

AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1498 DEL 28/08/2026

O G G E T T O

NEXT GENERATION EU - PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR) – “M6C1-11 “OSPEDALI DI COMUNITÀ RINNOVATI, INTERCONNESSI E DOTATI DI ATTREZZATURE TECNOLOGICHE” INVESTIMENTO: "M6C1 I1.3 – RAFFORZAMENTO DELL’ASSISTENZA SANITARIA INTERMEDIA E DELLE SUE STRUTTURE - OSPEDALI DI COMUNITÀ” – CUP I24E21018890001, I64E22000500006, I78I22000220006, I31B21006980001. PRESA D’ATTO DEL COMPLETAMENTO E DELL’ATTIVAZIONE DEI SERVIZI. MODIFICHE E INTEGRAZIONI DELIBERE NN. 861/2026, 913/2026, 862/2026, 1029/2026.

Il Responsabile dell'UOS Innovazione e Sviluppo Organizzativo, nonché Responsabile Unico PNRR riferisce:

Richiamate le delibere NN. 861/2026, 913/2026, 862/2026, 1029/2026 aventi ad oggetto: Next Generation Eu - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – “M6C1-11 “Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche” Investimento: M6C1 I1.3 – Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali Di Comunità” – CUP I24E21018890001, I64E22000500006, I78I22000220006, I31B21006980001. Presa d’atto del completamento e dell’attivazione dei Servizi.

Dato atto che, con comunicazione del 05/08/2026, il Ministero competente ha trasmesso nuove indicazioni operative finalizzate all’aggiornamento dei template relativi agli Ospedali di Comunità, interessando, nello specifico, le strutture di Lonigo, Noventa Vicentina, Valdagno e San Felice di Vicenza;

Dato atto, altresì, che, in applicazione delle suddette indicazioni ministeriali, si è reso necessario procedere all’aggiornamento dei relativi template e alla conseguente sostituzione degli allegati 2 bis precedentemente pubblicati, al fine di assicurare la conformità della documentazione alle indicazioni ministeriali sopravvenute;

Ritenuto pertanto, con il presente provvedimento, di modificare le deliberazioni NN. 861/2026, 913/2026, 862/2026, 1029/2026 del 20/05/2026, sostituendo integralmente gli allegati 2 bis erroneamente pubblicati con i corretti template relativi agli Ospedali di Comunità di Lonigo, Noventa Vicentina, Valdagno e San Felice di Vicenza che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il medesimo Direttore ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

**IL DIRETTORE GENERALE
DELIBERA**

Per tutto quanto suindicato e che qui si intende integralmente richiamato:

1. di modificare e integrare, per le motivazioni espresse in premessa, le deliberazioni NN. 861/2026, 913/2026, 862/2026 e 1029/2026 del 20/05/2026, mediante la sostituzione integrale dei relativi allegati 2 bis con i nuovi template aggiornati relativi, rispettivamente, agli Ospedali di Comunità di Lonigo, Noventa Vicentina, Valdagno e San Felice di Vicenza, allegati al presente provvedimento quali parti integranti e sostanziali;
2. di dare atto che la sostituzione degli allegati di cui al precedente punto non comporta modifiche al contenuto sostanziale delle deliberazioni NN. 861/2026, 913/2026, 862/2026 e 1029/2026, che restano confermate in ogni altra loro parte;

3. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo
(dott. Roberto Opizzi)

Il Direttore Sanitario
(dr. Alberto Rigo)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari
(dott. Leopoldo Ciato)

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Peter Assembergs)

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI

TEMPLATE

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ «VICENZA»

(Modello di riferimento conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3)

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Il presente documento ha l'obiettivo di descrivere il modello organizzativo, funzionale e assistenziale dell'Ospedale di Comunità, in coerenza con quanto previsto dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 e nell'ambito degli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 “Salute”, Componente 1, Investimento 1.3.

Il DM 77/2022 definisce il nuovo modello di assistenza territoriale, ponendo al centro la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. In tale contesto, l'Ospedale di Comunità rappresenta una struttura sanitaria intermedia, finalizzata a garantire assistenza a pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero per acuti ma che non possono essere adeguatamente seguiti al domicilio.

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità «VICENZA»
Sede	Corso SS. Felice e Fortunato, Vicenza (VI)
CUP	I31B21006980001
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	18/05/2026

* da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione e servizi offerti

Scheda di progetto

L'intervento si inserisce nell'ambito del PNRR – Missione 6 Salute e ha l'obiettivo di rafforzare la rete delle cure intermedie attraverso la realizzazione di un setting assistenziale dedicato alla continuità delle cure tra ospedale e territorio.

Obiettivi e mission

L'Ospedale di Comunità (OdC) si inserisce nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire una presa in carico appropriata, continuativa e temporanea di pazienti clinicamente stabilizzati ma con bisogni assistenziali non gestibili a domicilio.

La mission è orientata a:

- garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- favorire il recupero funzionale e delle autonomie
- supportare dimissioni protette
- ridurre ricoveri impropri e riospedalizzazioni

Riferimento normativo e collocazione nel sistema

Il modello è coerente con:

- DM 77/2022
- PNRR – Missione 6
- DGR Veneto (1887/2019, 695/2025, 38/2026)

L'OdC rappresenta un nodo intermedio della rete territoriale, integrato con:

- ospedali per acuti
- cure primarie
- assistenza domiciliare
- servizi sociali

Descrizione del bacino di utenza

L'Ospedale di Comunità di Vicenza si inserisce nel contesto dell'Azienda ULSS di riferimento, servendo un bacino di utenza caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e da una crescente prevalenza di patologie croniche.

Il territorio dell'ULSS 8 Berica presenta:

- una quota significativa di popolazione anziana : ≥ 65 anni: ~23%
- un elevato indice di vecchiaia : 186,6
- una diffusione rilevante di condizioni di fragilità socio-sanitaria: famiglie unipersonali: ~28%

Tali elementi determinano un aumento della domanda di servizi di cure intermedie e rendono necessario lo sviluppo di modelli assistenziali integrati e orientati alla continuità delle cure.

Descrizione della struttura

La struttura è progettata per garantire un ambiente assistenziale adeguato, sicuro e orientato al recupero funzionale ed è collocato al **piano terra** :

- dispone di **12 posti letto**;
- è organizzato con **stanze di degenza doppie e singole** dotate di servizi igienici;
- l'ambiente è orientato alla sicurezza, recupero funzionale e assistenza a bassa intensità clinica.

Sono disponibili servizi diagnostici e specialistici ospedalieri (radiologia, laboratorio, consulenze), le dotazioni tecnologiche sono coerenti con il livello assistenziale previsto e comprendono strumenti per il monitoraggio clinico di base e per l'assistenza infermieristica.

3. Organizzazione del Personale

Dotazione organica

L'assistenza è garantita da un'équipe multidisciplinare composta da:

- **Infermieri:** ~7 unità FTE (di cui un Coordinatore infermieristico con funzioni di coordinamento di percorso)
- **OSS:** ~ 8 unità FTE
- **Medico:** 4,5 ore/die per 6 giorni/settimana
- **Altri professionisti:** fisioterapista

Turnistica

L'organizzazione del personale è strutturata per garantire continuità assistenziale:

- Infermieri: H24 su 3 turni
- OSS: copertura H24
- Medico: presenza programmata e attivazione continuità assistenziale

Organizzazione assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica rappresenta l'asse portante del modello organizzativo ed è orientata alla presa in carico globale del paziente.

Le principali attività comprendono:

- valutazione dei bisogni assistenziali
- gestione della terapia farmacologica
- monitoraggio dei parametri clinici
- prevenzione del rischio clinico (cadute, lesioni da pressione, delirium)
- educazione sanitaria del paziente e del caregiver

Si sviluppa nel seguente modo:

- Modello modulare per settori
- Infermiere di riferimento per turno
- Funzione di case manager per coordinamento percorso

Organizzazione assistenza medica

- Presenza programmata
- Responsabilità clinica, terapeutica e documentale
- Attivazione consulenze specialistiche e diagnostiche

Organizzazione assistenza riabilitativa

- Attivata su valutazione fisiiatrica
- Frequenza: 3–5 sedute/settimana
- Attività:
 - mobilizzazione
 - training del cammino
 - riattivazione funzionale
 - educazione caregiver

Operatività della struttura e servizi erogati

L'OdC garantisce:

- assistenza infermieristica continuativa
- monitoraggio clinico
- somministrazione terapia
- prevenzione complicanze (cadute, LdP, delirium)
- riattivazione funzionale
- educazione terapeutica
- attivazione servizi territoriali

4. Definizione Macro-Aree

L'organizzazione degli spazi dell'Ospedale di Comunità è definita in coerenza con quanto previsto dal Documento di Indirizzo per il meta-progetto dell'Ospedale di Comunità (Age.na.s, 2022), che prevede una suddivisione funzionale in macro-aree, finalizzata a garantire efficienza operativa, appropriatezza assistenziale e qualità degli ambienti.

La struttura è pertanto articolata nelle seguenti macro-aree:

Macro-area degenza

La macro-area di degenza rappresenta il nucleo centrale dell'attività assistenziale ed è destinata all'erogazione dei servizi sanitari rivolti ai pazienti presi in carico.

Essa comprende:

- Camere di degenza, organizzate in stanze singole o doppie, dotate di servizi igienici e attrezzature per l'assistenza di base
- Ambulatori per visite mediche, valutazioni cliniche e attività di monitoraggio
- Aree per la riabilitazione, destinate allo svolgimento di attività fisioterapiche e di recupero funzionale
- Spazi per il personale sanitario, inclusi locali per attività infermieristiche e mediche.

Tali ambienti sono progettati per garantire un livello assistenziale adeguato a pazienti a bassa intensità clinica, favorendo al contempo il comfort, la sicurezza e la continuità delle cure.

Macro-area servizi generali e logistici

La macro-area dei servizi generali e logistici comprende l'insieme degli spazi e delle funzioni non direttamente sanitarie, ma essenziali per il corretto funzionamento della struttura.

In particolare include:

- Aree di accoglienza e front-office, dedicate all'ingresso, orientamento e supporto degli utenti e dei familiari
- Spogliatoi per il personale, distinti per funzioni e conformi alle normative vigenti

- Aree relax e spazi comuni, destinati sia agli operatori sia agli utenti, per favorire il benessere organizzativo
- Magazzini e depositi, per lo stoccaggio di materiali sanitari e non sanitari
- Locali tecnici e impiantistici, necessari alla gestione delle infrastrutture (impianti elettrici, termici, ecc.)

Questa macro-area garantisce il supporto logistico e organizzativo indispensabile per l'erogazione dei servizi sanitari, contribuendo all'efficienza complessiva della struttura.

La distribuzione degli spazi per macro-aree è rappresentata nella planimetria allegata, nella quale sono evidenziate le diverse funzioni secondo una logica integrata, orientata all'efficienza dei percorsi assistenziali, alla sicurezza e al comfort degli utenti e degli operatori. (Allegato 1)

5. Modello organizzativo

Il modello organizzativo è basato sulla presa in carico globale del paziente e sulla collaborazione tra professionisti, attraverso la definizione di percorsi assistenziali personalizzati e condivisi.

Criteri di eleggibilità ed esclusione

Eleggibili:

- pazienti clinicamente stabilizzati
- multimorbilità
- bisogni assistenziali non gestibili a domicilio
- necessità di riattivazione o educazione caregiver

Non eleggibili:

- instabilità clinica
- necessità di monitoraggio intensivo
- bisogni diagnostico-terapeutici complessi

Gestione degli ingressi

- Segnalazione da ospedale o territorio
- Invio alla COT con SVAMA
- Valutazione appropriatezza da Direttore di Distretto (o delegato)
- Definizione priorità e inserimento

Obiettivi del ricovero e PAI

Il ricovero è finalizzato a:

- stabilizzazione
- recupero autonomia
- preparazione dimissione

Il PAI:

- è definito all'ingresso
- è multidisciplinare
- contiene obiettivi, interventi, tempi e responsabilità
- è condiviso con paziente e caregiver

Gestione del ricovero

Il percorso prevede:

- valutazione multidimensionale
- interventi assistenziali integrati
- monitoraggio continuo
- attivazione risorse (ADI, ausili, servizi sociali)

Figura chiave: **Infermiere Case Manager**

Gestione delle dimissioni

- pianificate fin dall'ingresso
- condivise con paziente e famiglia
- attivazione:
 - ADI
 - servizi territoriali
 - strutture residenziali (se necessario)

Obiettivo: continuità assistenziale e riduzione riospedalizzazioni.

6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

Cartella clinico-assistenziale

Sistema informatizzato che registra diario clinico e infermieristico, scale valutative, PAI utilizzando i sistemi regionali Atlante e Advenias.

- **cartaceo:** diario clinico e scale valutative

Integrazione sistemi

- inserimento dati per flussi regionali
- gestione tramite piattaforme aziendali
- evoluzione prevista verso cartella completamente digitale

Chiusura e conservazione cartella

- cartella cartacea: archiviazione secondo normativa
- cartella informatica: chiusura alla dimissione
- comunicazione automatica alla COT per turnover posti letto

Monitoraggio e rendicontazione

Indicatori principali:

- tempo di accesso
- PAI entro 24h
- durata degenza
- riospedalizzazione 30 gg
- attivazione ADI
- tasso occupazione posti letto

Finalità:

- valutazione qualità assistenziale
- appropriatezza
- sostenibilità del servizio

7. Integrazione con altri Servizi

L'Ospedale di Comunità (OdC) è pienamente integrato nella rete delle cure intermedie aziendali, in stretto raccordo con la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, che rappresenta il nodo organizzativo di coordinamento dei percorsi assistenziali.

La COT garantisce:

- la gestione delle richieste di accesso all'OdC
- la verifica dei criteri di eleggibilità attraverso la valutazione multidimensionale (SVAMA)
- la gestione e lo scorrimento delle liste di attesa
- il coordinamento dei trasferimenti tra ospedale, territorio e strutture intermedie

- l'attivazione dei percorsi di dimissione protetta

L'accesso all'OdC può avvenire da:

- strutture ospedaliere per acuti o riabilitative
- Case di Cura convenzionate
- domicilio, su proposta del Medico di Assistenza Primaria

La richiesta di inserimento viene trasmessa alla COT corredata da documentazione clinico-assistenziale (richiesta OdC e SVAMA sanitaria e cognitivo-funzionale), sulla base della quale viene effettuata la valutazione di appropriatezza.

