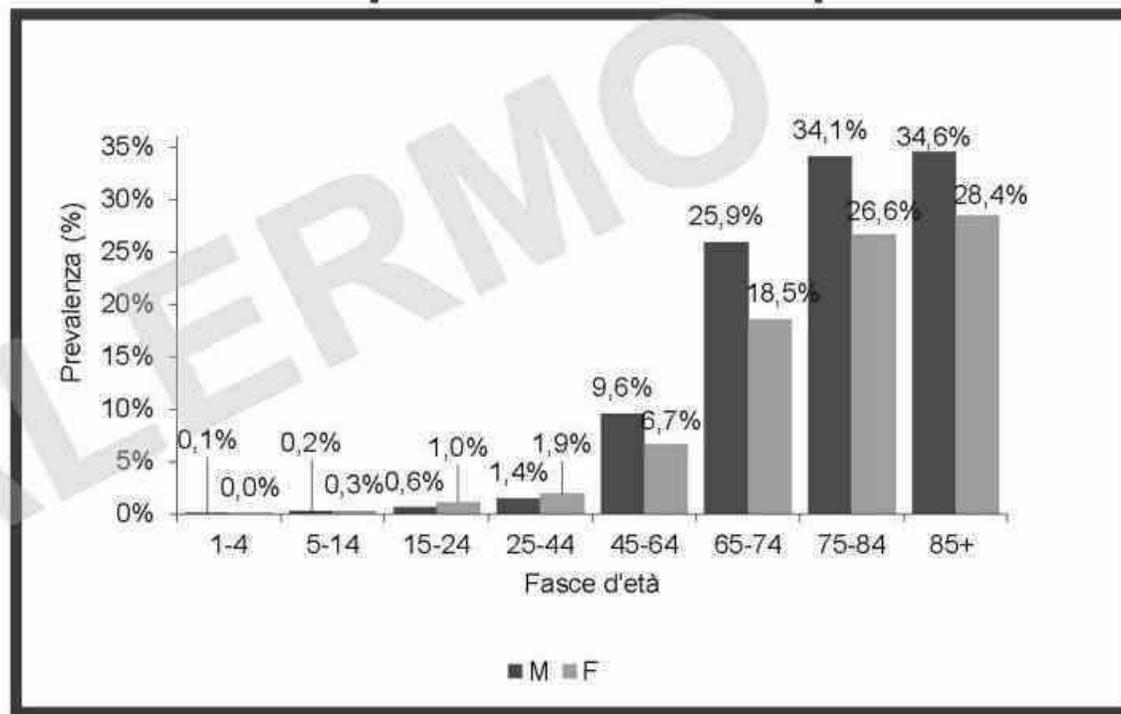


# La distribuzione per età e per sesso

Diabetici per fasce di età



Distribuzione per fasce di età e per sesso



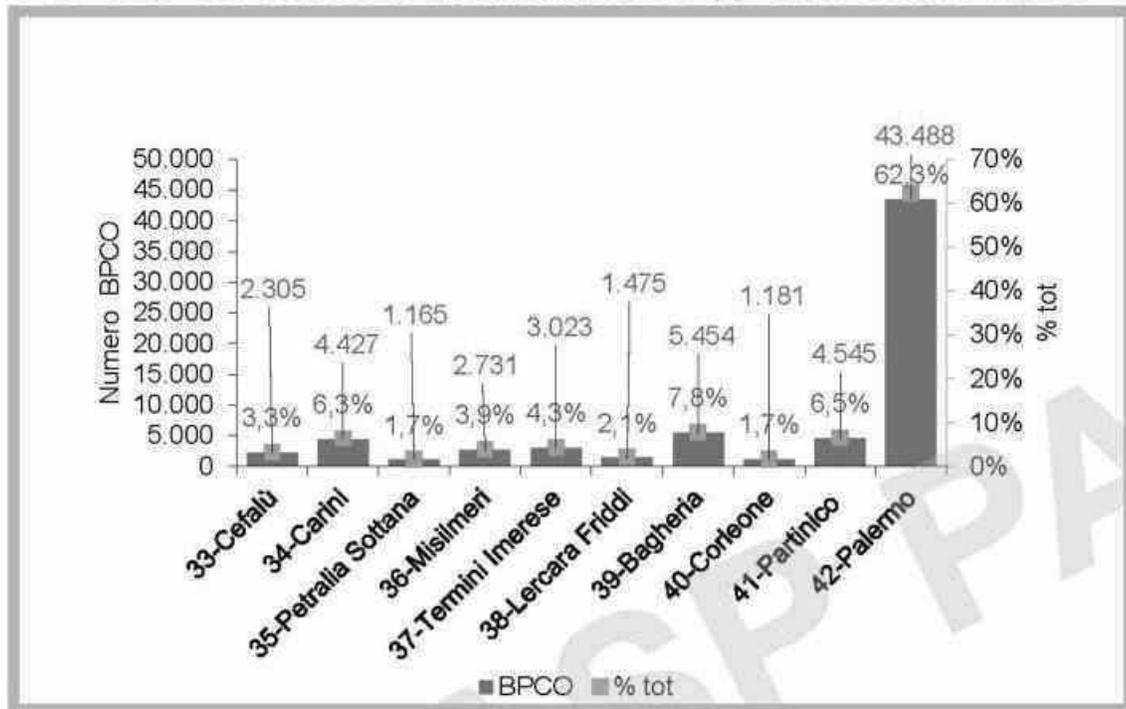
Nel **territorio dell'ASP Palermo**, in riferimento alla suddivisione per fasce di età e sesso, **all'aumentare dell'età** si verifica un **aumento dei casi**, in particolare si ha un numero maggiore di diabetici per la fascia di età over 85 (circa il **30%**). In generale, si evidenzia una **maggiore prevalenza** del diabete sulla **popolazione di sesso maschile**.

