

# **AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 1096 DEL 27/06/2024

### **O G G E T T O**

ADOZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA'

Proponente: DIRETTORE SANITARIO  
Anno Proposta: 2024  
Numero Proposta: 1165/24

Il Direttore Sanitario riferisce quanto segue:

Alla luce dei bisogni assistenziali sempre più complessi, della molteplicità delle relazioni, delle specificità territoriali e della pluralità delle competenze necessarie per garantire cure appropriate e sicure, diventa sempre più importante articolare le strutture sanitarie e socio-sanitarie sulla base dell'intensità di cura, definendo le modalità ed i criteri di accesso ai relativi servizi.

L'Ospedale di Comunità (ODC) è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolto a persone che, a seguito di episodi di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverate in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per assistiti che si trovano al loro domicilio.

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

Il percorso normativo che ha portato alla definizione degli Ospedali di Comunità (ODC) è stato lungo ed articolato.

Il primo atto a parlare dell'Ospedale di Comunità è stato il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in cui l'ODC veniva definito come uno strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere e come modalità di completamento dell'offerta dei servizi di cure intermedie (*intermediate health care*).

Successivamente, un lungo articolo della rivista Monitor dell'Agenas del 2011 identificava tali presidi come Strutture di cure intermedie (SCI).

All'interno del Patto per la Salute 2014-2016 si parla esplicitamente di Ospedali di Comunità da attivare al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale.

Una prima vera caratterizzazione degli Ospedali di Comunità avviene però solo con il D.M. Salute n. 70/2015.

Anche il Piano Nazionale della Cronicità del 2016 si occupa dell'Ospedale di Comunità inserendolo tra i diversi setting assistenziali per la cronicità e collocandolo quale anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.

Nel 2020 vengono approvati in Conferenza Stato-Regioni i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Nel 2021 il Governo approva il Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) che si pone l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso il finanziamento e lo sviluppo degli Ospedali di Comunità (e di altre strutture) come una struttura residenziale sanitaria della rete territoriale che ha l'obiettivo di contribuire ad una maggiore appropriatezza delle cure.

Il PNRR prevede anche l'approvazione degli standard per l'organizzazione dei servizi e delle strutture territoriali, cosa che è stata effettivamente realizzata con l'approvazione del Decreto n.77 del Ministro della Salute 23 maggio 2022, Il Decreto fornisce una serie di indicazioni strutturali, tecnologiche ed organizzative sugli Ospedali di Comunità alcune delle quali hanno valore descrittivo mentre altre hanno valore prescrittivo e costituiscono i requisiti minimi obbligatori per il funzionamento degli ODC recepito

con DGR n. 721 del 22 giugno 2023 Programmazione dell'assetto organizzativo ed operativo della rete assistenziale territoriale in attuazione a quanto previsto ex Piano Nazionale per la Ripresa e la Resilienza (PNRR) e D.M. 23/05/2022, n. 77. D.G.R. n. 2/CR del 10/01/2023.

In linea con quanto sopra premesso l'Azienda Ulss8 Berica ha realizzato nel proprio territorio i seguenti Ospedali di Comunità:

- Ospedale di Comunità di Lonigo;
- Ospedale di Comunità di Noventa;
- Ospedale di Comunità di Valdagno;
- Ospedale di Comunità di Monte Crocetta;
- Ospedale di Comunità di Sandrigo.

Per il governo dei suddetti ODC è stato redatto l'allegato "Regolamento Aziendale degli Ospedali di Comunità" per i quali sono stati definiti i livelli di responsabilità e le rispettive funzioni, così articolate:

### ***Responsabile Gestionale Organizzativo***

Rappresentato dal Direttore di Distretto o suo Delegato.

Rientrano tra i suoi compiti la definizione e il monitoraggio delle procedure, i criteri di ingresso e di dimissione. Valuta l'appropriatezza dell'inserimento in ODC per i singoli utenti. Gestisce l'ammissione e la dimissione dell'assistito dall'ODC, d'intesa con il Responsabile Medico dell'ODC, il Coordinatore delle professioni sanitarie e con le Cure Primarie referenti di territorio in caso di dimissione protetta (es.: domicilio, centri servizi, ...).