Il processo di presa in carico prevede:

- verifica dell'eleggibilità del paziente
- definizione del progetto assistenziale preliminare e della durata della degenza
- eventuale attivazione di percorsi di accesso rapido per pazienti eleggibili

Durante la degenza, il raccordo con la rete territoriale è garantito attraverso:

- collaborazione con Cure Primarie e Medici di Assistenza Primaria
- eventuale attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)
- coinvolgimento dei servizi sociali e riabilitativi

In fase di dimissione, la COT assicura la continuità assistenziale attraverso:

- attivazione di assistenza domiciliare (ADI)
- inserimento in strutture residenziali, se necessario
- coordinamento con i servizi territoriali per la presa in carico post-ricovero

Tale modello organizzativo consente un'integrazione efficace tra i diversi livelli di assistenza, garantendo appropriatezza dei percorsi, continuità delle cure e ottimizzazione delle risorse, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla normativa regionale vigente.

Allegati

1. Planimetria
2. Istruzione Operativa 2 Allestimento e gestione carrello emergenza borsa di primo soccorso e defibrillatore"
3. Istruzione Operativa "Percorso riabilitativo estensivo e promozione del recupero delle autonomie in Ospedale di Comunità"
4. Istruzione operativa "Gestione del paziente instabile in Ospedale di comunità"

Luogo e Data



Nominativo e Firma digitale

SILVIA MANEA
12/08/2026 12:15:41 UTC+0200

TEMPLATE

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ «LONIGO»

(Modello di riferimento conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3)

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Il presente documento ha l'obiettivo di descrivere il modello organizzativo, funzionale e assistenziale dell'Ospedale di Comunità di Lonigo, in coerenza con quanto previsto dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 e nell'ambito degli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 “Salute”, Componente 1, Investimento 1.3.

Il DM 77/2022 definisce il nuovo modello di assistenza territoriale, ponendo al centro la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. In tale contesto, l'Ospedale di Comunità rappresenta una struttura sanitaria intermedia, finalizzata a garantire assistenza a pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero per acuti ma che non possono essere adeguatamente seguiti al domicilio.

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità «Lonigo»
Sede	Via Sisana, 1 Lonigo (VI)
CUP	I24E21018890001
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	18/05/2026

* da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione e servizi offerti

Scheda di progetto

L'intervento si inserisce nell'ambito del PNRR – Missione 6 Salute e ha l'obiettivo di rafforzare la rete delle cure intermedie attraverso la realizzazione di un setting assistenziale dedicato alla continuità delle cure tra ospedale e territorio.

Obiettivi e mission

L'Ospedale di Comunità (OdC) si inserisce nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire una presa in carico appropriata, continuativa e temporanea di pazienti clinicamente stabilizzati ma con bisogni assistenziali non gestibili a domicilio.

La mission è orientata a:

- garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- favorire il recupero funzionale e delle autonomie
- supportare dimissioni protette
- ridurre ricoveri impropri e riospedalizzazioni

Riferimento normativo e collocazione nel sistema

Il modello è coerente con:

- DM 77/2022
- PNRR – Missione 6
- DGR Veneto (1887/2019, 695/2025, 38/2026)

L'OdC rappresenta un nodo intermedio della rete territoriale, integrato con:

- ospedali per acuti
- cure primarie
- assistenza domiciliare
- servizi sociali

Descrizione del bacino di utenza

L'Ospedale di Comunità di Lonigo si inserisce nel contesto dell'Azienda ULSS di riferimento, servendo un bacino di utenza caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e da una crescente prevalenza di patologie croniche.

Il territorio dell'ULSS 8 Berica presenta:

- una quota significativa di popolazione anziana: ≥ 65 anni: ~23%
- un elevato indice di vecchiaia: 186,6
- una diffusione rilevante di condizioni di fragilità socio-sanitaria: famiglie unipersonali: ~28%

Tali elementi determinano un aumento della domanda di servizi di cure intermedie e rendono necessario lo sviluppo di modelli assistenziali integrati e orientati alla continuità delle cure.

Descrizione della struttura

La struttura è progettata per garantire un ambiente assistenziale adeguato, sicuro e orientato al recupero funzionale ed è collocato al **2° piano del presidio ospedaliero**:

- dispone di **24 posti letto**;
- è organizzato con **stanze di degenza doppie e singole** dotate di servizi igienici;
- l'ambiente è orientato alla sicurezza, recupero funzionale e assistenza a bassa intensità clinica.

Sono disponibili servizi diagnostici e specialistici ospedalieri (radiologia, laboratorio, consulenze), le dotazioni tecnologiche sono coerenti con il livello assistenziale previsto e comprendono strumenti per il monitoraggio clinico di base e per l'assistenza infermieristica.

3. Organizzazione del Personale

Dotazione organica

In coerenza con le DGR regionali vigenti, l'assistenza è garantita da un'équipe multidisciplinare composta da:

- **Infermieri**: ~11 unità FTE (di cui 1 Infermiere Case Manager)
- **OSS**: ~13 unità FTE
- **Medico**: 4,5 ore/die per 6 giorni/settimana
- **Altri professionisti**: fisioterapista, logopedista, assistente sociale

Turnistica

L'organizzazione del personale è strutturata per garantire continuità assistenziale:

- Infermieri: H24 su 3 turni
- OSS: copertura H24
- Medico: presenza programmata e attivazione continuità assistenziale

Organizzazione assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica rappresenta l'asse portante del modello organizzativo ed è orientata alla presa in carico globale del paziente.

Le principali attività comprendono:

- valutazione dei bisogni assistenziali
- gestione della terapia farmacologica
- monitoraggio dei parametri clinici
- prevenzione del rischio clinico (cadute, lesioni da pressione, delirium)

- educazione sanitaria del paziente e del caregiver

Si sviluppa nel seguente modo:

- Modello modulare per settori
- Infermiere di riferimento per turno
- Funzione di **case manager** per coordinamento percorso

Organizzazione assistenza medica

- Presenza programmata
- Responsabilità clinica, terapeutica e documentale
- Attivazione consulenze specialistiche e diagnostiche

Organizzazione assistenza riabilitativa

- Attivata su valutazione fisiatrica
- Frequenza: 3–5 sedute/settimana
- Attività:
 - mobilizzazione
 - training del cammino
 - riattivazione funzionale
 - educazione caregiver

Operatività della struttura e servizi erogati

L'OdC garantisce:

- assistenza infermieristica continuativa
- monitoraggio clinico
- somministrazione terapia
- prevenzione complicanze (cadute, LdP, delirium)
- riattivazione funzionale
- educazione terapeutica
- attivazione servizi territoriali

4. Definizione Macro-Aree

L'organizzazione degli spazi dell'Ospedale di Comunità di Lonigo è definita in coerenza con quanto previsto dal Documento di Indirizzo per il metaprogetto dell'Ospedale di Comunità (Age.na.s, 2022), che prevede una suddivisione funzionale in macro-aree, finalizzata a garantire efficienza operativa, appropriatezza assistenziale e qualità degli ambienti.

La struttura è pertanto articolata nelle seguenti macroaree:

Macro-area degenza

La macro-area di degenza rappresenta il nucleo centrale dell'attività assistenziale ed è destinata all'erogazione dei servizi sanitari rivolti ai pazienti presi in carico.

Essa comprende:

- Camere di degenza, organizzate in stanze singole o doppie, dotate di servizi igienici e attrezzature per l'assistenza di base
- Ambulatori per visite mediche, valutazioni cliniche e attività di monitoraggio
- Aree per la riabilitazione, destinate allo svolgimento di attività fisioterapiche e di recupero funzionale
- Spazi per il personale sanitario, inclusi locali per attività infermieristiche e mediche.

Tali ambienti sono progettati per garantire un livello assistenziale adeguato a pazienti a bassa intensità clinica, favorendo al contempo il comfort, la sicurezza e la continuità delle cure.

Macro-area servizi generali e logistici

La macro-area dei servizi generali e logistici comprende l'insieme degli spazi e delle funzioni non direttamente sanitarie, ma essenziali per il corretto funzionamento della struttura.

In particolare, include:

- Aree di accoglienza e front-office, dedicate all'ingresso, orientamento e supporto degli utenti e dei familiari
- Spogliatoi per il personale, distinti per funzioni e conformi alle normative vigenti
- Aree relax e spazi comuni, destinati sia agli operatori sia agli utenti, per favorire il benessere organizzativo
- Magazzini e depositi, per lo stoccaggio di materiali sanitari e non sanitari
- Locali tecnici e impiantistici, necessari alla gestione delle infrastrutture (impianti elettrici, termici, ecc.)

Questa macro-area garantisce il supporto logistico e organizzativo indispensabile per l'erogazione dei servizi sanitari, contribuendo all'efficienza complessiva della struttura.

La distribuzione degli spazi per macro-aree è rappresentata nella planimetria allegata, nella quale sono evidenziate le diverse funzioni secondo una logica integrata, orientata all'efficienza dei percorsi assistenziali, alla sicurezza e al comfort degli utenti e degli operatori.

5. Modello organizzativo

Il modello organizzativo è basato sulla presa in carico globale del paziente e sulla collaborazione tra professionisti, attraverso la definizione di percorsi assistenziali personalizzati e condivisi.

Criteri di eleggibilità ed esclusione

Eleggibili:

- pazienti clinicamente stabilizzati
- multimorbilità
- bisogni assistenziali non gestibili a domicilio
- necessità di riattivazione o educazione caregiver

Non eleggibili:

- instabilità clinica
- necessità di monitoraggio intensivo
- bisogni diagnostico-terapeutici complessi

Gestione degli ingressi

- Segnalazione da ospedale o territorio
- Invio alla **COT** con SVAMA
- Valutazione appropriatezza da Direttore di Distretto (o delegato)
- Definizione priorità e inserimento

Obiettivi del ricovero e PAI

Il ricovero è finalizzato a:

- stabilizzazione
- recupero autonomia
- preparazione dimissione

Il **PAI**:

- è definito all'ingresso
- è multidisciplinare
- contiene obiettivi, interventi, tempi e responsabilità
- è condiviso con paziente e caregiver

Gestione del ricovero

Il percorso prevede:

- valutazione multidimensionale
- interventi assistenziali integrati
- monitoraggio continuo
- attivazione risorse (ADI, ausili, servizi sociali)

Figura chiave: **Infermiere Case Manager**

Gestione delle dimissioni

- pianificate fin dall'ingresso
- condivise con paziente e famiglia
- attivazione:
 - ADI
 - servizi territoriali
 - strutture residenziali (se necessario)

Obiettivo: continuità assistenziale e riduzione riospedalizzazioni.

6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

Cartella clinico-assistenziale

Sistema misto:

- **cartaceo**: diario clinico e scale valutative
- **informatizzato**: sistemi regionali (Atlante, Advenias)

Integrazione sistemi

- inserimento dati per flussi regionali
- gestione tramite piattaforme aziendali
- evoluzione prevista verso cartella completamente digitale

Chiusura e conservazione cartella

- cartella cartacea: archiviazione secondo normativa
- cartella informatica: chiusura alla dimissione
- comunicazione automatica alla COT per turnover posti letto

Monitoraggio e rendicontazione

Indicatori principali:

- tempo di accesso
- PAI entro 24h
- durata degenza

- riospedalizzazione 30 gg
- attivazione ADI
- tasso occupazione posti letto

Finalità:

- valutazione qualità assistenziale
- appropriatezza
- sostenibilità del servizio

7. Integrazione con altri Servizi

L'Ospedale di Comunità (OdC) è pienamente integrato nella rete delle cure intermedie aziendali, in stretto raccordo con la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, che rappresenta il nodo organizzativo di coordinamento dei percorsi assistenziali.

La COT garantisce:

- la gestione delle richieste di accesso all'OdC
- la verifica dei criteri di eleggibilità attraverso la valutazione multidimensionale (SVAMA)
- la gestione e lo scorrimento delle liste di attesa
- il coordinamento dei trasferimenti tra ospedale, territorio e strutture intermedie
- l'attivazione dei percorsi di dimissione protetta

L'accesso all'OdC può avvenire da:

- strutture ospedaliere per acuti o riabilitative
- Case di Cura convenzionate
- domicilio, su proposta del Medico di Assistenza Primaria

La richiesta di inserimento viene trasmessa alla COT corredata da documentazione clinico-assistenziale (richiesta OdC e SVAMA sanitaria e cognitivo-funzionale), sulla base della quale viene effettuata la valutazione di appropriatezza.

Il processo di presa in carico prevede:

- verifica dell'eleggibilità del paziente
- definizione del progetto assistenziale preliminare e della durata della degenza
- eventuale attivazione di percorsi di accesso rapido per pazienti eleggibili

Durante la degenza, il raccordo con la rete territoriale è garantito attraverso:

- collaborazione con Cure Primarie e Medici di Assistenza Primaria
- eventuale attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)
- coinvolgimento dei servizi sociali e riabilitativi

In fase di dimissione, la COT assicura la continuità assistenziale attraverso:

- attivazione di assistenza domiciliare (ADI)
- inserimento in strutture residenziali, se necessario

- coordinamento con i servizi territoriali per la presa in carico post-ricovero

Tale modello organizzativo consente un'integrazione efficace tra i diversi livelli di assistenza, garantendo appropriatezza dei percorsi, continuità delle cure e ottimizzazione delle risorse, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla normativa regionale vigente.