# BPCO

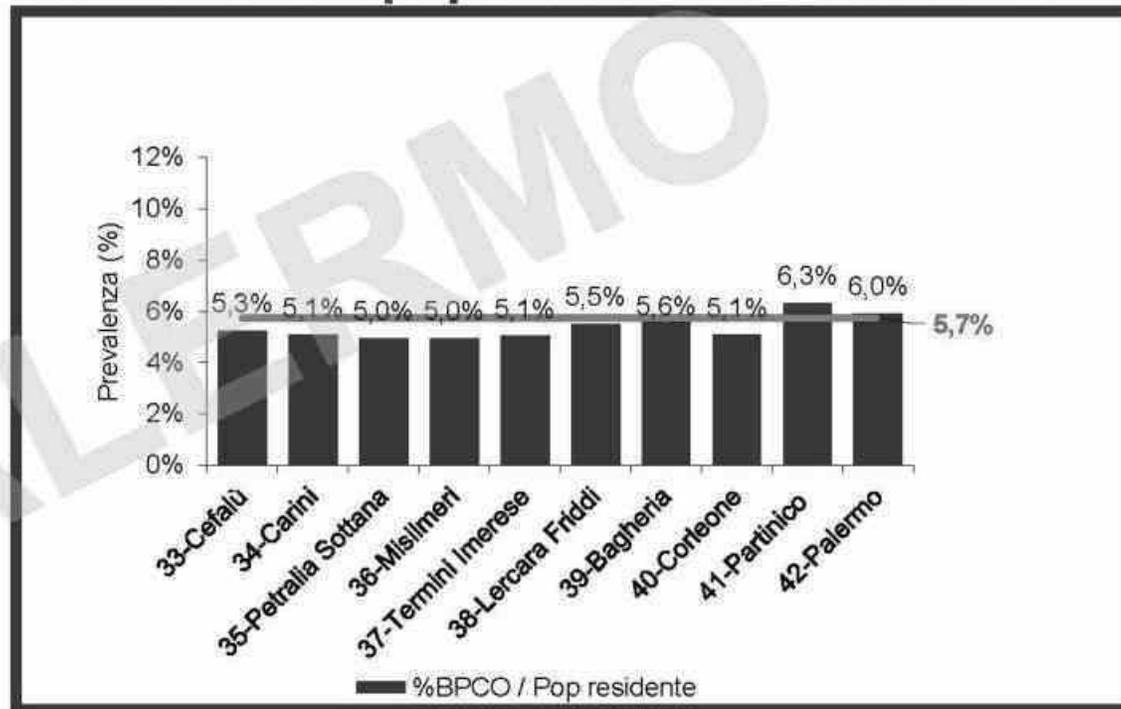


# La distribuzione per distretto

BPCO in valore assoluto e % sul tot. Prov.



% BPCO sulla pop. residente nel distretto



Nel **territorio** dell'ASP Palermo, in riferimento alla suddivisione in distretti, si ha che:

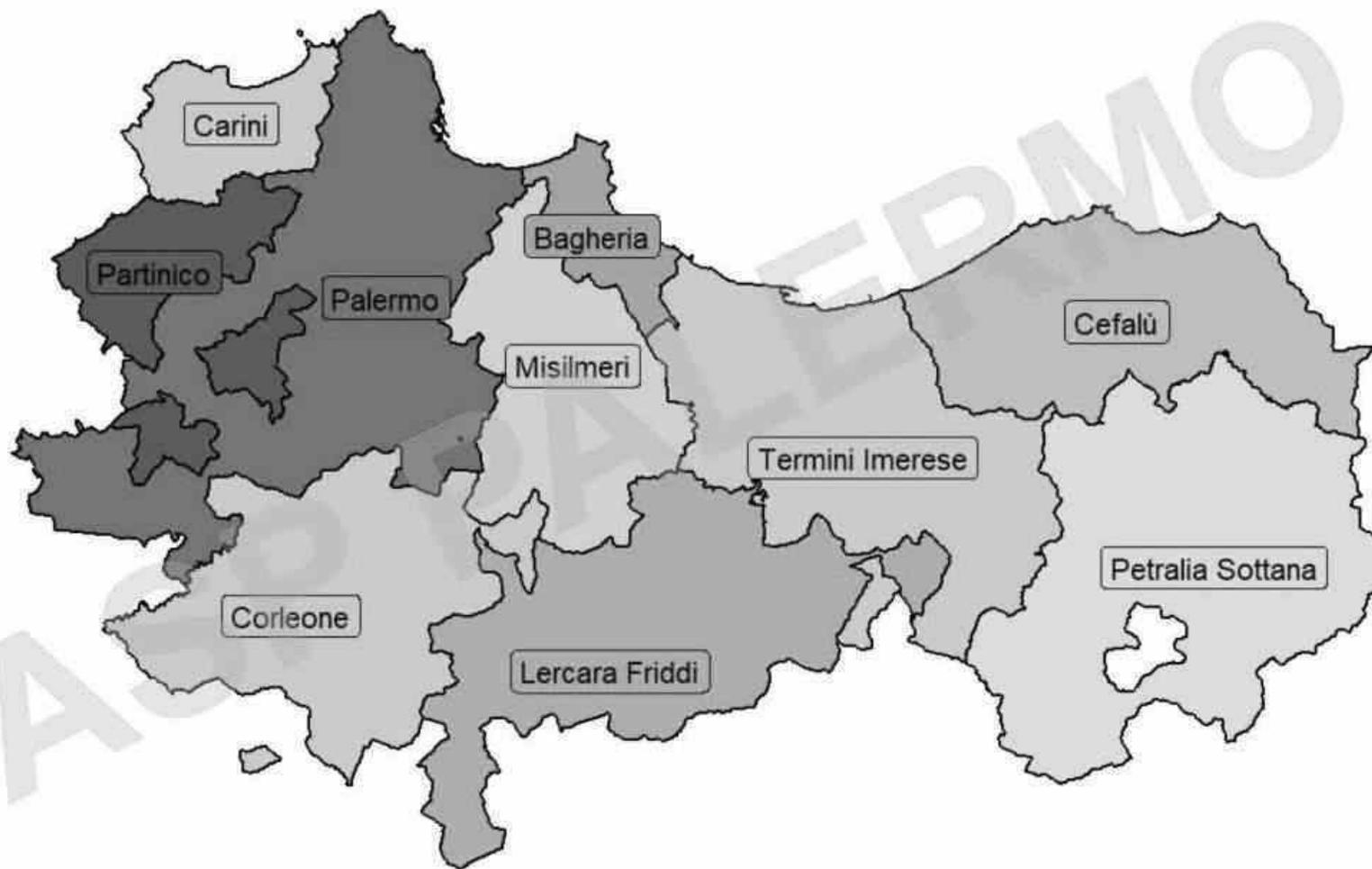
- In valore assoluto il distretto di **Palermo** registra il numero maggiore di soggetti con BPCO (circa il **62%**);
- I distretti di **Partinico** e **Palermo** registrano una **prevalenza** della BPCO **superiore** a quella **provinciale** (5,7%);

# La distribuzione geografica per distretto

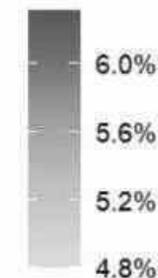
## I distretti

*A Casa Insieme*

- 33 – Cefalù
- 34 – Carini
- 35 – Petralia Sottana
- 36 – Misilmeri
- 37 – Termini Imerese
- 38 – Lercara Friddi
- 39 – Bagheria
- 40 – Corleone
- 41 – Partinico
- 42 – Palermo