### ***Responsabile Medico***

È Responsabile del percorso clinico dell'assistito ricoverato in ODC, della gestione dei farmaci, dei presidi, della documentazione sanitaria.

Adotta PDTA, le misure per la gestione del rischio clinico, le misure igienico-sanitarie, organizza l'assistenza sanitaria ed i percorsi di cura.

Collabora con il Coordinatore delle Professioni Sanitarie per la programmazione degli ingressi e delle dimissioni dall'ODC.

### ***Coordinatore delle Professioni Sanitarie***

E' incaricato della pianificazione, organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica di base. Collabora alla definizione del progetto assistenziale post-ricovero. Collabora con il Responsabile Medico per la programmazione degli ingressi e delle dimissioni dall'ODC; programma tutte le azioni necessarie a favorire la dimissione.

### ***Case Manager dell'ODC***

L'Infermiere Case Manager diventa la figura di riferimento per la persona assistita, i familiari e/o caregiver.

In particolare:

- in collaborazione col Responsabile Medico della struttura, accoglie l'assistito e pianifica gli interventi assistenziali ed educativi;
- predispone tutte le azioni necessarie a favorire la dimissione secondo i criteri di continuità delle cure, per esempio l'invio di modulistica per "ausili e presidi", per Nutrizione Clinica, per Ossigeno Terapia domiciliare e segnalazione bisogni infermieristici tramite il SIT Atlante per la presa in carico da parte delle Cure Primarie, nonché per l'attivazione di Assistenti Sociali;

- chiede la collaborazione delle Cure Primarie per le dimissioni protette e la convocazione di UVMD anche per il tramite della COT; informa la persona assistita ed i suoi familiari sui servizi e sui percorsi attivabili.

***Assistente sociale:***

Collabora per la definizione dei bisogni sociali e delle risorse familiari dell'utente, anche in collaborazione con gli assistenti sociali del Comune di residenza dello stesso, per la definizione del progetto di inserimento in ODC e di dimissione.

Il Regolamento prevede l'istituzione di un gruppo di monitoraggio, presieduto dal Direttore di Distretto (o suo delegato), e composto dal Responsabile delle Cure Primarie (o suo delegato), da un Coordinatore infermieristico territoriale, dal Responsabile Gestionale Organizzativo, dal Responsabile Medico dell'ODC e dal Coordinatore delle Professioni Sanitarie del medesimo. Il Gruppo ha il compito di riunirsi periodicamente per discutere e risolvere eventuali problematiche organizzativo-gestionali e definire e valutare gli indicatori di monitoraggio dell'attività svolta:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in ODC;
- Tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni;
- Degenza media in ODC;
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier);
- N. utenti provenienti dal domicilio;
- N. utenti provenienti da ospedali.

Visti il PSN 2006-2008; il Monitor Agenas 2011; il Patto per la Salute 2014-2016; il DM n. 70/2015; il Piano Nazionale della Cronicità 2016; la Conferenza Stato-Regioni del 2020; il PNRR del 2021; il DM n. 77/2022.

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 e dei Servizi Socio-Sanitari hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

**IL DIRETTORE GENERALE**

**DELIBERA**

1. di approvare le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di adottare il "Regolamento Aziendale degli Ospedali di Comunità" come da documento allegato, che fa parte sostanziale del presente provvedimento, comprese le schede operative per ogni Ospedale di Comunità presente sul territorio aziendale;
3. di avvertire che il regolamento in argomento definisce i livelli di responsabilità e le corrispondenti funzioni attribuite alle figure professionali, come riportato nelle premesse;
4. di trasmettere copia del presente provvedimento alle competenti strutture regionali;

5. di pubblicare la presente deliberazione nell'albo on-line della Azienda;

\*\*\*\*\*

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo  
(dr. Leopoldo Ciato)

Il Direttore Sanitario  
(parere non richiesto)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari  
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE  
(Patrizia Simionato)