Allegati

1. Planimetria
2. Istruzione operativa "Percorso riabilitativo estensivo e promozione del recupero delle autonomie in Ospedale di Comunità"
3. Istruzione operativa "Percorso strutturato per richiesta prestazioni strumentali e consulenze specialistiche in Ospedale di Comunità"
4. Istruzione operativa "Percorso strutturato per richiesta ed esecuzione prestazioni ematochimiche in Ospedale di Comunità"
5. Istruzione operativa "Gestione del paziente instabile in Ospedale di comunità"
6. Procedura operativa per l'attivazione e l'attività del medico anestesista/rianimatore presso il P.O. di Lonigo

Luogo e data

Nominativo e Firma digitale



SILVIA MANEA
12/08/2026 12:40:36 UTC+0200

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

UOC Anestesia e Rianimazione - Vicenza
UOC Direzione Medica - Arzignano Montecchio

**PROCEDURA OPERATIVA PER
L'ATTIVAZIONE E L'ATTIVITA' DEL MEDICO
ANESTESISTA/RIANIMATORE PRESSO IL P.O.
DI LONIGO**

Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	DMO-PO-53
Preparazione	Coordinatore GdL Direttore Dott.ssa Sara Mondino Direttore Dott. Vinicio Danzi
Verifica	Resp. UOS Qualità Dott. Marcello Mezzasalma f.to
Approvazione	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Dott. Vinicio Danzi f.to Direttore UOC Direzione Medica Arzignano - Montecchio Dott.ssa Sara Mondino f.to
Rev. 0	Data 25/11/2025

INDICE

1. PREMESSA	3
2. GRUPPO DI LAVORO	3
3. GLOSSARIO E ACRONIMI	3
4. SCOPO	3
5. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
6. GESTIONE DELLE EMERGENZE EXTRAOSPEDALIERE (EEO)	4
6.1 Modalità di Attivazione	4
6.2 Copertura del Presidio	4
7. GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE (EIO)	4
7.1 Modalità di Attivazione	4
7.2 Criteri di Attivazione	4
7.3 Copertura in Caso di Assenza	5
8. GESTIONE DI EMERGENZE CONTEMPORANEE	5
9. COLLABORAZIONI E COMUNICAZIONI INTERNE	5
10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	5
11. DOCUMENTAZIONE CORRELATA	5
12. ANNOTAZIONI	6

1. PREMESSA

L'attivazione del Medico Anestesista/Rianimatore in servizio presso il P.O. Struttura Riabilitativa di Lonigo per le emergenze intra ed extraospedaliere avviene **esclusivamente tramite la Centrale Operativa SUEM**, che utilizza una linea telefonica dedicata (cellulare), o radio come sistema di backup. In questo modo, la CO SUEM è costantemente informata sull'impiego del Medico Anestesista/Rianimatore in attività di emergenza o urgenza.

2. GRUPPO DI LAVORO

Dott. Vinicio Danzi	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Vicenza
Dott.ssa Sara Mondino	Direttore UOC Direzione Medica Arzignano-Montecchio
Dott. Efrem Bonaldi	Dirigente Medico - UOC Anestesia e Rianimazione Vicenza
Dott.ssa Silvia Bolcato	Dirigente Medico - UOC Direzione Medica Arzignano-Montecchio
Coord. Adriana Dal Maso	Coord. UOC Direzione P.O. Lonigo
Coord. Valentina Buson	Coord. PPI Lonigo

3. GLOSSARIO E ACRONIMI

EIO: Emergenza intraospedaliera

EEO: Emergenza extraospedaliera

P.O.: Presidio Ospedaliero

CO: Centrale Operativa

P.P.I.: Punto di Primo Intervento

U.O/UU.OO: Unità Operativa/Unità Operative

TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio

ASO: Accertamento Sanitario Obbligatorio

M.E.T.: Medical Emergency Team

4. SCOPO

La presente procedura ha l'obiettivo di stabilire in modo chiaro le modalità di attivazione e le regole operative riguardanti il Medico Anestesista/Rianimatore presso il Presidio Ospedaliero di Lonigo, con particolare riferimento alla gestione delle emergenze intraospedaliere (EIO) ed extraospedaliere (EEO).

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica ai seguenti soggetti:

- Medici Anestesisti/Rianimatori in servizio presso il P.O. di Lonigo
- Personale infermieristico del presidio
- Centrale Operativa SUEM (CO SUEM)
- Medici del Punto di Primo Intervento (PPI)
- Personale delle Unità Operative (UU.OO.) del presidio

6. GESTIONE DELLE EMERGENZE EXTRAOSPEDALIERE (EEO)

6.1 Modalità di Attivazione

Per le emergenze extraospedaliere, l'attivazione avviene tramite la CO SUEM, secondo i seguenti criteri:

Codice	Esempio	Team	Azione
ROSSO	-	Medico Anestesista + Infermiere	Uscita immediata per EEO
GIALLO con necessità di presenza Medica	TSO, ASO con richiesta presenza medica	Medico Anestesista + Infermiere	Uscita sul posto

6.2 Copertura del Presidio

Durante l'impegno extraospedaliero del Medico Anestesista, il presidio viene coperto dal Medico del PPI per eventuali emergenze o urgenze interne. L'attivazione del Medico del PPI avviene tramite una linea telefonica dedicata dalla CO SUEM.

7. GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE (EIO)

7.1 Modalità di Attivazione

Secondo il Protocollo Aziendale di EIO, **l'attivazione di un'emergenza o urgenza intraospedaliera presso il P.O. di Lonigo avviene tramite chiamata al numero 753118 (linea dedicata) da telefono interno, oppure al 118 da cellulare.**

La CO SUEM attiva il Medico Anestesista/Rianimatore tramite la linea dedicata, avviando immediatamente una **teleconferenza** tra chiamante, CO SUEM e Anestesista/Rianimatore.

Il Medico Anestesista/Rianimatore:

- si dota dello zaino di emergenza e il monitor/defibrillatore ubicati presso il PPI
- opera come **consulente** presso l'unità operativa richiedente: esegue valutazione clinica e manovre di emergenza/urgenza, coadiuvato dal personale medico/infermieristico dell'U.O. richiedente, e decide la necessità di trasferimento del paziente; in caso di necessità, può richiedere supporto da altro personale in loco;

- compila la "**Scheda Intervento MET**", che viene inserita nella cartella clinica del paziente dal personale richiedente. Il personale dell'U.O. richiedente contatta il proprio Medico referente e/o reperibile per ulteriori necessità.

Le attività che non siano emergenti/urgenti presso l'Ospedale di Lonigo non sono di competenza del Medico Anestesista/Rianimatore.

7.2 Criteri di Attivazione

Il Medico Anestesista/Rianimatore viene attivato per EIO in presenza di condizioni cliniche di emergenza o urgenza, quali:

- **Compromissione delle funzioni vitali:** perdita di coscienza protratta, insufficienza respiratoria, desaturazione persistente, instabilità emodinamica (ipotensione o ipertensione protratte), aritmie prolungate con instabilità emodinamica
- **Instabilità persistente delle funzioni vitali**

Si raccomanda, da parte del reparto, l'utilizzo **dell'Early Warning Score (ad esempio NEWS2)** per la valutazione, il monitoraggio e la sorveglianza dei pazienti.

7.3 Copertura in Caso di Assenza

Se il Medico Anestesista è impegnato in EEO e si verifica una EIO presso il presidio, interviene il Medico del PPI.

8. GESTIONE DI EMERGENZE CONTEMPORANEE

In caso di compresenza di due emergenze (EIO + EEO) entrambe in Codice Rosso, il Medico Anestesista/Rianimatore impegnato in EIO può essere contattato dalla CO SUEM per il confronto e la definizione della priorità. La chiamata, su linea registrata, sarà decisa dal Medico Coordinatore della CO SUEM in base alla situazione e alla disponibilità di mezzi extraospedalieri limitrofi. **Generalmente, viene data priorità all'emergenza intraospedaliera.**

9. COLLABORAZIONI E COMUNICAZIONI INTERNE

Il Medico Anestesista può essere contattato dai colleghi del PPI come consulente in caso di emergenza o urgenza, specialmente in presenza di instabilità dei parametri vitali non risolvibile o di compromissione delle funzioni vitali.

L'Ospedale di Comunità, ODC, in quanto nodo dell'Assistenza Territoriale, è di Competenza della Medicina Territoriale e della Continuità Assistenziale con relativa attivazione secondo orari e le modalità previste. In quanto tale, il Medico Anestesista/Rianimatore interviene solo in caso di Emergenza/Urgenza (Codice Rosso), con attivazione tramite C.O. SUEM.

I Medici di Presidio, prima di lasciare il nosocomio, possono segnalare, se lo ritengono opportuno, eventuali criticità tra i pazienti di competenza.

10. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il nuovo assetto organizzativo che prevede la presenza del Medico Anestesista presso il P.O. di Lonigo sarà monitorato per almeno tre mesi. In questo periodo saranno valutati la frequenza e la tipologia degli interventi EIO/EEO, i tempi di risposta ed eventuali criticità operative.

11. DOCUMENTAZIONE CORRELATA

- Istruzione Operativa per l'Emergenza IntraOspedaliera
- Scheda Intervento M.E.T.
- Registro attività Anestesista P.O. Lonigo (foglio elettronico su computer dei locali di stazionamento del Medico Anestesista/Rianimatore)
- Protocollo CO SUEM per attivazioni intra/extraospedaliere presso P.O. di Lonigo.

12. INDICATORI DI EFFICACIA ED EFFICIENZA

Monitoraggio delle chiamate di attivazione a distanza di uno - tre mesi dall'attivazione della nuova organizzazione.

13. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

DGR 245/2017 - Allegato B

Royal College of Physicians: National Early Warning Score (NEWS) 2 - Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. London: RCP, 2017

14. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

01/12/2025.

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

OSPEDALE DI COMUNITA' LONIGO

ISTRUZIONE OPERATIVA

**GESTIONE DEL PAZIENTE INSTABILE IN OSPEDALE
DI COMUNITA'**

Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	
Redazione/Stesura	Coordinatore GdL Dott. Davide Navetti
Verifica	Responsabile UOSD Qualità Dott. Marcello Mezzasalma
Approvazione	Direttore Dott.
Rev.	Data
Riconferma	Responsabile Data

Sommario

1. PREMESSA	2
2. GRUPPO DI LAVORO	2
3. DESCRIZIONE ASSETTO ORGANIZZATIVO OSPEDALE DI COMUNITA' DI LONIGO	3
3.1. Gestione dell'Instabilità Clinica	3
3.2. Supporto Medico Integrativo	3
4. GLOSSARIO E ACRONIMI	4
5. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	4
6. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)	4
7. ELENCO DELLE AZIONI	4
7.1. Monitoraggio Clinico e Scala NEWS	4
7.2. Livelli di Allerta e Monitoraggio	5
7.3. Il Responsabile Medico della Struttura	5
7.4. Gestione dell'Instabilità Clinica e delle Urgenze	5
7.5. Procedura da adottare in caso di necessità di trasferimento	6
7.6. Matrice delle Responsabilità	7
8. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE E REVISIONE	7
9. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	7
10. RIFERIMENTI	7
11. IDENTIFICAZIONE DELLE MODIFICHE (solo per le revisioni successive alla prima stesura)	7

1. PREMESSA

L'OdC accoglie pazienti stabilizzati ma fragili.

La presente IO definisce le azioni che il personale di assistenza deve intraprendere qualora rilevi un quadro di instabilità clinica che richieda una tempestiva valutazione medica.

Nello specifico, la procedura disciplina la gestione delle emergenze in assenza del Responsabile Clinico, al fine di garantire la stabilizzazione del paziente o l'eventuale trasferimento (per un massimo di 48-72 ore) presso strutture per acuti.

2. GRUPPO DI LAVORO

Dott. Davide Navetti	INFERMIERE	Coordinatore GdL	Prof.sanitarie. Infermieristiche - Coordinatore
Dott.ssa Tania Ambrosi	INFERMIERE	Componente GdL	Prof.sanitarie. Infermieristiche - Coordinatore
Dott. Andrea Marino	DIRIGENTE MEDICO	Componente GdL	Responsabile Clinico OdC Lonigo
Dott.ssa Silvia Bolcato	DIRIGENTE MEDICO	Componente GdL	Dirigente Medico DMO

3. DESCRIZIONE ASSETTO ORGANIZZATIVO OSPEDALE DI COMUNITA' DI LONIGO

L'Ospedale di Comunità di Lonigo/Noventa dispone di 24 posti letto, si trova al secondo piano dell'Ospedale di Lonigo.

Il personale presente ad ogni turno di lavoro nel modulo di OdC è composto da:

Turno	orari	Personale presente
Mattina	7:00 - 13:30	2 infermieri turnista* 4 OSS
Pomeriggio	13:00 - 19:00	2 infermieri turnista* 2 OSS
Notte	19:00 - 7:00	1 infermieri turnista 1 OSS
Giornata	lun.-ven. 7:30 - 15:12	1 Infermiere Case Manager
Giornata	lun.-ven. 8:00 - 15:42	1 Infermiere Coordinatore

*I turni M e P possono essere assegnati ad una unità in servizio con orario 7:00 - 19:00 (con pausa di 30')

La responsabilità del percorso clinico dei pazienti è affidata al **Responsabile Clinico della Struttura**, presente di norma dal lunedì al venerdì, dalle ore 09:00 alle ore 17:00. La gestione assistenziale continuativa è garantita dall'**équipe infermieristica**.

3.1. Gestione dell'Instabilità Clinica

In caso di instabilità clinica di un paziente, il personale infermieristico deve informare tempestivamente il Responsabile Clinico. Se presente in struttura, il medico valuta le condizioni del paziente e, qualora lo ritenga necessario, attiva la centrale operativa del S.U.E.M. per disporre il trasferimento.

Per la gestione degli **eventi maggiori**, è garantita h24 presso il Presidio Ospedaliero di Lonigo la presenza di un **medico anestesista-rianimatore**, attivabile tramite chiamata al 118 (da interno 753118).

3.2. Supporto Medico Integrativo

Oltre al Responsabile Clinico, il personale può fare riferimento a:

- **Medico del PPI di Lonigo:** Attivabile per supervisione clinica immediata qualora non siano presenti né il Responsabile Clinico né i medici di Continuità Assistenziale¹.
- **Medici di Continuità Assistenziale:** Due medici presenti nel presidio secondo gli orari di attivazione del servizio^{2*}.

¹ Orari attivazione medico PPI dal lunedì al venerdì dalle ore 17:00 alle ore 20:00, il sabato e i giorni prefestivi dalle ore 8:00 alle ore 10:00

² Il Servizio di Continuità Assistenziale presso il P.O. di Lonigo è attivo:

- dalle 20:00 alle 8:00 di tutte le notti.
- dalle 10:00 alle 20:00 tutti i sabati e i giorni prefestivi;
- dalle 8:00 alle 20:00 tutte le domeniche e i giorni festivi;

• In alcuni giorni feriali, in orari comunicati dal medico di Medicina Generale o dal Pediatra, in occasione dei corsi di aggiornamento obbligatorio o di altre attività che li coinvolgono.