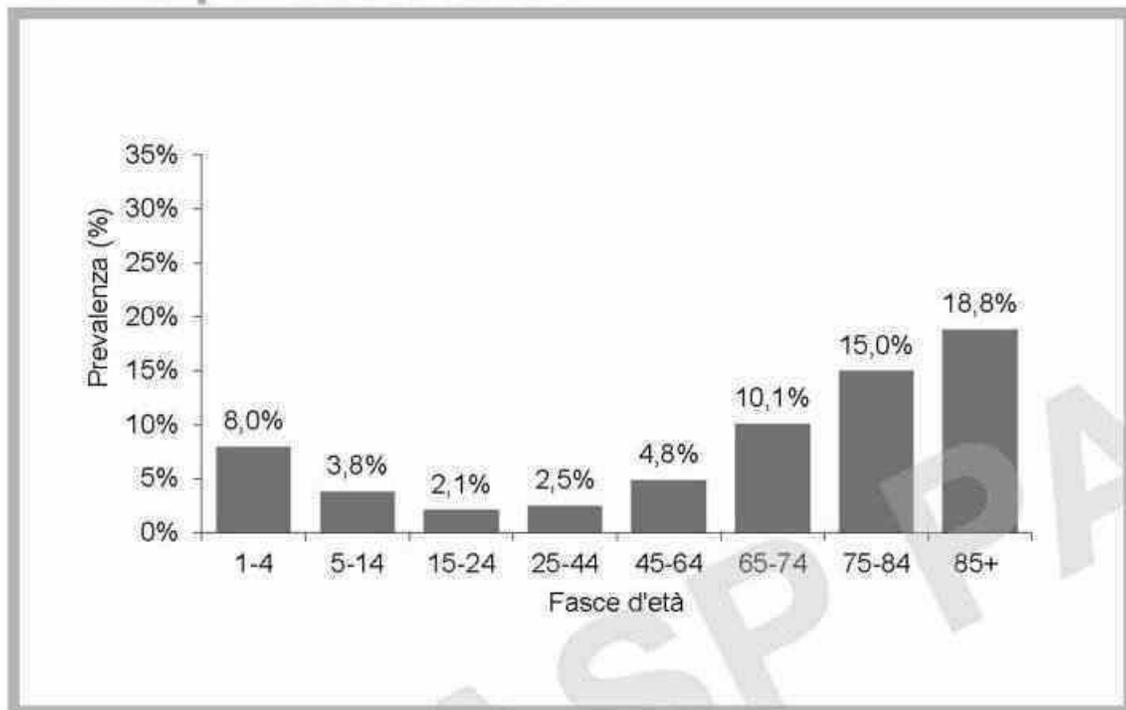


Prevalenza BPCO

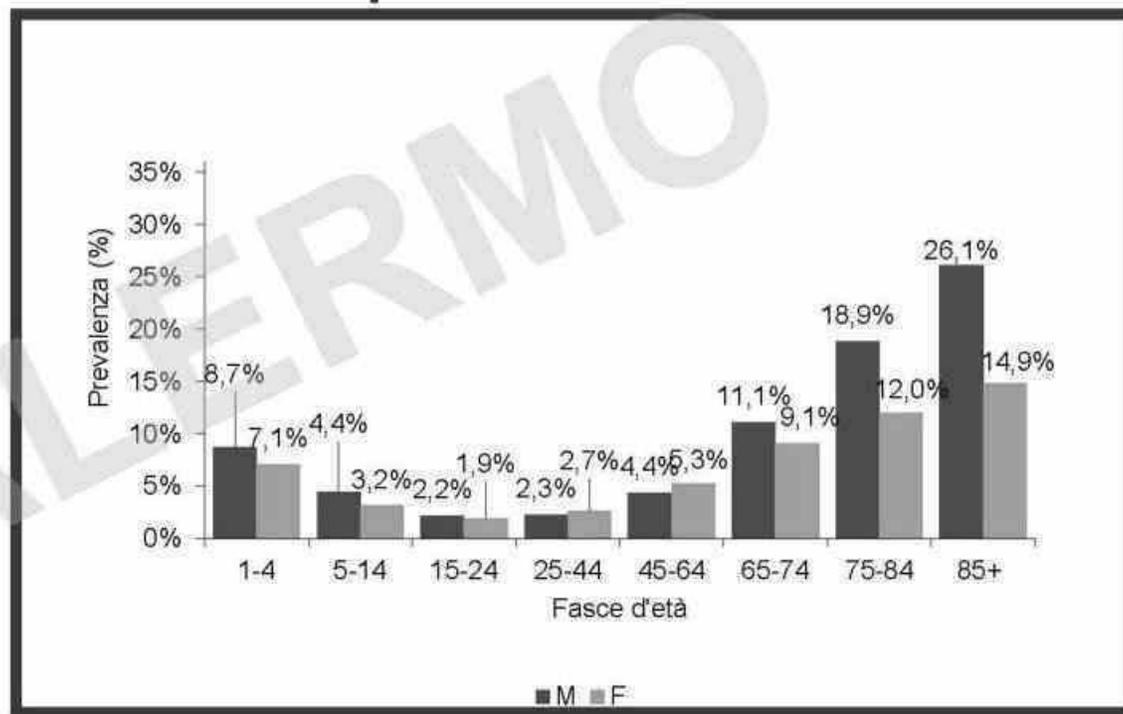


# La distribuzione per età e sesso

BPCO per fasce di età



Distribuzione per fasce di età e sesso



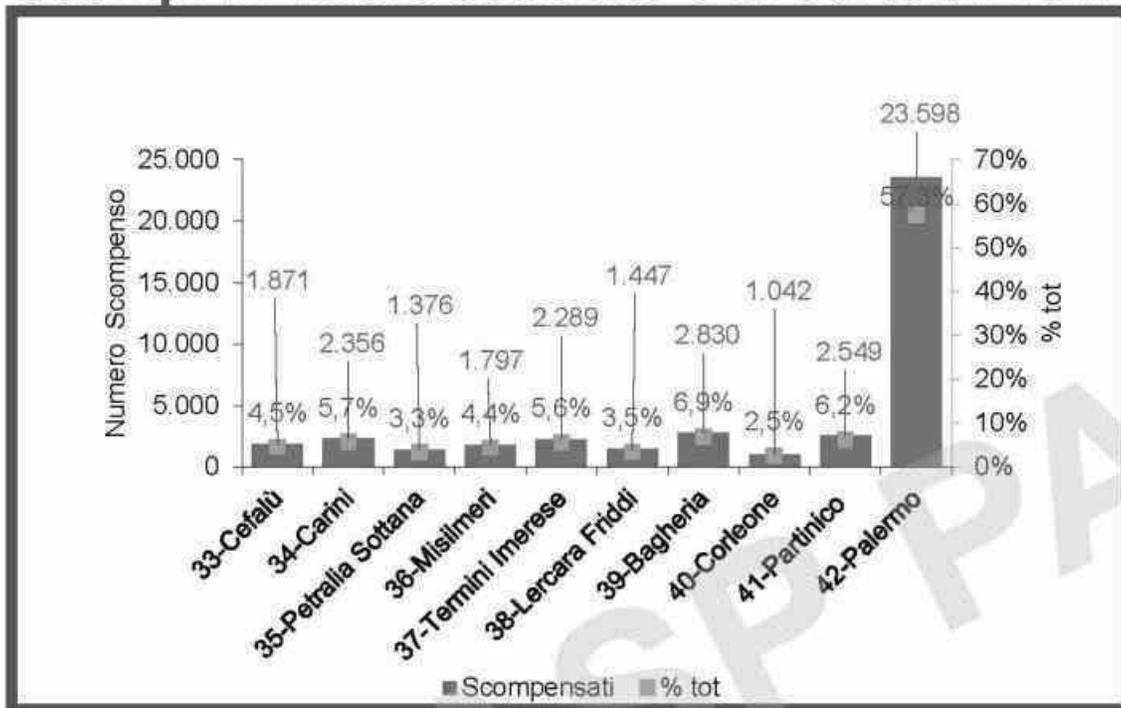
Nel **territorio** dell'ASP Palermo, in riferimento alla suddivisione per fasce di età e sesso, si registra una **prevalenza** di soggetti affetti da **BPCO** pari al **8%** nella fascia di **età 1-4**, tale percentuale **diminuisce tra i 5 e i 24 anni**, per poi **risalire con l'aumentare dell'età** fino ad arrivare a circa il **19% circa** per la popolazione **over 85**. In generale, si evidenzia