---

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

IL DIRETTORE  
UOC AFFARI GENERALI

---



**DIREZIONE SANITARIA  
DIREZIONE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI  
DISTRETTO EST  
DISTRETTO OVEST  
DIREZIONE MEDICA EST  
DIREZIONE MEDICA OVEST**

**REGOLAMENTO AZIENDALE DEGLI  
OSPEDALI DI COMUNITA'**

**Azienda ULSS 8 Berica**

**Codifica**

**DMO-REG-032**

**Preparazione**

**Coordinatore GdL  
Dott.ssa Sara Mondino f.to**

**Verifica**

**Responsabile Servizio Qualità  
Dott. Marcello Mezzasalma f.to**

**Approvazione**

**Direttore Sanitario  
Dott. ssa Emanuela Zilli f.to  
Direttore dei Servizi Socio-Sanitari  
Dott. Achille Di Falco f.to**

**Rev. 00**

**Giugno 2024**

# INDICE

## **1. PREMESSA**

## **2. GRUPPO DI LAVORO**

## **3. ACRONIMI**

## **4. CAMPO DI APPLICAZIONE**

4.1 Descrizione dell'Ospedale di Comunità ed obiettivi

4.2 Destinatari, utenti ammessi e criteri di esclusione

4.3 Standard assistenziali

4.4 Responsabilità e Personale

## **5. DESCRIZIONE DEL PERCORSO**

5.1 Unità operative e servizi coinvolti

5.2 Modalità di ammissione

5.3 Attività per la transizione dell'assistito

5.4 Modalità di dimissione

## **6. ATTIVITA' DELL'OSPEDALE DI COMUNITA'**

6.1 Modello assistenziale

6.2 Accoglimento del paziente in Ospedale di Comunità

6.3 Definizione della documentazione clinica

6.4 Fornitura farmaci, dispositivi, presidi e ausili

6.5 Trasporti sanitari

6.6 Organizzazione delle emergenze/urgenze

6.7 Degenza

6.8 UVMD (DGR n. 4588 del 2007)

6.9 Sistema informativo territoriale

6.10 Rapporti con familiari/caregiver: informazioni - comunicazioni - reclami

## **7. PROCEDURE AMMINISTRATIVE PER RICOVERI E DIMISSIONI**

7.1 Compartecipazione alle spese

7.2 Deposito, archiviazione e richiesta della documentazione sanitaria

## **8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' E GESTIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE**

## **9. INDICATORI DI MONITORAGGIO**

## **10. RIFERIMENTI NORMATIVI**

## **11. ALLEGATI**

## **1. PREMESSA**

Il presente regolamento si applica agli Ospedali di Comunità presenti sul territorio dell'Azienda Ulss 8 Berica:

- Ospedale di Comunità di Lonigo: scheda operativa in allegato
- Ospedale di Comunità di Noventa: scheda operativa in allegato
- Ospedale di Comunità di Valdagno: scheda operativa in allegato
- Ospedale di Comunità di Monte Crocetta: scheda operativa in allegato
- Ospedale di Comunità di Sandrigo: scheda operativa in allegato

## **2. GRUPPO DI LAVORO**

- Dott.ssa Sara Mondino: Direttore UOC Direzione Medica Arzignano, Direttore Medico ad interim Direzione Medica 2 Vicenza
- Dott. Massimiliano Colucci: Direttore ff Direzione Medica 1 Vicenza
- Dott.ssa Mariuccia Lorenzi: Direttore Distretto Ovest
- Dott.ssa Chiara Francesca Marangon: Direttore Distretto Est
- Dott. Paolo Sandonà: Direttore ff Cure Primarie Est
- Dott.ssa Silvia Manea: Direttore Cure Primarie Ovest
- Dott. Fabio Vicariotto: Direttore UOC Professioni Sanitarie
- Dott.ssa Silvia Bolcato: Medico Direzione Medica Ovest
- Dott.ssa Giulia Sandri: Medico Direzione Medica Ovest
- Dott.ssa Michela Biasio: Medico Cure Primarie Ovest
- Dott. Stefano Auriemma: Medico NBM Est
- Dott.ssa Maria Paola Zanon: Medico Direzione Medica Est
- Dott. Stefano Auriemma: Medico Direzione Medica Est
- Dott.ssa Sonia Dal Degan: Coordinatrice COT
- Dott. Renato Moresco: COT Ovest, NBM Ovest
- Dott.ssa Michela Bortoluzzi: NBM Est
- Dott.ssa Vanessa Vigolo: CI OdC Valdagno
- Dott.ssa Tania Ambrosi: CI OdC Lonigo e Noventa
- Dott. Davide Navetti: RRF Lonigo
- Dott.ssa Antonietta Vinobianco: Assistente Sociale COT Ovest
- Dott.ssa Roberta Spagnolo: Assistente Sociale COT Est
- Dott.ssa Enrica Sabadini: Direzione Professioni Sanitarie Ovest
- Dott.ssa Martina Michelazzo: Direzione Professioni Sanitarie Est