4. GLOSSARIO E ACRONIMI

- **P.O.:** Presidio Ospedaliero
- **U.O.C.:** Unità Operativa Complessa;
- **O.d.C.:** Ospedale di Comunità;
- **MCA:** Medico di Continuità Assistenziale
- **O.S.S.:** Operatore Socio Sanitario;
- **NEWS:** Scala di valutazione dell'instabilità clinica del paziente (National Early Warning Score)
- **I.O.:** Istruzione Operativa;
- **S.U.E.M.:** Servizio Urgenza Emergenza Medica;
- **C.O. - S.U.E.M.:** Centrale Operativa Servizio Urgenza Emergenza Medica
- **E.B.P.:** Evidence Based Practice (Pratiche basate sull'evidenza)
- **P.S.:** Pronto Soccorso;
- **P.P.I.:** Punto di Primo Intervento;
- **I.C.M.:** Infermiere Case Manager

5. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura (IO) ha lo scopo di fornire indicazioni chiare e precise al personale dell'OdC in merito alle azioni da intraprendere in caso di instabilità clinica acuta.

Nello specifico, nel presente documento, vengono definite le modalità con le quali richiedere la valutazione clinica e il trattamento indifferibile dei pazienti qualora tale instabilità si rilevi negli orari in cui il Responsabile Clinico di Struttura non è presente. L'obiettivo è garantire la stabilizzazione del paziente e/o l'eventuale trasferimento (anche temporaneo, per un massimo di 48 ore) presso il Pronto Soccorso o altro reparto per acuti, qualora le condizioni lo rendessero necessario.

6. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

La Responsabilità del processo è assegnata Responsabile Clinico dell'OdC di Lonigo. È responsabilità del coordinatore infermieristico monitorare sulla corretta esecuzione e compilazione delle scale NEWS, per ogni ospite con condizioni cliniche non stabilizzate, o potenzialmente a rischio.

	Resp. Clinico	Inf. Coordinatore
Facilitare l'integrazione tra le risorse dedicate al processo;	R	C
Analizzare i bisogni;	R	C
Analizzare le criticità del percorso del paziente	R	C
Individuare eventuali azioni correttive e piani di miglioramento	R	C
Monitorare sulla corretta esecuzione e compilazione delle scale NEWS	C	R

Legenda: R=Responsabile; C=Coinvolto; I=Informato

7. ELENCO DELLE AZIONI

7.1. Monitoraggio Clinico e Scala NEWS

Il monitoraggio tempestivo è essenziale per individuare alterazioni delle condizioni cliniche. In linea con le **EBP (Evidence Based Practice)**, la struttura adotta la **Scala NEWS (National Early Warning Score - Allegato 1)**. L'utilizzo di questo strumento validato permette di:

- Oggettivare il grado di instabilità clinica attraverso parametri vitali standardizzati.
- Supportare la decisione di trasferimento qualora le condizioni del paziente non rispondano ai criteri di sicurezza per la permanenza in OdC.
- Prevedere potenziali rischi di criticità o mortalità.

Il personale di Assistenza una volta rilevata una situazione di potenziale instabilità clinica dovrà valutare il paziente attraverso il monitoraggio dei parametri indicati nella scala NEWS³

La scala **NEWS** (National Early Warning Score), aggiornata alla versione **NEWS2**, è uno strumento infermieristico standardizzato per valutare tempestivamente il deterioramento clinico del paziente. Basata su 7 parametri (respiro, saturazione, ossigenoterapia, pressione, polso, coscienza, temperatura), attribuisce punteggi (0-3) per identificare rischi bassi (1-4), medi (5-6) o alti (>7), guidando la frequenza dei controlli.

La scala valuta la compromissione delle funzioni vitali con un punteggio totale che può variare:

- Frequenza respiratoria
- **Saturazione periferica dell'ossigeno**: con distinzione tra scala per pazienti standard e scala per pazienti con BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva).
- **Necessità di ossigenoterapia**: +2 punti se il paziente è in ossigeno.
- Pressione arteriosa sistolica
- Frequenza cardiaca (polso)
- **Stato di coscienza**(confusione/delirium).
- Temperatura corporea.

7.2. Livelli di Allerta e Monitoraggio

Il punteggio finale definisce l'urgenza dell'intervento infermieristico e medico:

- **Punteggio 0**: Basso rischio, monitoraggio standard (es. ogni 12 ore).
- **Punteggio 1-4**: Basso rischio, monitoraggio ogni 4-6 ore.
- **Punteggio 5-6 (o 3 in un singolo parametro)**: Rischio medio, richiede valutazione medica urgente e monitoraggio almeno orario (
- **Punteggio ≥ 7**: Alto rischio, attivazione team emergenza (urgenza/rianimazione) e monitoraggio in continuo.

7.3. Il Responsabile Medico della Struttura

Il Responsabile Medico ha la responsabilità del percorso clinico dei degenti.

Orari: Di norma presente dal lunedì al venerdì, **08:30 – 17:00**.

Adempimenti: Prima del termine del servizio, provvede alla visione degli esami e all'aggiornamento delle schede terapeutiche, inclusa la prescrizione di farmaci “**al bisogno**”.

7.4. Gestione dell'Instabilità Clinica e delle Urgenze

In caso di instabilità, l'infermiere agisce secondo i seguenti criteri:

- A. Emergenza/Urgenza (NEWS ≥ 7):
 - Se presente, attivare immediatamente il **Responsabile Clinico**.
 - In assenza del medico di reparto, attivare il medico **Anestesista/Rianimatore** tramite il 118 (numero interno **753118**), come da procedura **DMO-PO-53**. La valutazione finale e l'eventuale attivazione del S.U.E.M. per il trasferimento spettano al Responsabile Clinico o all'Anestesista.
- B. **Rischio medio (NEWS 5-6 oppure 3 in un singolo parametro)**, richiede valutazione medica urgente e monitoraggio almeno orario
 - Se presente, attivare immediatamente il Responsabile Clinico;
 - Fascia Pomeridiana (17:00 – 20:00) - Assenza del Responsabile: Per situazioni che richiedono una valutazione medica non differibile ma non classificabili come emergenza (es. NEWS ≤ 3, cadute, nuova sintomatologia lieve), contattare il PPI di Lonigo ai numeri interni 431210 o 431215.
 - **Orari di Continuità Assistenziale**: In assenza del Responsabile Clinico, per valutazioni che non richiedono l'intervento dell'Anestesista, contattare il **Servizio di Continuità Assistenziale** attraverso la chiamata al Numero Unico Europeo **116117**. Il medico del

³ la NEWS Score indica la necessità Urgente di attivazione dal reparto l'alterazione di un solo parametro valutato con punteggio 3

servizio di Continuità Assistenziale valuterà il paziente e, se necessario, attiverà il S.U.E.M. o l'Anestesista.

C. **Rischio basso (NEWS 0 oppure 1-4)** non necessario intervento immediato del medico, il paziente verrà rivalutato dall'infermiere ad intervalli prestabiliti:

- **Punteggio 0:** Basso rischio, monitoraggio standard (es. ogni 12 ore).
- **Punteggio 1-4:** Basso rischio, monitoraggio ogni 4-6 ore.

Se in occasione delle rivalutazioni successive riscontra un deterioramento delle condizioni con modifiche dei punteggi si attiverà secondo quanto rilevato.

7.5.Procedura da adottare in caso di necessità di trasferimento

Nel caso in cui si renda necessario il trasferimento anche temporaneo del paziente presso altra struttura per acuti:

Fase 1: Partenza dal Reparto

In attesa del mezzo inviato dal SUEM (ambulanza medicalizzata o infermierizzata), il personale dell'OdC garantisce:

- Preparazione della Documentazione di trasferimento (fotocopia cartella clinica, diario clinico, grafica aggiornata, esami ematici recenti).
- Avviso tempestivo ai familiari.
- Consegne Cliniche:
 - **Ambulanza medicalizzata:** Passaggio di consegne tra medici.
 - **Ambulanza infermierizzata:** L'infermiere OdC consegna la documentazione; il medico che ha disposto il trasferimento deve contattare telefonicamente il medico del P.S. ricevente per presentare il caso.

Fase 2: Gestione del Posto Letto (Post-Trasferimento)

Arrivato a destinazione il paziente viene preso in carico dal PS per la gestione del caso che potrebbe esitare in:

- Ricovero in altra U.O. ospedaliera per nuovo evento acuto:
 - dimettere il paziente, procedere con chiusura del servizio in Atlante;
 - provvedere all'igienizzazione dell'unità di base del paziente;
 - avvisare i familiari indicando la nuova U.O. di ricovero;
 - La U.O. che accoglie il paziente per richiedere nuovo trasferimento in OdC deve attivare il percorso di segnalazione come si trattasse di un nuovo caso;
- Ricovero in osservazione c/o PS o altra U.O.:
 - **fino a 48 ore di osservazione**, conservazione del posto letto in OdC, il medico di PS o di U.O. si interfaccia con il responsabile clinico dell'OdC per concordare il rientro del paziente;
 - **oltre le 48 ore di osservazione fino a max 72**, conservazione del posto, attivazione del NBM per valutare se l'OdC è ancora il setting appropriato per il paziente. Se appropriato il paziente rientra in OdC altrimenti si procedere alla dimissione da OdC e ricovero c/o altra U.O.;
 - **Oltre le 72 ore** dimettere il paziente da OdC e ricoverare il paziente in U.O. per acuti. Se necessario OdC in seguito va riattivato il percorso;
- **Esecuzione di accertamenti presso altra sede perché non disponibili (es. RX, Tac urgenti):** il paziente viene comunque centralizzato al PS dal SUEM che al suo arrivo prende in carico il paziente, dopo esecuzione delle indagini diagnostiche del caso e se il paziente viene ritenuto stabile dal Medico di PS il Paziente rientra in OdC.

7.6. Matrice delle Responsabilità

ATTIVITA'	MEDICO*	INF. COORD.	INFERMIERE	OSS
Monitoraggio Clinico	R	C/I	R	C
Rilevazione Parametri Vitali	C/I		R	C
Applicazione Scala NEWS	R/C		R	
Attivazione chiamata al MdG	C	C/I	R	C
Valutazione Stabilità Clinica	R	C/I	R/C	I
Attivazione Chiamata SUEM	R		R	
Preparazione del pzt al trasferimento			R	C
Preparazione della documentazione			R	C
Analisi del processo		R		
Analisi dei bisogni		R		
Facilitare integrazione delle risorse	C/I	R	C	C
Analizzare le criticità del processo		R		
Individuare azioni correttive e piani di miglioramento	C/I	R	C/I	C/I

Legenda: R=Responsabile; C=Coinvolto; I=Informato

8. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE E REVISIONE

Il presente documento decorre dalla data di pubblicazione nel registro documentale e relativa diffusione al personale in servizio presso l'OdC di Lonigo. La revisione, generalmente prevista ogni 3 anni, potrà essere anticipata qualora intervengano cambiamenti organizzativi e/o operativi, ovvero aggiornamenti di carattere scientifico.

9. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Vedi tabella VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO (ultima pagina della presente Istruzione Operativa).

10. RIFERIMENTI

- Procedura DMO-PO-53;
-

11. IDENTIFICAZIONE DELLE MODIFICHE (solo per le revisioni successive alla prima stesura)

VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEI RISCHIO CLINICO*

Processo:		Evento potenziale	Livello di rischio**	Misura preventiva	Responsabilità
azioni	Clinico / Assistenziale	Ritardo nell'identificazione dell'instabilità	8	Formazione continua del personale sull'uso dei parametri NEWS e monitoraggio programmato	INFERMIERE
	Organizzativo	Mancata attivazione del medico corretto	6	Affissione dello schema sintetico (Tabella Orari/Contatti) in sala infermieri.	INFERMIERE / COORDINATORE
	Comunicativo	Perdita di informazioni durante il trasferimento.	6	Utilizzo di documentazione standardizzata (copia grafica, diario, esami) e check-list di trasferimento.	INFERMIERE / O.S.S.
	Tecnico / Logistico	Ritardo nelle manovre rianimatorie.	4	Verifica periodica (settimanale/mensile) del carrello E.I.O. e del frigo farmaci con firma di controllo.	INFERMIERE
	Sicurezza Paziente	Caduta o peggioramento durante l'attesa del SUEM	6	Rivalutazione continua dei parametri ogni 15-30 min (o secondo indicazione medica) fino all'arrivo dell'ambulanza	INFERMIERE
	Legale / Documentale	Mancata tracciabilità delle azioni intraprese	6	Obbligo di annotazione nel diario clinico di: ora della chiamata, NEWS rilevato, esito della valutazione medica.	INFERMIERE

Legenda Rischio: 1-2: Basso 3-4: Moderato 6: Medio 8-9: Rilevante 12: Alto 16 Molto alto

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

OSPEDALE DI COMUNITA' DI LONIGO

ISTRUZIONE OPERATIVA

**Percorso strutturato per richiesta ed
esecuzione prestazioni ematochimiche in
Ospedale di Comunità**

Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	
Redazione/Stesura	Coordinatore GdL Dott. Davide Navetti Dott.ssa Tania Ambrosi
Verifica	Responsabile UOSD Qualità Dott. Marcello Mezzasalma
Approvazione	Direttore Dott.
Rev.	Data
Riconferma	Responsabile Data

INDICE

1. PREMESSA	2
2. GRUPPO DI LAVORO	2
3. GLOSSARIO E ACRONIMI	2
4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)	2
6. ELENCO DELLE AZIONI (possono essere scritte con elenco puntato o con l'utilizzo di flow chart)	3
7. MONITORAGGIO DEGLI ESITI	3
8. INDICATORI DI PROCESSO/ESITO	4
a. Indicatori di Processo:	4
b. Indicatore di Esito:	4
9. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	4
10. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	4
11. RIFERIMENTI	4

1. PREMESSA

L'Ospedale di Comunità è una struttura intermedia di ricovero a carattere temporaneo.

Tale struttura è afferente alla rete di assistenza territoriale e si propone come ponte tra ospedale e territorio; come tale deve rispettare quanto definito dal DM 77/2022 e dai relativi DGR regionali che ne prevedono l'attuazione sostanziale.

Nello specifico tale istruzione operativa vuole rendere operativo e declinare da un punto di vista pratico quanto definito dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1563 del 30 dicembre 2024 relativamente alla richiesta di esami ematochimici

2. GRUPPO DI LAVORO

NAVETTI DAVIDE	INFERMIERE	Coordinatore GdL	Prof. sanit. Infermieristiche - Coordinatore
AMBROSI TANIA	INFERMIERE	Componente GdL	Prof. sanit. Infermieristiche - Coordinatore

3. GLOSSARIO E ACRONIMI

OdC	Ospedale di Comunità
DEMA	Impegnativa Dematerializzata per prestazioni del SSN
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UO	Unità operativa

4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente istruzione operativa ha lo scopo di garantire un percorso uniforme, tracciabile e sicuro per la richiesta, esecuzione, gestione e refertazione degli esami ematochimici nei pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità.