una **maggior prevalenza** della BPCO sulla popolazione di sesso **maschile**, **ad eccezione** delle fascia d'età **25-44 e 45-64**, per le quali **la prevalenza** risulta **maggior** sulla popolazione di sesso **femminile**. In particolare, si ha una prevalenza sulla popolazione maschile significativamente superiore alla media per la fascia d'età over 85.

# Scompenso

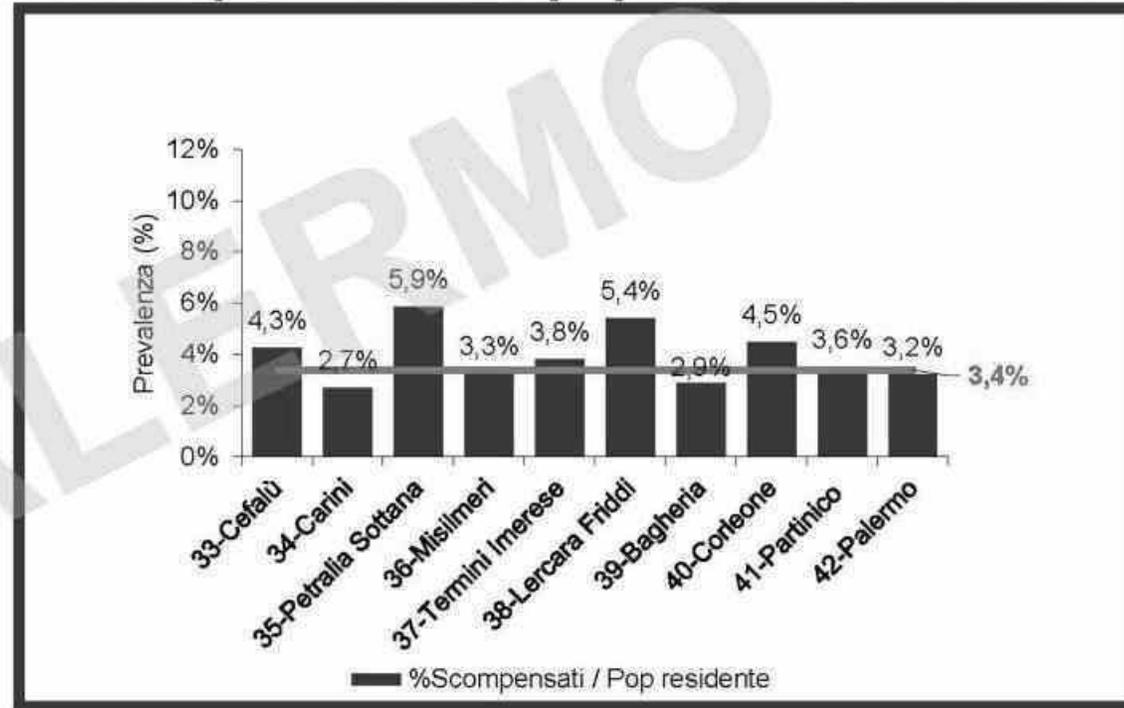


# La distribuzione per distretto

Scomp. in valore assoluto e % sul tot. Prov.



% Scompensati sulla pop. residente nel distretto



Nel **territorio** dell'ASP Palermo, in riferimento alla suddivisione in distretti, si ha che:

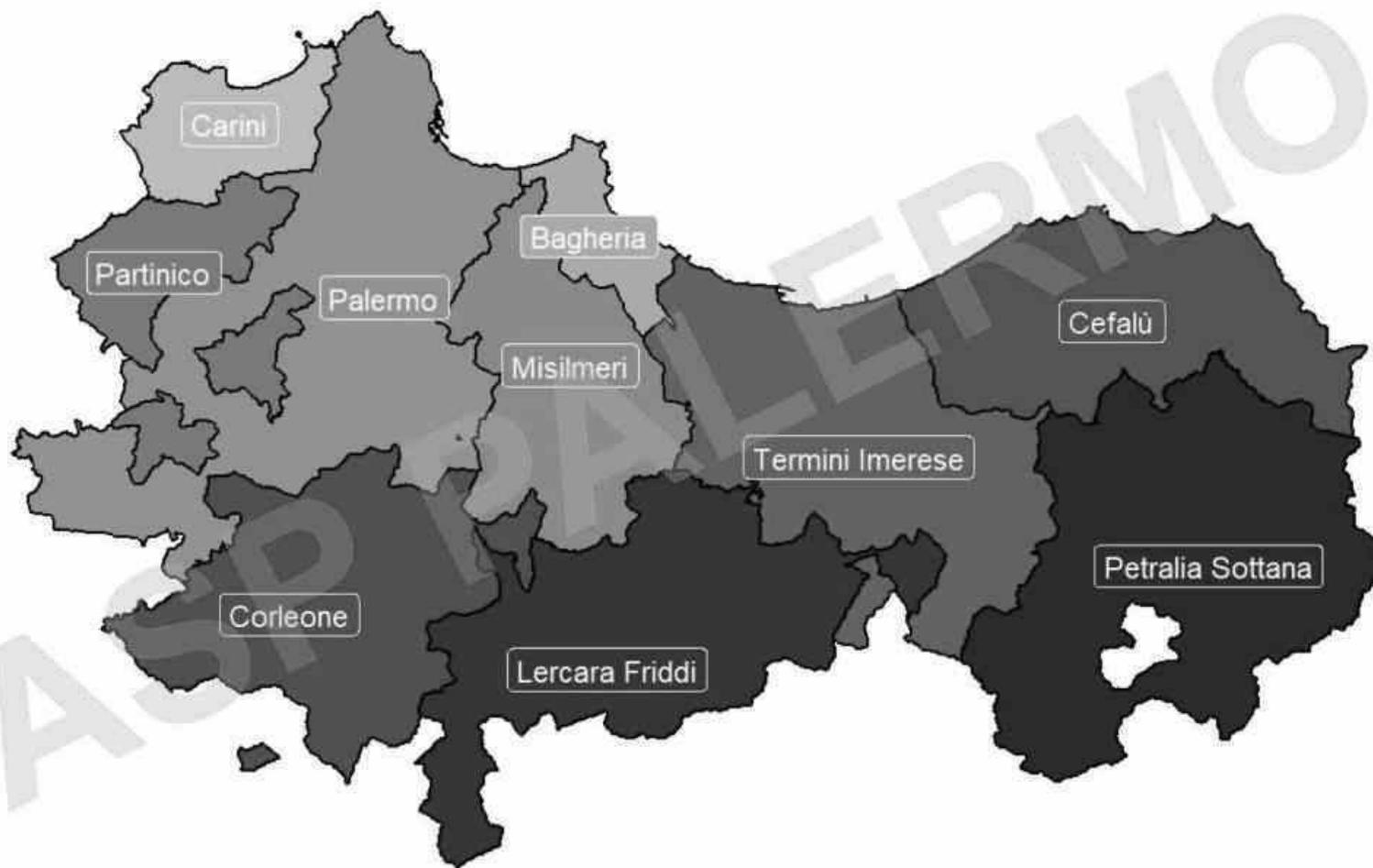
- In valore assoluto il distretto di **Palermo** registra il numero maggiore di scompensati (circa il **57%**);
- I distretti di **Carini, Bagheria e Palermo** registrano una **prevalenza** dello scompenso **inferiore** a quella **provinciale** (3,3%);

# La distribuzione geografica per distretto

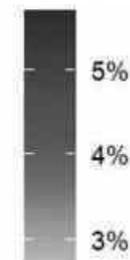
I distretti

*A Casa Insieme*

- 33 – Cefalù
- 34 – Carini
- 35 – Petralia Sottana
- 36 – Misilmeri
- 37 – Termini Imerese
- 38 – Lercara Friddi
- 39 – Bagheria
- 40 – Corleone
- 41 – Partinico
- 42 – Palermo