## **3. ACRONIMI**

- CA: Continuità Assistenziale.
- Cdr o CdS: Casa di riposo o Centri di servizi (Struttura Residenziale Territoriale per anziani)
- COT: Centrale Operativa Territoriale
- CP : Cure Primarie
- DGR: Delibera Giunta Regionale
- DMO: Direzione Medica Ospedaliera.
- NBM: Nucleo Bed Management.
- NCP: Nucleo Cure Palliative.
- MAP : Medico di Assistenza Primaria
- ODC: Ospedale di Comunità.
- PO: Presidio Ospedaliero
- POCT: Point of Care Testing
- PS: Pronto Soccorso.
- SUEM: Servizio Urgenza Emergenza Medica.

- UDO: Unità di offerta
- UVMD: Unità di Valutazione Multidimensionale.

## **4. CAMPO DI APPLICAZIONE**

### **4.1 Descrizione dell'Ospedale di Comunità e obiettivi**

L'Ospedale di Comunità (ODC) è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolto a persone che, a seguito di episodi di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverate in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per assistiti che si trovano al loro domicilio.

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

La degenza in ODC ha come obiettivi prioritari:

- evitare il ricovero improprio in un reparto per acuti per utenti fragili/cronici con prevalenza di fabbisogni socio-sanitari nelle riacutizzazioni o per l'insorgenza di quadri imprevisti;
- favorire il consolidamento dei risultati ottenuti durante la degenza in reparto per acuti garantendo un ulteriore monitoraggio clinico;
- prevenire le complicanze e favorire il recupero delle autonomie finalizzato al rientro a domicilio e a posticipare il più possibile l'ingresso in strutture residenziali;
- fornire assistenza, sollievo del dolore, mantenimento della qualità della vita e delle relazioni significative per gli assistiti affetti da malattie inguaribili ed altamente invalidanti.

### **4.2 Destinatari e utenti ammessi e criteri di esclusione**

L'UDO si rivolge prevalentemente ai pazienti in dimissione dall'Ospedale, in fase post acuta con necessità di stabilizzazione, supervisione, monitoraggio, adeguamento terapeutico, recupero funzionale, palliazione.

Accoglie anche persone dal domicilio per problematiche socio assistenziali che rendono difficile la gestione clinica.

Possono accedere all'Ospedale di Comunità:

- persone affette da patologie croniche riacutizzate
- persone affette da patologie in fase di aggravamento irreversibile
- persone affette da patologie croniche in trattamento che necessitano di stabilizzazione
- persone con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana (ADL) con tre diverse possibili traiettorie prognostiche:
  1. persone le cui funzioni/abilità perse possono essere recuperate, ma è necessario un periodo di convalescenza durante il quale favorire la mobilitazione possibile, la riattivazione e la ripresa di alcune ADL, con un percorso da iniziare in Ospedale di Comunità e da proseguire eventualmente in ambito riabilitativo (recupero funzionale differito);
  2. persone le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, non sono recuperabili, dovendo adattare l'assistito (e la famiglia) all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico. È necessario un breve periodo di tempo per

- capire se la nuova situazione funzionale è compatibile con un rientro a domicilio o se è necessaria una istituzionalizzazione (adattamento alla disabilità definitiva);
3. persone le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, in cui la malattia ha una prognosi infausta a breve termine e potrebbero non essere eleggibili per l'Hospice (palliazione, anche non oncologica).