La presente procedura si applica a tutti i pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità e coinvolge personale medico e infermieristico.

5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

Il Medico di reparto è responsabile della valutazione clinica e della prescrizione dell'esame ematochimico attraverso la redazione di impegnativa Dematerializzata con relativo codice di esenzione OCRT, previsto dalla DGR 1536/2024..

Il medico è altresì responsabile della presa visione e valutazione del referto pervenuto in reparto. L'infermiere è responsabile della registrazione dell'impegnativa sul portale informatizzato aziendale, che il coordinatore infermieristico di reparto ha prontamente provveduto a configurare per ciascuno professionista nel momento del conferimento dell'incarico nel reparto e della stampa delle etichette identificative da apporre sulle rispettive provette.

E' inoltre responsabile dell'esecuzione, della corretta gestione e invio del campione e della verifica della ricezione del referto.

Attività/Fase	Medico dell'OdC	Infermier e di Settore	Coordinatore infermieristico	Laboratorio analisi	OSS di Reparto
Attivazione del profilo ONIT specifico per ciascun professionista	I	I	R		
Prescrizione esami ematochimici	R	I	I		
Registrazione impegnativa DEMA in ONIT		R	I		
Esecuzione del prelievo		R	I		
Conservazione e trasporto del campione		R	I		C

Processamento				R	
Invio del referto				R	
Ricezione e conservazione del referto	I	R			
Valutazione dell'esito ed eventuali accertamenti	R	I			

Legenda:

R (Responsible)

C (Consulted)

I (Informed)

6. MODALITÀ OPERATIVE

Fase 1: Prescrizione medica

Il medico di reparto, valutata la necessità di esecuzione di un esame ematochimico redige, tramite l'apposita piattaforma regionale ONIT l'impegnativa DEMA o, in caso in cui il paziente non abbia la corretta registrazione nel portale anagrafico regionale (o sia in possesso di tessera sanitaria STP tramite impegnativa rossa) *lo prevediamo già come possibilità o il fatto che il paziente non abbia l'idonea documentazione sanitaria lo consideriamo come criterio di esclusione a monte?*

Mentre redige l'impegnativa il medico inserisce l'apposito codice di esenzione OCRT previsto per pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale per il periodo di ricovero fino a un massimo di 60 giorni.

Fase 2: Registrazione informatica

L'infermiere, ricevuta dal medico l'impegnativa, accede nel portale ONIT, registra l'impegnativa attraverso l'apposito lettore fornito o, in caso di difficoltà, procede manualmente all'inserimento del codice dell'impegnativa e stampa le etichette prodotte.

Verifica la correttezza dei dati anagrafici riportati nelle etichette (nome, cognome, data di nascita, Codice Fiscale e reparto), dopo di che procede all'applicazione delle etichette alle rispettive provette prima dell'esecuzione del prelievo.

Fase. 3. Esecuzione del prelievo

Si segue la procedura aziendale

Fase 4. Invio e processamento del campione

Se il prelievo viene eseguito nei periodi di apertura del laboratorio analisi presente presso il Presidio Ospedaliero presso cui si trova allocato l'OdC, l'infermiere provvede a trasportare negli appositi contenitori il materiale prodotto o attribuisce il compito l'IOSS. Nel caso in cui si abbia necessità di avere un referto rapido per monitoraggio di situazioni clinicamente sospette per instabilità clinica, l'infermiere si reca presso il punto in cui è presente il POCT e segue la procedura per la registrazione e il processamento del campione.

Fase 5. Refertazione

Il referto firmato dal medico del laboratorio analisi viene caricato nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Una stampa viene automaticamente prodotta nell'apposita stampante di reparto configurata con il programma aziendale.

Una volta pervenuto il referto l'infermiere lo mette in visione al medico, se presente in reparto.

Nel caso in cui un referto pervenga in orario in cui il medico di reparto non è presente, ma i valori non sono tali da richiedere un'immediata presa visione del medico, si lascia espone sul frontespizio della cartella del paziente, in modo che il medico lo possa visionare alla prima opportunità.

Nel caso in cui il referto riporti alterazione critica dei parametri tale da far presumere una sospetta instabilità clinica l'infermiere si attiva per informare tempestivamente il medico di guardia attivo per l'Ospedale di Comunità, richiedendo una tempestiva valutazione.

Fase 6: Presa visione del referto

Il medico prende visione del referto e valuta eventuali alterazioni, per cui attiva se necessario, interventi terapeutici o ulteriori accertamenti. Registra l'arrivo del referto ed eventuali decisioni cliniche conseguenti in cartella clinica.

7. ELENCO DELLE AZIONI (possono essere scritte con elenco puntato o con l'utilizzo di flow chart)

1. Valutazione clinica
2. Compilazione impegnativa DEMA con codice OCRT
3. Registrazione in ONIT
4. Stampa etichette e applicazione nelle apposite provette
5. Corretta identificazione del paziente
6. Esecuzione del prelievo
7. Trasporto in laboratorio analisi/POCT
8. Referto validato e firmato
9. Presa visione e valutazione
10. Annotazione in Cartella Clinica

8. MONITORAGGIO DEGLI ESITI

Il campione viene correttamente registrato, inviato in laboratorio analisi, processato e il referto viene prodotto nella stampante configurata per la stampa diretta dei referti

Situazione	Azione
prescrizione esame	emissione impegnativa DEMA correttamente compilata da parte del medico prescrittore nel rispetto delle tempistiche
registrazione impegnativa nel programma	Verifica correttezza anagrafica riportata sull'impegnativa e codice esenzione OCRT; inserimento e registrazione dell'impegnativa nel programma dedicato
esecuzione prelievo	corretta selezione delle provette, corretta identificazione del paziente, corretta conservazione e trasporto del campione

Situazione	Azione
referto	si lascia in visione al medico se non vi sono parametri alterati; in caso di valori critici si attiva il 118

9. INDICATORI DI PROCESSO/ESITO

Per monitorare l'efficacia dell'istruzione operativa, verranno monitorate

a. Indicatori di Processo:

- Tempistica;

b. Indicatori di esito

- % di referti correttamente pervenuti

10. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Nel caso di parametri alterati rilevati dagli esami ematochimici, si contatta prontamente il medico di riferimento in quel momento e si valuta necessità di ulteriori accertamenti e/o invio in PS secondo Procedura Emergenza/Urgenza ODC

11. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

La presente è già in vigore negli ODC attualmente attivi

12. RIFERIMENTI

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1563 del 30 dicembre 2024
- Istruzione Operativa emergenza/Urgenza ODC Noventa e Lonigo
- Procedura Aziendale per l'esecuzione del prelievo endovenoso

VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEI RISCHIO CLINICO*

Processo:		Evento potenziale	Livello di rischio**	Misura preventiva	Responsabilità
Azioni	Prescrizione medica di esami ematochimici	Errata anagrafica nell'impegnativa dematerializzata	m edio	controllo incrociato e comparato prima della registrazione dell'impegnativa sul programma	Medico/infermiere
	Consegna del campione al punto prelievi	Ritardo rispetto alla tempistica di trasporto dei campioni	b asso	definizione delle tempistiche di richiesta ed esecuzione dei prelievi	Infermiere
	Refertazione	Mancata ricezione referto	m edio	Tenere traccia delle prescrizione fatte ed eseguite	Infermiere

*Fare riferimento alle tabelle inserite nella procedura aziendale pubblicata nella area tematica Qualità in intranet "MODALITA' DI ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO DA INSERIRE NEI DOCUMENTI AZIENDALI".

**Inserire la risultante della formula $R=P \times D$. (rischio=probabilità x danno). Per la modalità di calcolo fare riferimento alla procedura "MODALITA' DI ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO DA INSERIRE NEI DOCUMENTI AZIENDALI".

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

OSPEDALE DI COMUNITA' DI LONIGO

ISTRUZIONE OPERATIVA

**Percorso strutturato per richiesta prestazioni
strumentali e consulenze specialistiche in
Ospedale di Comunità**

Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	
Redazione/Stesura	Coordinatore GdL Dott. Davide Navetti Dott.ssa Tania Ambrosi
Verifica	Responsabile UOSD Qualità Dott. Marcello Mezzasalma
Approvazione	Direttore Dott.
Rev.	Data
Riconferma	Responsabile Data

INDICE

1. PREMESSA	2
2. GRUPPO DI LAVORO	2
3. GLOSSARIO E ACRONIMI	2
4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)	2
6. ELENCO DELLE AZIONI (possono essere scritte con elenco puntato o con l'utilizzo di flow chart)	3
7. MONITORAGGIO DEGLI ESITI	3
8. INDICATORI DI PROCESSO/ESITO	4
a. Indicatori di Processo:	4
b. Indicatore di Esito:	4
9. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	4
10. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	4
11. RIFERIMENTI	4

1. PREMESSA

L'Ospedale di Comunità è una struttura intermedia di ricovero a carattere temporaneo. Tale struttura è afferente alla rete di assistenza territoriale e si propone come ponte tra ospedale e territorio; come tale deve rispettare quanto definito dal DM 77/2022 e dai relativi DGR regionali che ne prevedono l'attuazione sostanziale.

Nello specifico tale istruzione operativa vuole rendere operativo e declinare da un punto di vista pratico quanto definito dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 1563 del 30 dicembre 2024 relativamente alla richiesta di prestazioni strumentali e consulenze specialistiche

2. GRUPPO DI LAVORO

NAVETTI DAVIDE	INFERMIERE	Coordinatore GdL	Prof. sanit. Infermieristiche - Coordinatore
AMBROSI TANIA	INFERMIERE	Componente GdL	Prof. sanit. Infermieristiche - Coordinatore

3. GLOSSARIO E ACRONIMI

OdC	Ospedale di Comunità
DEMA	Impegnativa Dematerializzata per prestazioni del SSN
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UO	Unità operativa

4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente istruzione operativa ha lo scopo di garantire un percorso uniforme, tracciabile e sicuro per la richiesta, esecuzione, gestione e refertazione degli esami ematochimici nei pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità.

La presente procedura si applica a tutti i pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità e coinvolge personale medico e infermieristico.

5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

Il Medico di reparto è responsabile della valutazione clinica e della prescrizione, attraverso la redazione di impegnativa Dematerializzata con relativo codice di esenzione OCRT, secondo quanto indicato dalla DGR 1536/2024, per la richiesta di prestazioni strumentali e consulenze specialistiche.

Il medico è altresì responsabile della presa visione e valutazione del referto pervenuto in reparto. L'infermiere è responsabile della conservazione dell'impegnativa e della verifica dell'avvenuto processo di prenotazione attraverso il CUP aziendale/segreteria di U.O. a cui si richiede la prestazione.

E' altresì responsabile dell'annotazione in cartella e nella SBAR della data e delle modalità in espletamento della prestazione e dell'eventuale prenotazione del mezzo di trasporto, qualora sia necessario.

L'amministrativo di reparto è responsabile del percorso di prenotazione della visita attraverso il CUP/segreteria di U.o. a cui si richiede la prestazione.

Attività/Fase	Medico dell'OdC	Infermiere di Settore	Coordinatore infermieristico	Amministrativo
Prescrizione prestazione strumentale e/o consulenza specialistica	R	I	I	
Conservazione impegnativa e consegna all'amministrativo di reparto		R	I	
Prenotazione della prestazione attraverso l'apposito canale di riferimento		C	I	R
Registrazione della prenotazione effettuata, con relativi dati di riferimento in cartella		R	I	
Eventuale prenotazione di ambulanza per esecuzione della prestazione qualora questa avvenga presso altro Presidio Ospedaliero Aziendale		R	C	
Ricezione e conservazione del referto	R	C	C	
Valutazione dell'esito ed eventuali ulteriori accertamenti	R	I		

Legenda:

R (Responsible)

C (Consulted)

I (Informed)

6. MODALITÀ OPERATIVE

Fase 1: Prescrizione medica

Il medico di reparto, valutata la necessità di esecuzione di un esame strumentale e/o di una consulenza specialistica.

La prestazione, in ottemperanza il DGR 1563/2024 va richiesta tramite impegnativa DEMA, con l'apposito codice di esenzione OCRT previsto per pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale per il periodo di ricovero fino a un massimo di 60 giorni e annotando eventuale priorità di espletamento della prestazione (U, B, D)

Fase 2: Prenotazione impegnativa

L'infermiere, ricevuta dal medico l'impegnativa, e la consegna all'amministrativo di reparto e/o provvede alla prenotazione diretta tramite CUP e/o attraverso la segreteria di riferimento dell'U.O. di interesse

Fase 3. Ricezione e registrazione della prenotazione

Una volta che il CUP e/o la segreteria dell'U.O. di competenza inviare il promemoria con i dati della prenotazione, l'infermiere la prende in carico e la annota in cartella e nella SBAR

Fase 4: Prenotazione di eventuale trasporto

Qualora sia necessario organizzare un trasporto tramite ambulanza in quanto la prestazione strumentale/consulenza specialistica deve essere espletata presso altro Presidio Ospedaliero, l'infermiere che ha in carico il paziente procede con la prenotazione del viaggio attraverso apposito programma aziendale (ad ora Galileo), attivo per il reparto.

Per la prenotazione seguire il Regolamento aziendale per il servizio di trasporto sanitario

Fase 5: Esecuzione della procedura e produzione del referto

E' responsabilità dell'U.O. per cui si è richiesta la consulenza specifica il corretto espletamento della prestazione e la refertazione finale secondo le indicazioni aziendali

Fase 6. Valutazione delle referto

Una volta che il paziente ha eseguito la prestazione, rientra in reparto provvisto di referto in caso di consulenza specialistica.

Per gli esami strumentali il referto non sempre è disponibile nell'immediato, ma sarà inviato appena disponibile alla mail di reparto.