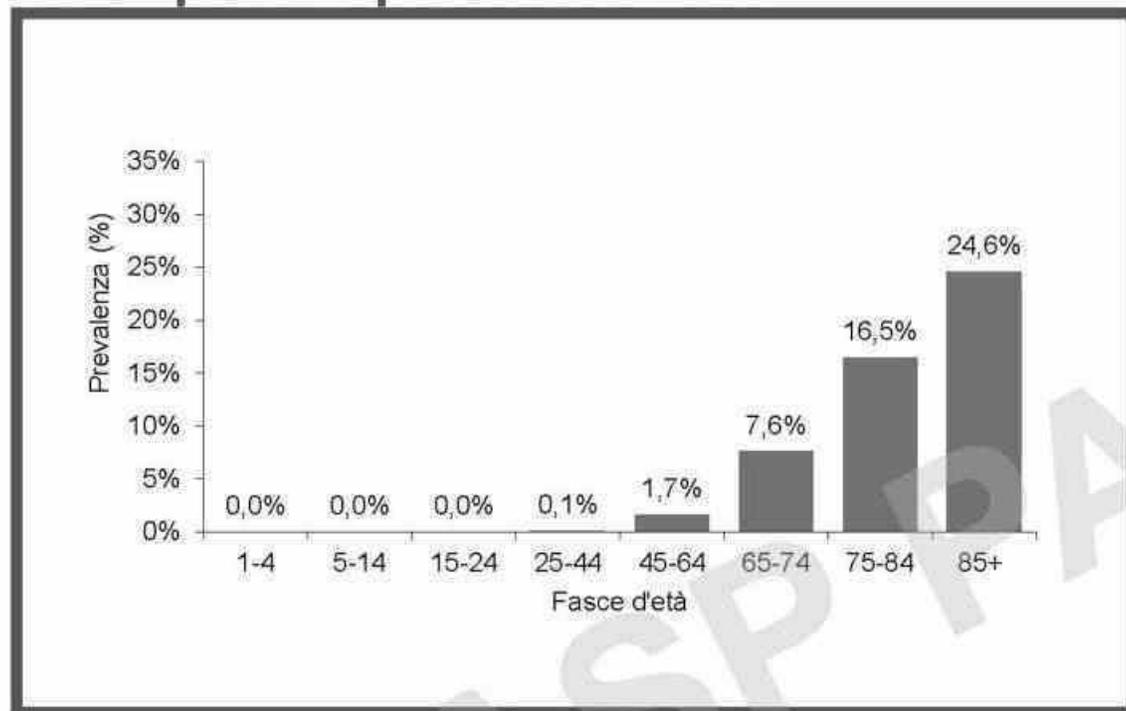


Prevalenza scompenso cardiaco

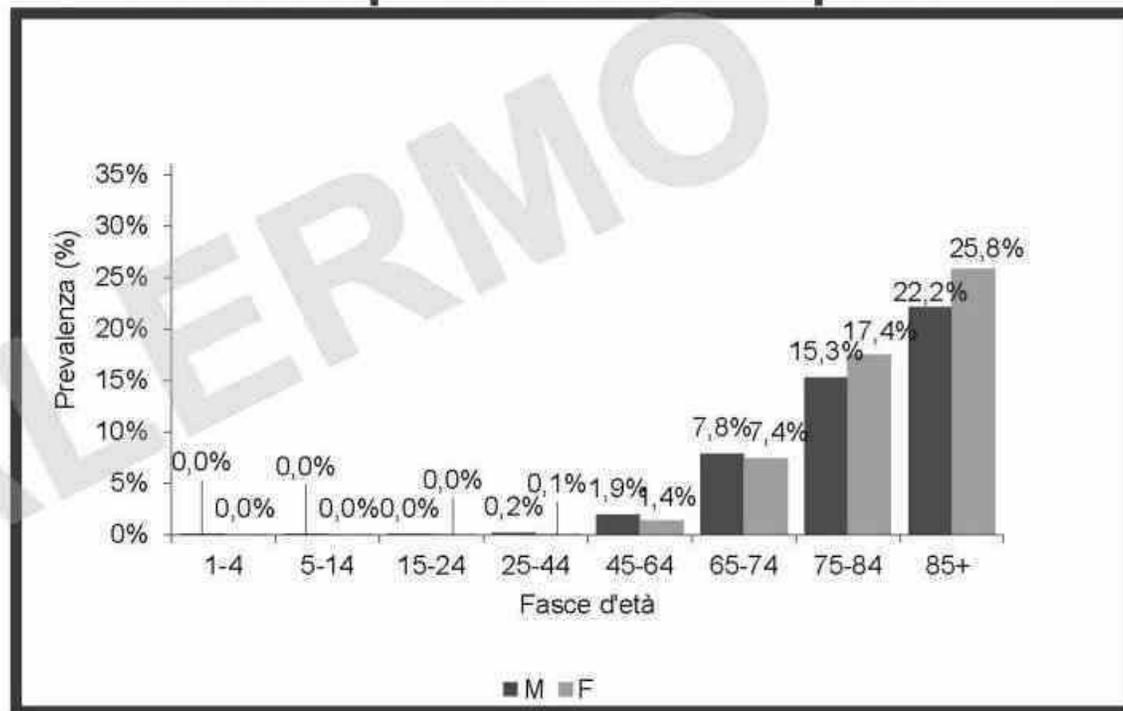


# La distribuzione per età e per sesso

Scompensati per fasce di età



Distribuzione per fasce di età e per sesso



Nel **territorio dell'ASP Palermo**, in riferimento alla suddivisione per fasce di età e sesso, **all'aumentare dell'età** si verifica un **aumento dei casi**, in particolare si ha un numero maggiore di scompensati per la fascia di età over 85 (circa il **24%**). In generale, si evidenzia una **maggiore prevalenza** dello scompenso sulla **popolazione di sesso maschile** per le fasce d'età **inferiori ai 75 anni**, mentre **la prevalenza** risulta **maggiore** sulla **popolazione di sesso femminile** per le fasce d'età **superiori ai 75 anni**.

PNRR

MISSIONE 6 - SALUTE

ASP 6\_Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo

Scheda n.	
CUP	
Area Vasta	
Distretto Sanitario	
Tipologia Hub/Spoke	
Proprietà/Comodato	
RUP	
Mq Totali	
Piani	

## ALLEGATO 1.3 ESEMPIO SCHEDA PROGETTO CdC

MACRO - AREA	AREE FUNZIONALI	HUB	SPOKE	n. Stanze	Postazioni lavoro	Note
SPECIALISTICA	<b>AREA DIAGNOSTICA DI BASE</b> Servizi di diagnosi di cura	DIAGNOSTICA DI BASE (retinografo, spirometro, ecografo, ecc.)	Obbligatorio	facoltativo		
	<b>AREA PRELEVI</b> Area Prelevi e PD	AREA PRELEVI	Obbligatorio	facoltativo		
	<b>ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA</b> Servizi ambulatoriali specialistici	AREA AMBULATORIALE SPECIALISTICA (diabetologo, cardiologo, ecc.)	Obbligatorio	Obbligatorio		
CURE PRIMARIE	<b>AREA CURE PRIMARIE</b>					
		Ambulatori per Medico di Medicina Generale (MMG)	Obbligatorio	Obbligatorio		
		Ambulatori per Pediatri di Libera scelta (PLS)	Obbligatorio	Obbligatorio		
ASSISTENZA DI PROSSIMITA'	<b>SERVIZI INFERMERISTICI</b>	Ambulatori infermieristici (IFOC)	Obbligatorio	Obbligatorio		
	<b>ASSISTENZA MEDICA</b>	Assistenza Medica H24/H12	Obbligatorio (H24)	Obbligatorio (H12)		
	<b>PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)</b>	Punto Unico di Accesso (PUA)	Obbligatorio	Obbligatorio		
	<b>INTEGRAZIONE CON I SERVIZI SOCIALI</b>	Spazi per Assistenti Sociali	Obbligatorio	Obbligatorio		
	<b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b>	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Obbligatorio	Obbligatorio		
		Unità Continuità Assistenziale (UCA)	Obbligatorio			
	<b>SERVIZI PER LA COMUNITA'</b>	Sala riunioni Polivalente	Obbligatorio	Obbligatorio		
SERVIZI GENERALI E LOGISTICI	<b>AREA SERVIZI GENERALI</b> Servizi urbani per utenti esterni e per il personale medico-sanitario.	Accoglienza utenti - URP - CUP	Obbligatorio	Obbligatorio		
		Area Personale	Obbligatorio	Obbligatorio		
		Area Direzionale e Amministrativa	Obbligatorio	Obbligatorio		
	<b>AREA SERVIZI LOGISTICI</b> Servizi logistici per il funzionamento della struttura socio-sanitaria.	Archivi-Magazzini-Depositi	Obbligatorio	Obbligatorio		
		Servizi informativi e telemedicina	Obbligatorio	Obbligatorio		
		Isola Ecologica	Obbligatorio	Obbligatorio		
		Area Pulizia	Obbligatorio	Obbligatorio		
<b>AREA LOCALI TECNICI</b> CT, Centrali gas, collegamenti impiantistici, sotto-centrali, ecc.	Locali Tecnici, Centrale Tecnologica, Locali UTA, ecc.					

**SERVIZI SANITARI ATTIVI**

La continuità assistenziale

**SGOMBERO LOCALI**

La continuità assistenziale deve essere temporaneamente allocata altrove, per i lavori

**SERVIZI IN COMUNE E/O CONDIVISIONE AFFERENTI ALLE MACRO AREE - SERVIZI GENERALI E LOGISTICI**

NO

**ALTRO**



# ASP Palermo

## Allegato 1.4 L'Ospedale di Comunità Proposta di Modello Organizzativo

Documento redatto in collaborazione con KPMG – Progetto «A Casa Insieme»

ACCORDO QUADRO, AI SENSI DEL D.LGS. 50/2016 E S.M.I., AVENTE AD OGGETTO L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI APPLICATIVI E L'AFFIDAMENTO DI SERVIZI DI SUPPORTO IN AMBITO «SANITÀ DIGITALE - Sistemi Informativi Clinico-Assistenziali» PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI DEL SSN