Il bacino di utenza comprende gli utenti residenti nel territorio dell'Azienda ULSS 8 Berica. Persone residenti fuori ULSS potranno essere accolte previa specifica autorizzazione e in accordo con l'ULSS di residenza delle stesse.

**Nota:**

Persone assistite con problematiche sociali prevalenti (ad esempio problemi socio economici, abitativi, solitudine, altre fragilità sociali, etc) potranno essere accolte previa l'esecuzione di una UVMD per la definizione del progetto assistenziale.

Non possono essere ammessi in OdC persone con:

- problematiche acute in atto e instabilità clinica;
- inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami dirimenti per la definizione/modificazione dei criteri di accoglibilità);
- programma terapeutico non ben delineato (comprensivo di obiettivi, tempi di raggiungimento, compliance familiare);
- disturbi comportamentali non controllati dalla terapia (es. aggressività, a rischio di autolesionismo);

#### **4.3 Standard Assistenziali**

Lo standard atteso del personale assistenziale risponde a quanto previsto dal DM 77 del 23/05/2022.

#### **4.4 Responsabilità e Personale**

La gestione e l'attività nell'ODC è basata su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità clinica e igienico sanitaria è in capo al medico mentre la responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico.

##### ***Responsabile Gestionale Organizzativo***

Rappresentato dal Direttore di Distretto o suo Delegato.

Rientrano tra i suoi compiti la definizione e il monitoraggio delle procedure, i criteri di ingresso e di dimissione. Valuta l'appropriatezza dell'inserimento in ODC per i singoli utenti. Gestisce l'ammissione e la dimissione dell'assistito dall'ODC, d'intesa con il Responsabile Medico dell'ODC, il Coordinatore delle professioni sanitarie e con le Cure Primarie referenti di territorio in caso di dimissione protetta (es.: domicilio, centri servizi, ...).

##### ***Responsabile Medico***

È Responsabile del percorso clinico dell'assistito ricoverato in ODC, della gestione dei farmaci, dei presidi, della documentazione sanitaria.

Adotta PDTA, le misure per la gestione del rischio clinico, le misure igienico-sanitarie, organizza l'assistenza sanitaria ed i percorsi di cura.

Collabora con il Coordinatore delle Professioni Sanitarie per la programmazione degli ingressi e delle dimissioni dall'ODC.

**Coordinatore delle Professioni Sanitarie:** è incaricato della pianificazione, organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica di base. Collabora alla definizione del progetto assistenziale post-ricovero. Collabora con il Responsabile Medico per la programmazione degli ingressi e delle dimissioni dall'ODC; programma tutte le azioni necessarie a favorire la dimissione.

**Case Manager dell'ODC:** l'Infermiere Case Manager diventa la figura di riferimento per la persona assistita, i familiari e/o caregiver.

In particolare:

1. in collaborazione col Responsabile Medico della struttura, accoglie l'assistito e pianifica gli interventi assistenziali ed educativi;
2. predispose tutte le azioni necessarie a favorire la dimissione secondo i criteri di continuità delle cure, per esempio l'invio di modulistica per "ausili e presidi", per Nutrizione Clinica, per Ossigeno Terapia domiciliare e segnalazione bisogni infermieristici tramite il SIT Atlante per la presa in carico da parte delle Cure Primarie, nonché per l'attivazione di Assistenti Sociali;
3. chiede la collaborazione delle Cure Primarie per le dimissioni protette e la convocazione di UVMD anche per il tramite della COT;
4. informa la persona assistita ed i suoi familiari sui servizi e sui percorsi attivabili.

**Assistente sociale:** collabora per la definizione dei bisogni sociali e delle risorse familiari dell'utente, anche in collaborazione con gli assistenti sociali del Comune di residenza dello stesso, per la definizione del progetto di inserimento in ODC e di dimissione.