7. ELENCO DELLE AZIONI (possono essere scritte con elenco puntato o con l'utilizzo di flow chart)

1. Valutazione clinica
 2. Compilazione impegnativa DEMA con codice OCRT
 3. Prenotazione tramite il servizio CUP
 4. Ricezione promemoria
 5. eventuale prenotazione di mezzo di trasporto nel caso sia in altro Presidio ospedaliero tramite l'apposito programma
 6. annotazione in SBAR dell'appuntamento e del mezzo di trasporto prenotato
- Una volta fatto eseguita la prestazione:
7. Ricezione referto validato e firmato
 8. Presa visione e valutazione da p
 9. Annotazione in Cartella Clinica

8. MONITORAGGIO DEGLI ESITI

Corretta prenotazione della prestazione prescritta
Corretta organizzazione/prenotazione del trasporto
Tempestiva refertazione

Situazione	Azione
prescrizione esame	emissione impegnativa DEMA correttamente compilata da parte del medico prescrittore nel rispetto delle tempistiche
prenotazione esame	Verifica correttezza anagrafica riportata sull'impegnativa e codice esenzione OCRT; corretta prenotazione rispetto alla priorità della richiesta attraverso il CUP
prenotazione del mezzo di trasporto	Tempestiva prenotazione del mezzo, qualora necessario e annotazione della programmazione fatta sulle consegne SBAR
refertazione	Tempestiva consegna del referto e presa visione da parte del clinico di reparto; tempestiva registrazione nella cartella del paziente

9. INDICATORI DI PROCESSO/ESITO

a. Indicatori di Processo:

- % Prescrizione idonea per anagrafica e tempestività della richiesta
- % Prenotazione corretta
- % mezzi correttamente prenotati

b. Indicatori di Esito:

- % prestazioni effettuate entro priorità (U/B/D)
- % referti ricevuti correttamente
- Tempo medio disponibilità referto
- % informazioni correttamente riportate in SBAR

10. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

11. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

La presente è già in vigore negli ODC attualmente attivi

12. RIFERIMENTI

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1563 del 30 dicembre 2024

VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEI RISCHIO CLINICO*

Processo:		Evento potenziale	Livello di rischio**	Misura preventiva	Responsabilità
Azioni	Prescrizione	impegnativa incompleta/errata	medio	doppio controllo anagrafica	medico
	Prescrizione	Errata priorità (U/B/D)	alta	attenta valutazione clinica	medico
	Prenotazione	mancata prenotazione	alto	check operativa	infermier e
		Mancata annotazione SBAR/cartella	medio	conservare la prenotazione sul frontespizio della cartella paziente fino alla registrazione in SBAR	infermier e
	Trasporto	mancato prenotazione del mezzo di trasporto	alto	conservare la prenotazione sul frontespizio della cartella paziente fino all'avvenuta prenotazione del mezzo e successiva annotazione in SBAR	infermier e
	Refertazione	Mancata presa visione	alto	conservazione del referto sul frontespizio della cartella del paziente fino a presa visione del medico	infermier e
	Decisione clinica	ritardo intervento prescrittivo	alto	tempestiva e completa presa visione del referto	medico

AULSS 8 Istruzione operativa "Modalità per la presa in carico riabilitativa dei pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità (OdC) di Lonigo" - Azienda ULSS 8 Berica

***Fare riferimento alle tabelle inserite nella procedura aziendale pubblicata nella area tematica Qualità in intranet "MODALITA' DI ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO DA INSERIRE NEI DOCUMENTI AZIENDALI".**

***Inserire la risultante della formula $R=P \times D$. (rischio=probabilità x danno). Per la modalità di calcolo fare riferimento alla procedura "MODALITA' DI ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO DA INSERIRE NEI DOCUMENTI AZIENDALI".**

REGIONE DEL VENETO



ULSS8
BERICA

AULSS 8 BERICA

OSPEDALE DI COMUNITA' DI LONIGO

ISTRUZIONE OPERATIVA

**Percorso riabilitativo estensivo e promozione
del recupero delle autonomie in Ospedale di
Comunità**

Azienda ULSS 8 Berica

Codifica	
Redazione/Stesura	Coordinatore GdL Dott. Davide Navetti Dott.ssa Tania Ambrosi
Verifica	Responsabile UOSD Qualità Dott. Marcello Mezzasalma
Approvazione	Direttore Dott.
Rev.	Data
Riconferma	Responsabile Data

INDICE

1. PREMESSA	2
2. GRUPPO DI LAVORO	2
3. GLOSSARIO E ACRONIMI	3
4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)	3
6. MODALITA' OPERATIVE	4
7. ELENCO DELLE AZIONI	4
Fase 1: Valutazione multiprofessionale all'ingresso	4
Fase 2: Valutazione fisiatrica iniziale	5
Fase 3: Definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)	5
Fase 4: Attuazione del programma riabilitativo	6
Fase 5: Nursing riabilitativo continuativo	6
Fase 6: Monitoraggio e Documentazione	6
8. MONITORAGGIO DEGLI ESITI	7
9. INDICATORI DI PROCESSO/ESITO	7
a. Indicatori di Processo:	7
b. Indicatore di Esito:	7
10. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	7
11. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	7
12. RIFERIMENTI	7

1. PREMESSA

Questa istruzione operativa definisce le modalità per la presa in carico riabilitativa dei pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità (OdC). L'obiettivo è garantire una continuità assistenziale che favorisca il recupero funzionale o il mantenimento delle autonomie residue.

2. GRUPPO DI LAVORO

NAVETTI DAVIDE	INFERMIERE	Coordinatore GdL - Prof. Sanit. Infermieristiche - Coordinatore
AMBROSI TANIA	INFERMIERE	Componente GdL - Prof. Sanit. Infermieristiche - Coordinatore
GASPARELLA LUIGI ANGELO	FISIOTERAPISTA	Componente GdL - Prof. sanit. Riabilitative - Coordinatore
Dr. MARINO ANDREA	MEDICO	Componente GdL - Responsabile Clinico OdC Lonigo
ORTOLANI LUCA	MEDICO	Componente GdL - Direttore U.O.C. RRF Lonigo

3. GLOSSARIO E ACRONIMI

OdC	Ospedale di Comunità
DEMA	Impegnativa Dematerializzata per prestazioni del SSN
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UO	Unità operativa
RRF	Riabilitazione e Rieducazione Funzionale;
PAI	Progetto Assistenziale Individuale
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale
PRA	Progetto Riabilitativo Attuativo

4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa istruzione definisce responsabilità e modalità operative dell'OdC di Lonigo per garantire un percorso riabilitativo sistematico e personalizzato. L'obiettivo è il massimo recupero delle autonomie motorie attraverso l'integrazione tra fisioterapia specialistica e nursing riabilitativo e l'individuazione degli ausili più indicati da fornire per favorire un rientro al domicilio appropriato, sicuro e condiviso con il caregiver in coerenza con il progetto e la continuità dei percorsi assistenziali.

5. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

Il Process Owner del presente documento, per quanto riguarda la struttura OdC di Lonigo, è individuato nel Responsabile Clinico dell'Ospedale di Comunità, il quale:

Matrice delle responsabilità

Attività	Odc	U.O. RRF
Elaborazione della procedura	R	C
Approvazione della procedura	R	C
Diffusione della Procedura	R	C
Assicura l'applicazione della procedura	R	-
Supervisiona l'integrazione tra area clinica, riabilitativa e assistenziale;	R	C
Verifica la corretta documentazione delle attività svolte	R	
Promuove il monitoraggio dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi	R	C

Attivazione, definizione, aggiornamento e monitoraggio del percorso riabilitativo dei pazienti presi in carico.	C	R
---	---	---

Legenda: R (Responsabile) C (Coinvolto)

6. MODALITA' OPERATIVE

L'attivazione dell'intervento riabilitativo o di riattivazione post-allettamento non è automatica per tutti i degenti dell'Ospedale di Comunità. Essa avviene esclusivamente previa rilevazione di un bisogno riabilitativo specifico e di un adeguato potenziale di recupero della mobilità. Le fasi e le responsabilità del percorso sono descritte nella matrice seguente.

Attività/Fase	Medico dell'OdC	Coordinatore / ICM	Infermiere di Settore	Fisiatra	FKT	OSS di Reparto
Segnalazione e Screening (entro 24 ore)	R	C/I	R			
Valutazione Scale (Barthel, Braden, Cadute)			R			C
Prescrizione medica (DEMA)	R	I	I			
Invio della prescrizione			R			C
Valutazione fisiatrica iniziale e stesura PRI	I	I	I	R	I	
Trattamento Riabilitativo secondo PRA		I	C	I	R	C
Nursing riabilitativo continuo (Mobilizzazione)	I		R			C
Rivalutazione settimanale degli obiettivi	C	C	C	C	R	I
Monitoraggio degli esiti	I	C	R		R	I
Documentazione e tracciabilità	I		R		R	

Condivisione con paziente/caregiver su monitoraggio ed esiti del PRI	R	R	C			I
--	---	---	---	--	--	---

Legenda: R (Responsabile) C (Coinvolto) I (Informato)

7. ELENCO DELLE AZIONI

Fase 1: Valutazione multiprofessionale all'ingresso

Entro 24 ore dall'ingresso, l'infermiere di settore esegue un accertamento iniziale e una valutazione funzionale delle autonomie del paziente finalizzata all'identificazione di eventuali bisogni riabilitativi e del potenziale residuo di recupero della mobilità.

La richiesta di consulenza fisiatrica e di intervento fisioterapico **non è automatica per tutti i pazienti ricoverati** ma avviene a seguito della valutazione preliminare effettuata con l'utilizzo di scale di valutazione validate.

Nel caso di pazienti provenienti dai Presidi Ospedalieri di **Noventa, Arzignano, Montecchio Maggiore e Valdagno**, già in possesso di una consulenza fisiatrica effettuata che preveda l'attivazione di un percorso riabilitativo con fisioterapista e/o logopedista, **la presa in carico da parte del fisioterapista avviene in continuità assistenziale**, senza necessità di una nuova valutazione fisiatrica iniziale.

- **Screening iniziale – Valutazione infermieristica:** avviene attraverso l'utilizzo delle seguenti scale:
 - **Autonomia nelle attività di vita quotidiana (ADL):** Scala di Barthel;
 - **Rischio di lesioni da pressione nei pazienti ipomobili / integrità cutanea:** Scala di Braden (compilata in caso di indice di Barthel < 50);
 - **Rischio di caduta:** scala aziendale per la valutazione del rischio caduta.

Lo **screening identifica i pazienti a rischio di sindrome da allettamento** che se rilevato indica la necessità di richiedere una consulenza per la presa in carico fisioterapica.

- **Prescrizione medica**

Il medico dell'OdC, durante la visita di ingresso o a seguito della segnalazione infermieristica, qualora rilevi la necessità di un intervento riabilitativo estensivo, provvede a emettere un'**impegnativa DEMA per prima visita fisiatrica**.

- **Invio della prescrizione**

Una volta emessa sarà cura del personale dell'OdC depositare l'impegnativa nell'apposito raccoglitore delle consulenze individuato presso l'**Unità Operativa di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale (RRF)**.

Fase 2: Valutazione fisiatrica iniziale

L'U.O.C. R.R.F. di Lonigo individua mensilmente un **medico fisiatra dedicato alla valutazione dei pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Comunità** per i quali sia stata richiesta una consulenza fisiatrica.

La presa in carico della richiesta e lo svolgimento della consulenza avviene generalmente **entro due giorni lavorativi** dalla ricezione della richiesta. Durante la visita, il fisiatra esegue una **valutazione multidimensionale** utilizzando scale validate.

Qualora il fisiatra rilevi l'indicazione ad effettuare un intervento riabilitativo, nel referto della consulenza indicherà la **presa in carico fisioterapica e/o logopedica** e le relative indicazioni terapeutiche.

Fase 3: Definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

Sulla base della valutazione fisiatrica viene definito il **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**. In relazione alle condizioni cliniche, al potenziale di recupero e agli esiti dell'evento acuto vengono definiti i seguenti obiettivi generalmente articolati in:

- **Obiettivi a breve termine**, ad esempio il raggiungimento della posizione seduta al bordo letto o il miglioramento della tolleranza alla mobilizzazione;
- **Obiettivi a medio termine**, ad esempio la ripresa della deambulazione con ausilio o il miglioramento dell'autonomia nei trasferimenti.

Il PRI rappresenta il riferimento per la definizione del successivo **Programma Riabilitativo Attuativo**.

Fase 4: Attuazione del programma riabilitativo

Dopo la consulenza fisiatrica il **PRI** viene condiviso con il fisioterapista assegnato al reparto. Il fisioterapista prende quindi in carico il paziente, esegue una valutazione professionale specifica, definisce il **Programma Riabilitativo Attuativo (PRA)** e avvia le attività di mobilizzazione e riattivazione funzionale. Ogni intervento fisioterapico viene documentato nell'apposito **diario riabilitativo individuale**.

- **Frequenza:** Da 3 a 5 sedute settimanali (circa 15 minuti l'una), salvo diversa tolleranza.
- **Attività:**
 - mobilizzazione attiva/passiva;
 - rieducazione posturale;
 - verticalizzazione precoce e training del cammino (con/senza ausili)
 - addestramento caregiver/familiari sulle manovre di assistenza sicura per la dimissione.

Fase 5: Nursing riabilitativo continuativo

Infermieri e OSS garantiscono la riattivazione costante anche per i pazienti non inseriti nel percorso specialistico.

- **Azioni:** Promuovere l'autonomia nelle attività quotidiane (ADL), stimolare la mobilizzazione precoce e prevenire i danni da allettamento. Ogni attività va registrata nella **Scheda di Riattivazione del paziente**.

Fase 6: Monitoraggio e Documentazione

L'équipe multidisciplinare verifica il raggiungimento degli obiettivi e aggiorna il PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) con cadenza settimanale.

Al fine di garantire la tracciabilità del percorso riabilitativo è obbligatoria la corretta registrazione delle attività svolte documentando tutte le fasi del processo nella cartella clinica del paziente. Costituiscono evidenza documentale i seguenti strumenti:

- **Valutazione funzionale iniziale:** Le valutazioni vengono registrate nelle apposite schede e conservate nella cartella clinica del paziente;

- **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)**; nel referto della consulenza il fisiatra indicherà la presa in carico fisioterapica e/o logopedica e le relative indicazioni terapeutiche;
- **Scheda fisioterapica e Diario riabilitativo**: Ogni intervento fisioterapico viene documentato nell'apposito diario riabilitativo individuale. Nel diario devono essere debitamente documentate anche le cause che hanno provocato una sospensione/interruzione degli interventi dovuti a controindicazioni/instabilità clinica;
- **Scheda di supporto alla riattivazione**: Ogni attività va registrata nella Scheda di Riattivazione del paziente;
- **Verbalì dei briefing multiprofessionali**.
- **Dimissione**: Al termine del percorso e comunque con la lettera di dimissioni verranno forniti al paziente/caregiver i consigli da osservare a domicilio.