# Indice

**01**

OdC – Focus DM-77

---

**02**

Proposta di Modello Organizzativo

---

## Il profilo clinico dei pazienti

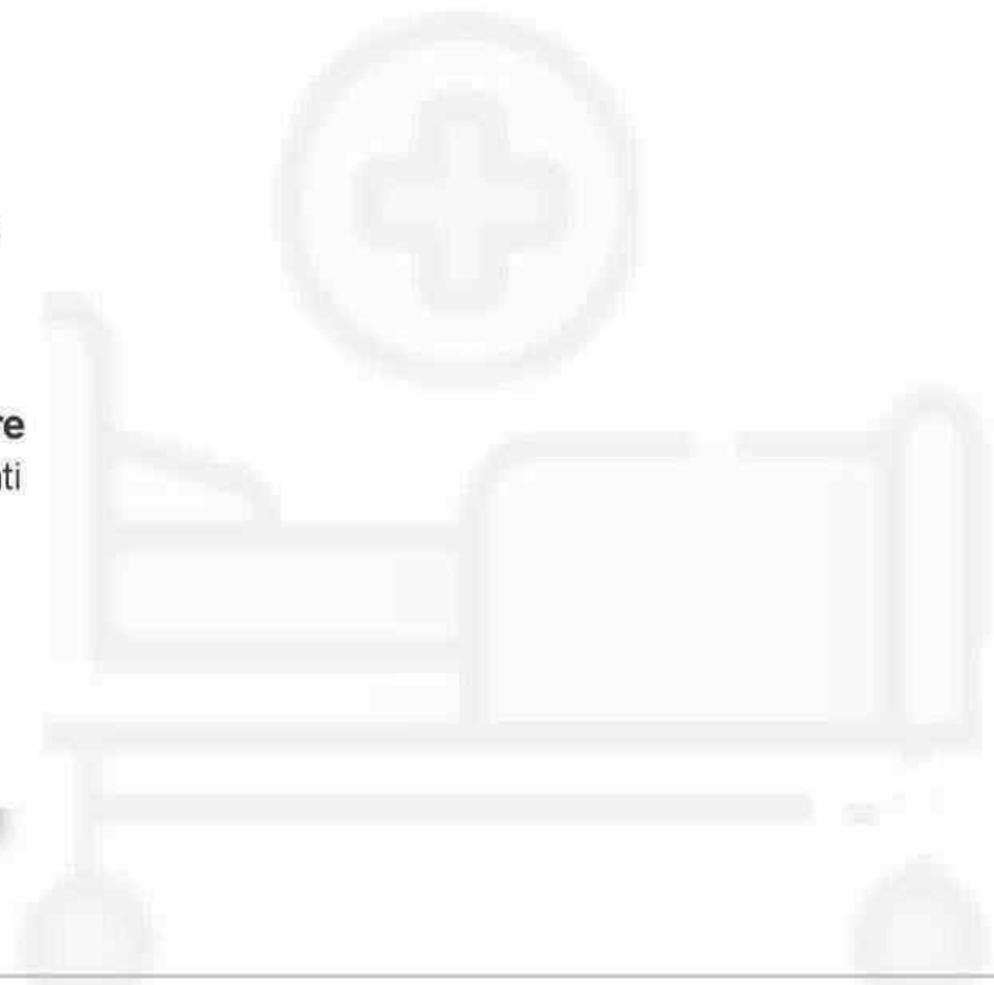
- Le principali patologie trattabili
  - Criteri di accoglibilità
  - Criteri di non accoglibilità
  - Procedure di ammissione
  - Criteri di gestione delle liste d'attesa
- 

## La degenza

---

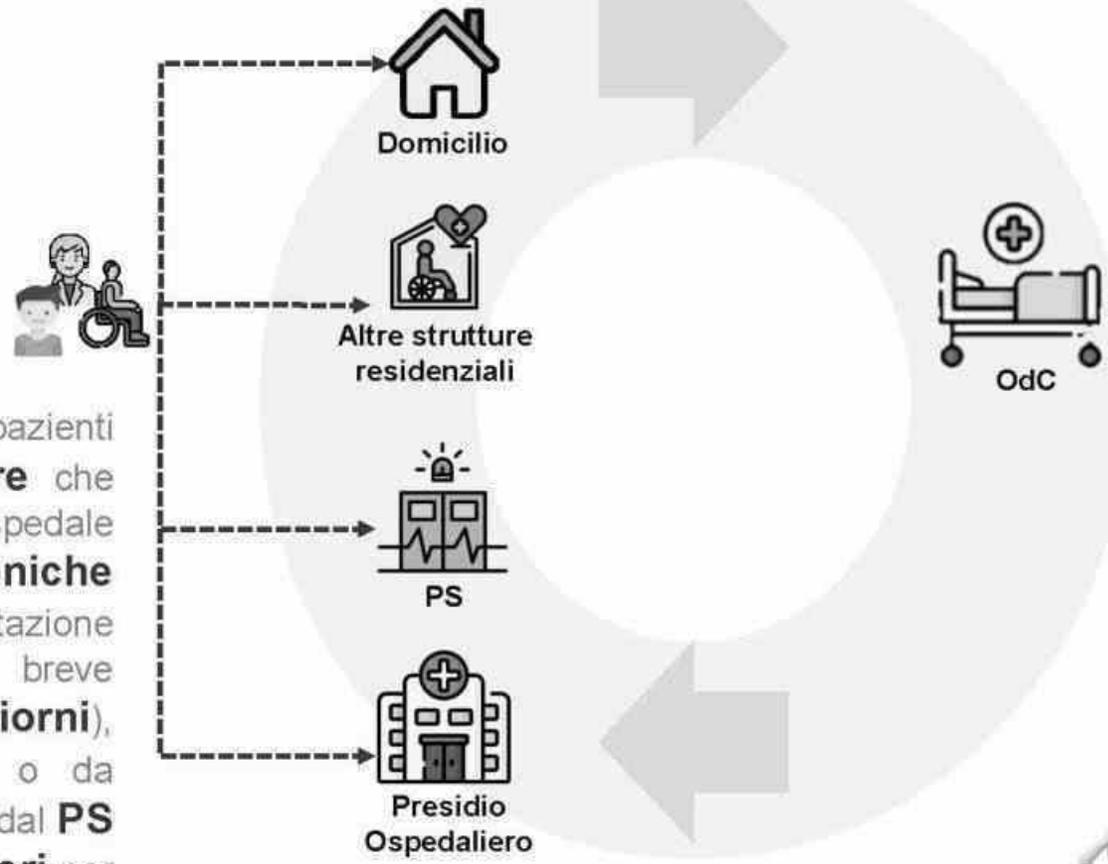
# OdC – Focus DM 77

L'**Ospedale di Comunità (OdC)** è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta **dell'Assistenza Territoriale** e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di **evitare ricoveri ospedalieri impropri** o di **favorire dimissioni protette** 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, e di **assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa**, anche notturna, **non erogabile a domicilio** o in mancanza di idoneità del domicilio stesso



L'OdC può avere una **sede propria**, essere **collocato in una Casa della Comunità**, in **strutture sanitarie polifunzionali**, in strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una **struttura ospedaliera**.