## **5. DESCRIZIONE DEL PERCORSO**

### **5.1 Unità operative e servizi coinvolti**

Il presente percorso operativo viene applicato negli ODC con la collaborazione delle Unità Operative dell'ULSS 8 Berica, delle COT, dei servizi di Bed Management, delle Cure Primarie che saranno garanti a loro volta del coinvolgimento dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) e dei servizi distrettuali per la presa in carico dei pazienti in caso di necessità di dimissione protetta dagli ODC verso il domicilio o in Centri di Servizi o, viceversa, di ammissione all'ODC dal territorio.

### **5.2 Modalità di ammissione**

L'ammissione all'ODC può avvenire:

- dall'ospedale su proposta dei medici delle UU.OO. con la collaborazione del coordinatore e/o case manager, ove presente;
- dalle Case di Cura private convenzionate su proposta del medico referente;
- dal domicilio su proposta del MAP.

Per la valutazione all'accesso in ODC è necessaria la compilazione dei seguenti documenti da inviare alla COT di residenza del paziente:

- Richiesta ODC
- Svama Sanitaria e Svama Cognitivo funzionale

### 5.3 Attività per la transizione dell'assistito

Prima dell'ingresso in ODC, il Responsabile Gestionale Organizzativo dell'accesso, in coordinamento con la Centrale Operativa Territoriale:

- verifica l'eleggibilità dell'assistito, in sinergia con i MAP, le Cure Primarie, gli infermieri case-manager dell'U.O. ospedaliera e della struttura intermedia
- effettua la valutazione multidimensionale pre-ingresso (sia in ospedale che a domicilio), secondo i protocolli operativi in vigore per le ammissioni-dimissioni protette in queste strutture. Una volta ritenuto idoneo, il paziente viene inserito nella lista tramite il SIT. Il collegamento funzionale tra la struttura, l'ospedale e il domicilio viene comunque mediato dalla Centrale Operativa Territoriale, che provvede alla gestione e allo scorrimento della lista di attesa, all'evasione delle richieste di ingresso in accordo con l'infermiere case-manager che coordina l'accoglimento del paziente in ODC.
- definisce il progetto assistenziale comprensivo del tempo di permanenza nella struttura intermedia e della traiettoria prognostica.

La COT può, in casi selezionati, organizzare con un protocollo di triage ingressi rapidi di utenti eleggibili dall'ospedale o altro luogo di cura, concordati con il Responsabile Medico della struttura ODC ed approvati dal Responsabile Organizzativo Gestionale.

Il case manager o coordinatore di reparto informato dalla COT dell'accettazione della richiesta per ingresso in ODC, informa l'assistito ed il caregiver, anche con l'ausilio di materiale informativo e acquisisce firmato il modulo di accettazione delle condizioni di ricovero in ODC.

Il Responsabile Medico dell'assistito in accordo con il Coordinatore delle Professioni Sanitarie e/o con il Case Manager, in coordinamento con la COT, effettua:

- Valutazione alla dimissione e facilitazione del rientro a domicilio anche attraverso la prescrizione e la verifica della fornitura di presidi e ausili necessari nel post-ricovero, in raccordo funzionale con il distretto e con il fisiatra.
- Colloqui regolari e normati con l'assistito e con i familiari per raccogliere le preferenze del paziente e/o del caregiver per costruire il rientro a domicilio o la transizione verso altri luoghi di cura.

L'UVMD, qualora necessaria per la definizione del progetto assistenziale post-ricovero, verrà eseguita durante la degenza in ODC, preferibilmente in struttura e non in distretto, con la partecipazione del MAP che potrà, in quella occasione, avere accesso alla struttura per valutare l'assistito, favorire il colloquio con il personale, ricevere consegne cliniche e assistenziali e concordare un accesso domiciliare post-ricovero per favorire la continuità assistenziale e la collaborazione con il caregiver/familiare, per favorire una dimissione della persona possibilmente a domicilio.