8. MONITORAGGIO DEGLI ESITI

Il fisioterapista annota ad ogni seduta i progressi nel diario clinico/riabilitativo.

Situazione	Azione
Raggiungimento obiettivi	Proposta di dimissione dal trattamento riabilitativo.
Stasi o regressione	Rivalutazione del PRI con il medico e l'equipe.
Dimissione dall'OdC	Consegna di una relazione finale con consigli per il domicilio.

9. INDICATORI DI PROCESSO/ESITO

Per monitorare l'efficacia dell'istruzione operativa, verranno monitorate

a. Indicatori di Processo:

- Tempistica;
- % di pazienti valutati dal fisiatra entro 48h dalla richiesta di consulenza dal ricovero.

b. Indicatore di Esito:

- Differenza del punteggio della scala di Barthel tra ingresso e dimissione.

10. VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Vedi tabella **VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO** (ultima pagina della presente Istruzione Operativa).

11. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

12. RIFERIMENTI

VALUTAZIONE E RIDUZIONE DEI RISCHIO CLINICO*

Processo:		Evento potenziale	Livello di rischio**	Misura preventiva	Responsabilità
A z i o n i	Fase 1: Valutazione all'ingresso	Ritardo nella presa in carico (oltre le 48h dalla richiesta).	Medio	- Sistema di tracciabilità delle impegnative DEMA; - Controllo quotidiano del raccoglitore consulenze RRF da parte del coordinatore RRF o suo delegato.	Medico Fisiatra / Coordinatore
	- Fase 4: Attuazione del programma riabilitativo; - Fase 5: Nursing riabilitativo continuativo	Caduta del paziente	Alto	- Valutazione preventiva con Scala Aziendale Cadute; - Utilizzo di ausili idonei; - Presenza di calzature antiscivolo; - assistenza continua del FKT/OSS.	Fisioterapista / OSS

	- Fase 4: Attuazione del programma riabilitativo; - Fase 5: Nursing riabilitativo continuativo.	Instabilità clinica / emodinamica o malore	Medio	- Monitoraggio dei parametri vitali prima e dopo la seduta; - Sospensione immediata in caso di dolore o dispnea; - Formazione del personale sulle emergenze.	Fisioterapista / Infermiere
	Fase 6 Monitoraggio del percorso	Sindrome da allettamento per mancata attivazione del nursing riabilitativo.	Medio	- Formazione del personale OSS/Inf. sulle manovre di mobilitazione passiva; - Compilazione obbligatoria della Scheda di Riattivazione.	Infermiere di settore
	Fase 6 Monitoraggio del percorso	Lesioni da pressione in pazienti ipomobili non segnalati.	Alto	- Valutazione sistematica Scala di Braden (se Barthel < 50); - Adozione di presidi antidecubito e pianificazione dei cambi posturali.	Infermiere / OSS
	Fase 6 Monitoraggio del percorso	Disomogeneità nei trattamenti per differenze tra PRI e PRA	Basso	- Utilizzo del Diario Riabilitativo cartaceo/informatizzato condiviso; - briefing multiprofessionali settimanali.	Fisiatra / Fisioterapista Infermiere di Settore

*Fare riferimento alle tabelle inserite nella procedura aziendale pubblicata nella area tematica Qualità in intranet "MODALITA' DI ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO DA INSERIRE NEI DOCUMENTI AZIENDALI".

AULSS 8 Istruzione operativa "Modalità per la presa in carico riabilitativa dei pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità (OdC) di Lonigo" - Azienda ULSS 8 Berica

****** Inserire la risultante della formula $R=P \times D$. (rischio=probabilità x danno). Per la modalità di calcolo fare riferimento alla procedura "MODALITA' DI ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO DA INSERIRE NEI DOCUMENTI AZIENDALI".

Paracollo tipo tekmed PC200A-LED, con sottostruttura continua e portante in alluminio estruso. Il rivestimento esterno è composto da un profilo acrovitico, aporoso, igienico, resistente agli agenti chimici della disinfezione



TEMPLATE DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ «NOVENTA VICENTINA»

(Modello di riferimento conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3)

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Il presente documento ha l'obiettivo di descrivere il modello organizzativo, funzionale e assistenziale dell'Ospedale di Comunità di Noventa Vicentina, in coerenza con quanto previsto dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 e nell'ambito degli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 “Salute”, Componente 1, Investimento 1.3.

Il DM 77/2022 definisce il nuovo modello di assistenza territoriale, ponendo al centro la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. In tale contesto, l'Ospedale di Comunità rappresenta una struttura sanitaria intermedia, finalizzata a garantire assistenza a pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero per acuti ma che non possono essere adeguatamente seguiti al domicilio.

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità Noventa Vicentina
Sede	Via Capo di Sopra, 1 Noventa Vicentina (VI)
CUP	I64E22000500006
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	25/05/2026

* da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione e servizi offerti

Scheda di progetto

L'intervento si inserisce nell'ambito del PNRR – Missione 6 Salute e ha l'obiettivo di rafforzare la rete delle cure intermedie attraverso la realizzazione di un setting assistenziale dedicato alla continuità delle cure tra ospedale e territorio.

Obiettivi e mission

L'Ospedale di Comunità (OdC) si inserisce nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire una presa in carico appropriata, continuativa e temporanea di pazienti clinicamente stabilizzati ma con bisogni assistenziali non gestibili a domicilio.

La mission è orientata a:

- garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- favorire il recupero funzionale e delle autonomie
- supportare dimissioni protette
- ridurre ricoveri impropri e riospedalizzazioni

Riferimento normativo e collocazione nel sistema

Il modello è coerente con:

- DM 77/2022
- PNRR – Missione 6
- DGR Veneto (1887/2019, 695/2025, 38/2026)

L'OdC rappresenta un nodo intermedio della rete territoriale, integrato con:

- ospedali per acuti
- cure primarie
- assistenza domiciliare
- servizi sociali

Descrizione del bacino di utenza

L'Ospedale di Comunità di Noventa Vicentina si inserisce nel contesto dell'Azienda ULSS di riferimento, servendo un bacino di utenza caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e da una crescente prevalenza di patologie croniche.

Il territorio dell'ULSS 8 Berica presenta:

- una quota significativa di popolazione anziana: ≥ 65 anni: ~23%

- un elevato indice di vecchiaia: 186,6
- una diffusione rilevante di condizioni di fragilità sociosanitaria: famiglie unipersonali: ~28%

Tali elementi determinano un aumento della domanda di servizi di cure intermedie e rendono necessario lo sviluppo di modelli assistenziali integrati e orientati alla continuità delle cure.

Descrizione della struttura

La struttura è progettata per garantire un ambiente assistenziale adeguato, sicuro e orientato al recupero funzionale ed è collocato al **secondo piano del presidio ospedaliero**:

- dispone di **24 posti letto**;
- è organizzato con stanze **di degenza doppie e singole** dotate di servizi igienici;
- l'ambiente è orientato alla sicurezza, recupero funzionale e assistenza a bassa intensità clinica.

Sono disponibili servizi diagnostici e specialistici ospedalieri (radiologia, laboratorio, consulenze), le dotazioni tecnologiche sono coerenti con il livello assistenziale previsto e comprendono strumenti per il monitoraggio clinico di base e per l'assistenza infermieristica.

3. Organizzazione del Personale

Dotazione organica

In coerenza con le DGR regionali vigenti, l'assistenza è garantita da un'équipe multidisciplinare composta da:

- **Infermieri**: ~11 unità FTE (di cui un infermiere manager)
- **OSS**: ~13 unità FTE
- **Medico**: 4,5 ore/die per 6 giorni/settimana
- **Altri professionisti**: fisioterapista, logopedista, assistente sociale

Turnistica

L'organizzazione del personale è strutturata per garantire continuità assistenziale:

- Infermieri: H24 su 3 turni

- OSS: copertura H24 su 3 turni
- Medico: presenza programmata e attivazione continuità assistenziale

Organizzazione assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica rappresenta l'asse portante del modello organizzativo ed è orientata alla presa in carico globale del paziente.

Le principali attività comprendono:

- valutazione dei bisogni assistenziali
- gestione della terapia farmacologica
- monitoraggio dei parametri clinici
- prevenzione del rischio clinico (cadute, lesioni da pressione, delirium)
- educazione sanitaria del paziente e del caregiver

Si sviluppa nel seguente modo:

- Modello modulare per settori
- Infermiere di riferimento per turno
- Funzione di **case manager** per coordinamento percorso

Organizzazione assistenza medica

- Presenza programmata
- Responsabilità clinica, terapeutica e documentale
- Attivazione consulenze specialistiche e diagnostiche

Organizzazione assistenza riabilitativa

- Attivata su valutazione fisiatrica
- Frequenza: 3–5 sedute/settimana
- Attività:
 - mobilizzazione
 - training del cammino

- riattivazione funzionale
- educazione caregiver

Operatività della struttura e servizi erogati

L'OdC garantisce:

- assistenza infermieristica continuativa
- monitoraggio clinico
- somministrazione terapia
- prevenzione complicanze (cadute, LdP, delirium)
- riattivazione funzionale
- educazione terapeutica
- attivazione servizi territoriali

4. Definizione Macro-Aree

L'organizzazione degli spazi dell'Ospedale di Comunità di Noventa Vicentina è definita in coerenza con quanto previsto dal Documento di Indirizzo per il meta-progetto dell'Ospedale di Comunità (Age.na.s, 2022), che prevede una suddivisione funzionale in macro-aree, finalizzata a garantire efficienza operativa, appropriatezza assistenziale e qualità degli ambienti.

La struttura è pertanto articolata nelle seguenti macro-aree:

Macro-area degenza

La macroarea di degenza rappresenta il nucleo centrale dell'attività assistenziale ed è destinata all'erogazione dei servizi sanitari rivolti ai pazienti presi in carico.

Essa comprende:

- Camere di degenza, organizzate in stanze singole o doppie, dotate di servizi igienici e attrezzature per l'assistenza di base
- Ambulatori per visite mediche, valutazioni cliniche e attività di monitoraggio
- Aree per la riabilitazione, destinate allo svolgimento di attività fisioterapiche e di recupero funzionale
- Spazi per il personale sanitario, inclusi locali per attività infermieristiche e mediche.

Tali ambienti sono progettati per garantire un livello assistenziale adeguato a pazienti a bassa intensità clinica, favorendo al contempo il comfort, la sicurezza e la continuità delle cure.

Macro-area servizi generali e logistici

La macro-area dei servizi generali e logistici comprende l'insieme degli spazi e delle funzioni non direttamente sanitarie, ma essenziali per il corretto funzionamento della struttura.

In particolare include:

- Aree di accoglienza e front-office, dedicate all'ingresso, orientamento e supporto degli utenti e dei familiari
- Spogliatoi per il personale, distinti per funzioni e conformi alle normative vigenti
- Aree relax e spazi comuni, destinati sia agli operatori sia agli utenti, per favorire il benessere organizzativo
- Magazzini e depositi, per lo stoccaggio di materiali sanitari e non sanitari
- Locali tecnici e impiantistici, necessari alla gestione delle infrastrutture (impianti elettrici, termici, ecc.)

Questa macro-area garantisce il supporto logistico e organizzativo indispensabile per l'erogazione dei servizi sanitari, contribuendo all'efficienza complessiva della struttura.

La distribuzione degli spazi per macro-aree è rappresentata nella planimetria allegata, nella quale sono evidenziate le diverse funzioni secondo una logica integrata, orientata all'efficienza dei percorsi assistenziali, alla sicurezza e al comfort degli utenti e degli operatori.

5. Modello organizzativo

Il modello organizzativo è basato sulla presa in carico globale del paziente e sulla collaborazione tra professionisti, attraverso la definizione di percorsi assistenziali personalizzati e condivisi.

Criteri di eleggibilità ed esclusione

Eleggibili:

- pazienti clinicamente stabilizzati
- multimorbilità
- bisogni assistenziali non gestibili a domicilio
- necessità di riattivazione o educazione caregiver

Non eleggibili:

- instabilità clinica
- necessità di monitoraggio intensivo
- bisogni diagnostico-terapeutici complessi

Gestione degli ingressi

- Segnalazione da ospedale o territorio
- Invio alla **COT** con SVAMA
- Valutazione appropriatezza da Direttore di Distretto (o delegato)
- Definizione priorità e inserimento

Obiettivi del ricovero e PAI

Il ricovero è finalizzato a:

- stabilizzazione
- recupero autonomia
- preparazione dimissione

Il **PAI**:

- è definito all'ingresso
- è multidisciplinare
- contiene obiettivi, interventi, tempi e responsabilità
- è condiviso con paziente e caregiver

Gestione del ricovero

Il percorso prevede:

- valutazione multidimensionale
- interventi assistenziali integrati
- monitoraggio continuo
- attivazione risorse (ADI, ausili, servizi sociali)

Figura chiave: **Infermiere Case Manager**

Gestione delle dimissioni

- pianificate fin dall'ingresso
- condivise con paziente e famiglia

- attivazione:
 - ADI
 - servizi territoriali
 - strutture residenziali (se necessario)

Obiettivo: continuità assistenziale e riduzione riospedalizzazioni.

6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

Cartella clinico-assistenziale

Sistema misto:

- **cartaceo**: diario clinico e scale valutative
- **informatizzato**: sistemi regionali (Atlante, Advenias)

Integrazione sistemi

- inserimento dati per flussi regionali
- gestione tramite piattaforme aziendali
- evoluzione prevista verso cartella completamente digitale

Chiusura e conservazione cartella

- cartella cartacea: archiviazione secondo normativa
- cartella informatica: chiusura alla dimissione
- comunicazione automatica alla COT per turnover posti letto

Monitoraggio e rendicontazione

Indicatori principali:

- tempo di accesso
- PAI entro 24h
- durata degenza
- riospedalizzazione 30 gg
- attivazione ADI
- tasso occupazione posti letto

Finalità:

- valutazione qualità assistenziale
- appropriatezza
- sostenibilità del servizio

7. Integrazione con altri Servizi

L'Ospedale di Comunità (OdC) è pienamente integrato nella rete delle cure intermedie aziendali, in stretto raccordo con la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, che rappresenta il nodo organizzativo di coordinamento dei percorsi assistenziali.