# OdC – Focus DM 77



L'accesso presso l'OdC avviene **su proposta** di:

- **MMG**;
- medico di **continuità assistenziale**;
- medico **specialista ambulatoriale** interno ed ospedaliero;
- medico del **PS**;
- **PLS**

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici

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



*Criteria di ammissione all'OdC*



# Pazienti target



Le **categorie principali di pazienti eleggibili** sono le seguenti:



- ✓ Pazienti fragili e/o cronici  **provenienti dal domicilio**, per la presenza di **acutizzazione** di condizione cronica, in cui il **Ricovero in ospedale risulta inappropriato** 
- ✓ Pazienti prevalentemente affetti da multimorbidità,  **provenienti da struttura ospedaliera**, per acuti o riabilitativa, **cl clinicamente dimissibili, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa** 
- ✓ Pazienti che necessitano di **assistenza** nella **somministrazione di farmaci**  o nella gestione di presidi e dispositivi, di interventi di  **affiancamento, educazione ed addestramento** del paziente e del *caregiver* prima del ritorno al domicilio
- ✓ Pazienti che necessitano di **supporto riabilitativo-rieducativo**  (es. fornitura ausili, interventi fisioterapici, supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale)

# La dotazione

L'OdC ha un **numero** di **PL** di norma **tra 15 e 20**. È possibile prevedere l'**estensione fino a due moduli** e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 PL.

## Personale

7-9 Infermieri (assistenza 7/7)
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

## Strumentazione

Defibrillatore
Elettrocardiografo portatile/telemedicina
Saturimetro
Spirometro
Emogasanalizzatore
Apparecchio per esami POC
Ecografo
Altro



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

# Gli attori della presa in carico dell'OdC



È **auspicabile** una **valutazione multidimensionale** in fase di accesso da parte dell'*equipe* territoriale dedicata

## Il Responsabile Clinico



- La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita ad un MMG, PLS o un medico dipendente
- È garante della **raccolta** delle **informazioni sanitarie in ingresso e alla dimissione**;
- Al momento dell'ingresso espone il **piano assistenziale** al paziente e/o ai familiari;
- **Contatta il medico curante** del paziente prima della dimissione protetta;
- **Compila**, per la parte di propria competenza, la **cartella clinica** fino alla chiusura della stessa e redige la **lettera di dimissione**;
- Si relazione con le **UO dell'ospedale per acuti** di riferimento.

## Il Responsabile Gestionale



- Riceve ed esamina le **richieste di ingresso in OdC** provenienti da strutture ospedaliere pubbliche o accreditate, o dai MMG;
- Valuta la **congruità e priorità** delle **richieste**;
- Inserisce le richieste in una **lista d'attesa** da trasmettere al Responsabile Clinico;
- Monitora l'**efficacia** e l'**efficienza organizzativa** in collaborazione con il Responsabile Clinico della struttura.

# Proposta Modello Organizzativo ASP- Palermo

# Il percorso per l'ammissione in OdC



# Il profilo clinico dei pazienti (1/3)

## Le principali patologie trattabili

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

# Il profilo clinico dei pazienti (2/3)

## Criteri di accoglibilità

- **assenza di problematiche acute in atto;**
- **condizione clinica stabile** (Scala MEWS  $<0 = 2$ );
- **Basso carico assistenziale** (Scala IDA);
- **inquadramento diagnostico definito;**
- **programma terapeutico delineato.**

## Criteri di non accoglibilità

- paziente con **demenza e disturbi comportamentali non controllati** dalla terapia;
- **unica motivazione** all'ingresso la presenza di **problematiche sociali**, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale;
- pazienti affetti da **patologia infettiva** che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto.



Se, tra la data di invio del modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" e la data stabilita di trasferimento, sopraggiungono complicanze è compito del Medico dell'U.O. richiedente comunicare, via mail o telefono, la sospensione del trasferimento.

# Il profilo clinico dei pazienti (3/3)

## Criteri di non accoglibilità

In particolare, il **ricovero o ingresso del paziente all'OdC** deve essere **sospeso se, nelle 48 ore precedenti**, è presente uno dei seguenti aspetti:

- Frequenza cardiaca a riposo  $<40$  o  $\geq 130$  bpm;
- Pressione arteriosa sistolica  $<70$  o  $\geq 200$  mmHg o diastolica  $<60$  o  $>120$  mmHg;
- Temperatura corporea  $\geq 38,5$  °C;
- Frequenza respiratoria  $< 9$  o  $\geq 30$ ;
- Stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- Sanguinamento in atto;
- Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- Insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile.



Nel caso di **sospensione del ricovero**, nel momento in cui il paziente **rientrerà** nei **criteri di accoglibilità**, dovrà essere inviata una **nuova richiesta di aggiornamento**.

# Gestione liste di attesa

## Criteri di gestione delle liste d'attesa

Il **primo criterio** di gestione delle liste d'attesa è la **data di arrivo della richiesta**; fatta salva la **necessità** di considerare **prioritarie** le **seguenti condizioni**:

- **accettazione rapida** per pazienti dimissibili **da reparti ospedalieri** giudicati **accoglibili**;
- **bilanciamento** tra le **richieste** provenienti dall'ospedale e dal territorio in relazione alle rispettive necessità;
- **criticità** legate a periodi di **elevata morbosità segnalate** dalla Direzione Medica Ospedaliera;
- **esigenza di liberare con urgenza posti letto** in area medica o chirurgica segnalate dalla Direzione Medica Ospedaliera;
- **case mix meglio sostenibile** dall'OdC.

## Centrale Operativa Territoriale

Il **collegamento funzionale** tra la struttura, l'ospedale e il domicilio è **mediato** dalla **COT** distrettuale, che provvede alla **gestione** e allo **scorrimento** della **lista di attesa**, all'evasione delle richieste di ingresso in struttura, in sinergia con l'**infermiere case-manager** dell'OdC che coordina l'accoglimento del paziente in struttura e il successivo percorso alla dimissione

# La degenza



## INGRESSO

Al paziente e/o familiari vengono consegnati:

**Contratto di Degenza;**

**Carta dei Servizi** della struttura (esempio);

l'Informativa per il **trattamento dei dati personali**;

Il **consenso al trattamento dei dati del FSE.**



Responsabile Clinico redige  
**Piano Assistenziale**

Firmato dal  
paziente e dal  
Responsabile  
Clinico



## DURANTE LA DEGENZA



Verifica del grado di  
**raggiungimento** degli  
**obiettivi clinico/assistenziali**  
previsti all'ingresso

## DIMISSIONI

- **Valutazione** del paziente e **facilitazione** del **rientro a domicilio**
- **Prescrizione** e **fornitura** di **eventuali ausili** necessari nel **post ricovero**
- **Colloqui regolari** con paziente e familiari
- Responsabile clinico redige la **lettera di dimissione** indirizzata al MMG



## POST DIMISSIONI

**Attivazione** dell'ADI se  
prevista da progetto  
assistenziale