### 5.4 Modalità di dimissione

Scaduto il periodo indicato nel progetto assistenziale individualizzato definito dai soggetti incaricati, l'assistito viene dimesso. La Centrale Operativa Territoriale, su segnalazione del case-manager dell'ODC, verificherà la necessità di garantire percorsi di dimissione protetta verso il domicilio o verso altre unità di offerta residenziali, attivando nei tempi utili, le procedure valutative necessarie per l'attivazione di progetti di assistenza domiciliare o residenziale. In caso di necessità di rimanere in ambiente protetto, l'assistito potrà essere inserito in altre unità di offerta residenziale, a titolo privato, o, previa valutazione UVMD, con l'attribuzione dell'impegnativa di residenzialità in base all'effettivo posizionamento nel registro unico della residenzialità. In entrambi i casi la persona assistita sottoscrive un nuovo contratto con il Centro di Servizio individuato con l'indicazione dei relativi oneri economici di compartecipazione.

## 6. ATTIVITA' DELL'OSPEDALE DI COMUNITA'

### 6.1 Modello assistenziale

Sono assunte e date per acquisite le procedure e le modalità operative in uso presso ogni singola struttura riguardanti:

- I compiti del personale di assistenza al degente.
- Le procedure sanitarie aziendali, incluse quelle inerenti la prevenzione e la sorveglianza di tutte le infezioni correlate all'assistenza.
- La modulistica e le modalità di prescrizione e distribuzione di farmaci e presidi.
- La modulistica e le modalità di prescrizione di esami di laboratorio, esami strumentali e di consulenze specialistiche.

L'attività medica presso l'ODC è così organizzata:

- accesso quotidiano alla struttura;
- valutazione all'ingresso e definizione del profilo di cura;
- valutazione medica documentata (almeno due volte alla settimana) e monitoraggio clinico durante la permanenza (almeno un'ora alla settimana per paziente riportato in cartella);
- valutazione alla dimissione, con l'invio al MAP di tutte le informazioni cliniche dell'assistito;
- partecipazione dell'équipe dedicata finalizzata alla definizione, monitoraggio e revisione del processo assistenziale;
- compilazione della cartella informatizzata, se in uso;
- gestione relazione con i familiari (con identificazione degli orari di colloquio o su appuntamento);
- gestione consenso informato.

### 6.2 Accoglimento della persona assistita in Ospedale di Comunità

L'accoglimento in ODC prevede l'accompagnamento di documentazione clinica (lettera di dimissione ospedaliera medica e infermieristica) per consentire la continuità assistenziale e preferibilmente anche la presenza di familiari/caregiver per la completezza di informazioni specie per gli utenti non autosufficienti e disorientati.

L'accoglimento della persona in ODC prevede attività collaborative interconnesse del:

1. Responsabile Medico della struttura: in aggiunta ai compiti istituzionali è suo dovere esporre sempre, al momento dell'ingresso, all'assistito e/o ai familiari il piano di cura concordato, comprensivo dei tempi previsti di degenza, dandone evidenza nel diario clinico.
2. Coordinatore/case manager: di norma contatta il reparto di provenienza per un aggiornamento delle condizioni cliniche dell'assistito. Gestisce le fasi dell'accoglimento pianificando il percorso assistenziale individuale secondo i bisogni della persona. Raccoglie la documentazione sanitaria, acquisisce la copia del documento di identità e della tessera TEAM. L'infermiere fornisce inoltre informazioni all'assistito ed al caregiver relative alle caratteristiche dell'assistenza in ODC. Acquisisce il *Modulo di accettazione delle condizioni di ricovero* firmato, la cui compilazione costituisce requisito indispensabile per ricovero in ODC, in cui sono esplicitate le modalità assistenziali vigenti in ODC, la durata del percorso assistenziale e la partecipazione alle spese di ricovero. Viene acquisita copia del documento di identità della persona che firma l'accettazione, qualora differente dal diretto interessato, e copia del documento del paziente.

Il consenso al trattamento dei dati personali viene gestito secondo la normativa vigente sulla protezione dei dati.

3. Assistito o caregiver: Fornisce le copie di un documento d'identità e TEAM, firma il modulo di accettazione di ricovero in ODC, firma l'informativa sulla conservazione degli effetti personali.