La COT garantisce:

- la gestione delle richieste di accesso all'OdC
- la verifica dei criteri di eleggibilità attraverso la valutazione multidimensionale (SVAMA)
- la gestione e lo scorrimento delle liste di attesa
- il coordinamento dei trasferimenti tra ospedale, territorio e strutture intermedie
- l'attivazione dei percorsi di dimissione protetta

L'accesso all'OdC può avvenire da:

- strutture ospedaliere per acuti o riabilitative
- Case di Cura convenzionate
- domicilio, su proposta del Medico di Assistenza Primaria

La richiesta di inserimento viene trasmessa alla COT corredata da documentazione clinico-assistenziale (richiesta OdC e SVAMA sanitaria e cognitivo-funzionale), sulla base della quale viene effettuata la valutazione di appropriatezza.

Il processo di presa in carico prevede:

- verifica dell'eleggibilità del paziente
- definizione del progetto assistenziale preliminare e della durata della degenza
- eventuale attivazione di percorsi di accesso rapido per pazienti eleggibili

Durante la degenza, il raccordo con la rete territoriale è garantito attraverso:

- collaborazione con Cure Primarie e Medici di Assistenza Primaria
- eventuale attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)
- coinvolgimento dei servizi sociali e riabilitativi

In fase di dimissione, la COT assicura la continuità assistenziale attraverso:

- attivazione di assistenza domiciliare (ADI)
- inserimento in strutture residenziali, se necessario
- coordinamento con i servizi territoriali per la presa in carico post-ricovero

Tale modello organizzativo consente un'integrazione efficace tra i diversi livelli di assistenza, garantendo appropriatezza dei percorsi, continuità delle cure e ottimizzazione delle risorse, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla normativa regionale vigente.

Allegati

1. Planimetria
2. Piano di emergenza interna Ospedale "P. Milani" di Noventa Vic.na - Complesso-immobile 2
3. Istruzione Operativa 2 Allestimento e gestione carrello emergenza borsa di primo soccorso e defibrillatore"

Luogo e Data

Nominativo e Firma digitale



Signed with  NamirialSign

SILVIA MANEA
12/08/2026 12:30:43 UTC+0200
























































































































































































































































































































































































































TEMPLATE

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE

DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ «VALDAGNO»

(Modello di riferimento conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3)

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Il presente documento ha l'obiettivo di descrivere il modello organizzativo, funzionale e assistenziale dell'Ospedale di Comunità, in coerenza con quanto previsto dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 e nell'ambito degli interventi finanziati dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6 “Salute”, Componente 1, Investimento 1.3.

Il DM 77/2022 definisce il nuovo modello di assistenza territoriale, ponendo al centro la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. In tale contesto, l'Ospedale di Comunità rappresenta una struttura sanitaria intermedia, finalizzata a garantire assistenza a pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero per acuti ma che non possono essere adeguatamente seguiti al domicilio.

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità «VALDAGNO»
Sede	Via Galilei Galileo 1 Valdagno
CUP	I78I22000220006
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	19/05/2026

* da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022

2. Introduzione e servizi offerti

Scheda di progetto

L'intervento si inserisce nell'ambito del PNRR – Missione 6 Salute e ha l'obiettivo di rafforzare la rete delle cure intermedie attraverso la realizzazione di un setting assistenziale dedicato alla continuità delle cure tra ospedale e territorio.

Obiettivi e mission

L'Ospedale di Comunità (OdC) si inserisce nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di garantire una presa in carico appropriata, continuativa e temporanea di pazienti clinicamente stabilizzati ma con bisogni assistenziali non gestibili a domicilio.

La mission è orientata a:

- garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio
- favorire il recupero funzionale e delle autonomie
- supportare dimissioni protette
- ridurre ricoveri impropri e riospedalizzazioni

Riferimento normativo e collocazione nel sistema

Il modello è coerente con:

- DM 77/2022
- PNRR – Missione 6
- DGR Veneto (1887/2019, 695/2025, 38/2026)

L'OdC rappresenta un nodo intermedio della rete territoriale, integrato con:

- ospedali per acuti
- cure primarie
- assistenza domiciliare
- servizi sociali

Descrizione del bacino di utenza

L'Ospedale di Comunità di Valdagno si inserisce nel contesto dell'Azienda ULSS di riferimento, servendo un bacino di utenza caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e da una crescente prevalenza di patologie croniche.

Il territorio dell'ULSS 8 Berica presenta:

- una quota significativa di popolazione anziana : ≥ 65 anni: ~23%
- un elevato indice di vecchiaia : 186,6
- una diffusione rilevante di condizioni di fragilità socio-sanitaria: famiglie unipersonali: ~28%

Tali elementi determinano un aumento della domanda di servizi di cure intermedie e rendono necessario lo sviluppo di modelli assistenziali integrati e orientati alla continuità delle cure.

Descrizione della struttura

La struttura è progettata per garantire un ambiente assistenziale adeguato, sicuro e orientato al recupero funzionale ed è collocato al **piano terra** :

- dispone di **18 posti letto**;
- è organizzato con **stanze di degenza doppie e singole** dotate di servizi igienici;
- l'ambiente è orientato alla sicurezza, recupero funzionale e assistenza a bassa intensità clinica.

Sono disponibili servizi diagnostici e specialistici ospedalieri (radiologia, laboratorio, consulenze), le dotazioni tecnologiche sono coerenti con il livello assistenziale previsto e comprendono strumenti per il monitoraggio clinico di base e per l'assistenza infermieristica.

3. Organizzazione del Personale

Dotazione organica

L'assistenza è garantita da un'équipe multidisciplinare composta da:

- **Infermieri:** ~8 unità FTE (di cui un Coordinatore infermieristico con funzioni di coordinamento di percorso)
- **OSS:** ~ 10 unità FTE
- **Medico:** 4,5 ore/die per 6 giorni/settimana
- **Altri professionisti:** fisioterapista, assistente sociale, logopedista.

Turnistica

L'organizzazione del personale è strutturata per garantire continuità assistenziale:

- Infermieri: H24 su 3 turni
- OSS: copertura H24
- Medico: presenza programmata

Organizzazione assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica rappresenta l'asse portante del modello organizzativo ed è orientata alla presa in carico globale del paziente.

Le principali attività comprendono:

- valutazione dei bisogni assistenziali
- gestione della terapia farmacologica
- monitoraggio dei parametri clinici
- prevenzione del rischio clinico (cadute, lesioni da pressione, delirium)
- educazione sanitaria del paziente e del caregiver

Si sviluppa nel seguente modo:

- Modello modulare
- Infermiere di riferimento per turno
- Funzione di case manager per coordinamento percorso

Organizzazione assistenza medica

- Presenza programmata
- Responsabilità clinica, terapeutica e documentale
- Attivazione consulenze specialistiche e diagnostiche

Organizzazione assistenza riabilitativa

- Attivata su valutazione fisiatrica
- Frequenza: 3–5 sedute/settimana
- Attività:
 - mobilizzazione
 - training del cammino
 - riattivazione funzionale
 - educazione caregiver

Operatività della struttura e servizi erogati

L'OdC garantisce:

- assistenza infermieristica continuativa
- monitoraggio clinico

- somministrazione terapia
- prevenzione complicanze (cadute, LdP, delirium)
- riattivazione funzionale
- educazione terapeutica
- attivazione servizi territoriali

4. Definizione Macro-Aree

L'organizzazione degli spazi dell'Ospedale di Comunità è definita in coerenza con quanto previsto dal Documento di Indirizzo per il meta-progetto dell'Ospedale di Comunità (Age.na.s, 2022), che prevede una suddivisione funzionale in macro-aree, finalizzata a garantire efficienza operativa, appropriatezza assistenziale e qualità degli ambienti.

La struttura è pertanto articolata nelle seguenti macro-aree:

Macro-area degenza

La macro-area di degenza rappresenta il nucleo centrale dell'attività assistenziale ed è destinata all'erogazione dei servizi sanitari rivolti ai pazienti presi in carico.

Essa comprende:

- Camere di degenza, organizzate in stanze singole o doppie, dotate di servizi igienici e attrezzature per l'assistenza di base
- Ambulatori per visite mediche, valutazioni cliniche e attività di monitoraggio
- Aree per la riabilitazione, destinate allo svolgimento di attività fisioterapiche e di recupero funzionale
- Spazi per il personale sanitario, inclusi locali per attività infermieristiche e mediche.

Tali ambienti sono progettati per garantire un livello assistenziale adeguato a pazienti a bassa intensità clinica, favorendo al contempo il comfort, la sicurezza e la continuità delle cure.

Macro-area servizi generali e logistici

La macro-area dei servizi generali e logistici comprende l'insieme degli spazi e delle funzioni non direttamente sanitarie, ma essenziali per il corretto funzionamento della struttura.

In particolare include:

- Aree di accoglienza e front-office, dedicate all'ingresso, orientamento e supporto degli utenti e dei familiari
- Spogliatoi per il personale, distinti per funzioni e conformi alle normative vigenti
- Aree relax e spazi comuni, destinati sia agli operatori sia agli utenti, per favorire il benessere organizzativo
- Magazzini e depositi, per lo stoccaggio di materiali sanitari e non sanitari
- Locali tecnici e impiantistici, necessari alla gestione delle infrastrutture (impianti elettrici, termici, ecc.)

Questa macro-area garantisce il supporto logistico e organizzativo indispensabile per l'erogazione dei servizi sanitari, contribuendo all'efficienza complessiva della struttura.

La distribuzione degli spazi per macro-aree è rappresentata nella planimetria allegata, nella quale sono evidenziate le diverse funzioni secondo una logica integrata, orientata all'efficienza dei percorsi assistenziali, alla sicurezza e al comfort degli utenti e degli operatori. (Allegato 1)

5. Modello organizzativo

Il modello organizzativo è basato sulla presa in carico globale del paziente e sulla collaborazione tra professionisti, attraverso la definizione di percorsi assistenziali personalizzati e condivisi.

Criteri di eleggibilità ed esclusione

Eleggibili:

- pazienti clinicamente stabilizzati
- multimorbilità
- bisogni assistenziali non gestibili a domicilio
- necessità di riattivazione o educazione caregiver

Non eleggibili:

- instabilità clinica
- necessità di monitoraggio intensivo
- bisogni diagnostico-terapeutici complessi

Gestione degli ingressi

- Segnalazione da ospedale o territorio
- Invio alla COT con SVAMA
- Valutazione appropriatezza da Direttore di Distretto (o delegato)
- Definizione priorità e inserimento

Obiettivi del ricovero e PAI

Il ricovero è finalizzato a:

- stabilizzazione
- recupero autonomia
- preparazione dimissione

Il PAI:

- è definito all'ingresso
- è multidisciplinare
- contiene obiettivi, interventi, tempi e responsabilità
- è condiviso con paziente e caregiver

Gestione del ricovero

Il percorso prevede:

- valutazione multidimensionale
- interventi assistenziali integrati
- monitoraggio continuo
- attivazione risorse (ADI, ausili, servizi sociali)

Figura chiave: **Infermiere Case Manager**

Gestione delle dimissioni

- pianificate fin dall'ingresso
- condivise con paziente e famiglia
- attivazione:
 - ADI
 - servizi territoriali
 - strutture residenziali (se necessario)

Obiettivo: continuità assistenziale e riduzione riospedalizzazioni.

6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

Cartella clinico-assistenziale

Sistema misto:

- **cartaceo**: diario clinico e scale valutative
- **informatizzato**: sistemi regionali (Atlante, Advenias)

Integrazione sistemi

- inserimento dati per flussi regionali
- gestione tramite piattaforme aziendali
- evoluzione prevista verso cartella completamente digitale

Chiusura e conservazione cartella

- cartella cartacea: archiviazione secondo normativa
- cartella informatica: chiusura alla dimissione
- comunicazione automatica alla COT per turnover posti letto

Monitoraggio e rendicontazione

Indicatori principali:

- tempo di accesso
- PAI entro 24h
- durata degenza
- riospedalizzazione 30 gg
- attivazione ADI
- tasso occupazione posti letto

Finalità:

- valutazione qualità assistenziale
- appropriatezza
- sostenibilità del servizio

7. Integrazione con altri Servizi

L'Ospedale di Comunità (OdC) è pienamente integrato nella rete delle cure intermedie aziendali, in stretto raccordo con la **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, che rappresenta il nodo organizzativo di coordinamento dei percorsi assistenziali.

La COT garantisce:

- la gestione delle richieste di accesso all'OdC
- la verifica dei criteri di eleggibilità attraverso la valutazione multidimensionale (SVAMA)
- la gestione e lo scorrimento delle liste di attesa
- il coordinamento dei trasferimenti tra ospedale, territorio e strutture intermedie
- l'attivazione dei percorsi di dimissione protetta

L'accesso all'OdC può avvenire da:

- strutture ospedaliere per acuti o riabilitative
- Case di Cura convenzionate
- domicilio, su proposta del Medico di Assistenza Primaria

La richiesta di inserimento viene trasmessa alla COT corredata da documentazione clinico-assistenziale (richiesta OdC e SVAMA sanitaria e cognitivo-funzionale), sulla base della quale viene effettuata la valutazione di appropriatezza.

Il processo di presa in carico prevede:

- verifica dell'eleggibilità del paziente
- definizione del progetto assistenziale preliminare e della durata della degenza
- eventuale attivazione di percorsi di accesso rapido per pazienti eleggibili

Durante la degenza, il raccordo con la rete territoriale è garantito attraverso:

- collaborazione con Cure Primarie e Medici di Assistenza Primaria
- eventuale attivazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)
- coinvolgimento dei servizi sociali e riabilitativi

In fase di dimissione, la COT assicura la continuità assistenziale attraverso:

- attivazione di assistenza domiciliare (ADI)
- inserimento in strutture residenziali, se necessario
- coordinamento con i servizi territoriali per la presa in carico post-ricovero

Tale modello organizzativo consente un'integrazione efficace tra i diversi livelli di assistenza, garantendo appropriatezza dei percorsi, continuità delle cure e ottimizzazione delle risorse, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla normativa regionale vigente.

Allegati

1. Planimetria
2. Istruzione Operativa 2 Allestimento e gestione carrello emergenza borsa di primo soccorso e defibrillatore"
3. Istruzione Operativa "Percorso riabilitativo estensivo e promozione del recupero delle autonomie in Ospedale di Comunità"
4. Istruzione operativa "Gestione del paziente instabile in Ospedale di comunità"

Luogo e Data

Nominativo e Firma digitale



Signed with  NamirialSign

SILVIA MANEA
12/08/2026 14:49:53 UTC+0200