### **6.3 Definizione della documentazione clinica**

Sono considerati parte indispensabile della scheda clinica della persona ricoverata in ODC i seguenti documenti:

- Scheda richiesta inserimento in ODC
- Valutazione d'ingresso e traiettoria prognostica
- Accettazione delle condizioni di ricovero in ODC
- Consenso informato (interventi invasivi, trasfusioni...)
- Scheda di presa in carico da parte dell'Infermiere Case Manager
- Scale di valutazione (BRASS - Barthel - Braden - Scheda aziendale rilevazione rischio caduta - SVAMA - Karnowsky)
- Diario medico
- Diario infermieristico
- Documentazione trasfusionale
- Richieste/referti di visite/indagini diagnostiche e di esami di laboratorio, ecc.
- Termografica (parametri vitali, terapia, misurazione dolore)
- Lettera di dimissione
- Scheda infermieristica di dimissione
- Avviso di decesso

La scheda è integrata con i documenti necessari a tracciare l'attività svolta, che talvolta si trovano nel Sistema Informativo Territoriale, qualora pertinenti al periodo di degenza:

- Verbali UVMD
- Scheda rilevazione lesione da pressione (Braden)
- Richiesta attivazione dimissioni protette
- Segnalazione eventi avversi (caduta, ICA, contenzione)

All'interno degli ODC sono garantite alcune attività di monitoraggio degli assistiti, in collaborazione con gli specialisti presenti nelle strutture afferenti o in collegamento funzionale con relativo trasporto dell'assistito, anche attraverso servizi di telemedicina o di teleconsulenza.

Al fine di realizzare anche interventi di riabilitazione motoria in ogni ODC deve essere garantito accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riattive.

### **6.4 Fornitura farmaci, dispositivi, presidi e ausili**

L'Azienda ULSS garantisce la fornitura di farmaci, presidi ed ausili personalizzati e non, agli utenti dell'ODC.

I farmaci, dispositivi e presidi sanitari, vengono forniti durante la degenza, direttamente dalla Farmacia ospedaliera attraverso approvvigionamento settimanale di farmaci e presidi e mensile del

fialaggio, sia per maggior puntualità, sia per ridurre gli sprechi ed evitare accumulo di prodotti, facendo riferimento ai contenuti del Prontuario Terapeutico Ospedaliero e dalla normativa regionale.

In sede di dimissione, l'ODC dota la persona assistita di eventuali nuovi farmaci prescritti nella lettera di dimissione per i primi giorni di terapia.

## **6.5 Trasporti sanitari**

Per l'utilizzo del trasporto sanitario presso i luoghi deputati all'erogazione delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero per gli ospiti si fa espresso riferimento a quanto disposto dalla circolare regionale n.12 del 4/5/1999, da ultimo modificata con D.G.R. n. 1411 del 6/9/2011 e vengono effettuati secondo la procedura aziendale in essere.

## **6.6 Organizzazione delle emergenze/urgenze**

L'organizzazione delle emergenze-urgenze viene gestita sulla base delle procedure interne, specifiche per ogni singolo presidio di ODC.

## **6.7 Degenza**

La durata della degenza viene di norma programmata secondo i bisogni assistenziali rilevati, per un periodo indicativo di 30 giorni eventualmente prorogabili.

L'assegnazione della impegnativa viene erogata dal Responsabile Gestionale Organizzativo. Eventuali proroghe devono essere autorizzate dal Responsabile Gestionale Organizzativo.

## **6.8 UVMD (DGR 4588/2007)**

Qualora il Responsabile Medico/Case Manager dell'ODC individui un assistito che presenta rischio di dimissione difficile (compilazione BRASS), che necessita pertanto di una dimissione protetta (es.: presso il domicilio, centri servizi...) attiverà l'UOC Cure Primarie per la discussione del caso e dei suoi bisogni assistenziali.

Le Cure Primarie convocheranno l'UVMD, anche tramite video-conferenza, con il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori e/o servizi necessari alla definizione del piano assistenziale integrato della persona.

Visto che il progetto di inserimento in ODC è sempre temporaneo, è auspicabile che il coinvolgimento delle Cure Primarie sia operato il più precocemente possibile.

## **6.9 Sistema informativo territoriale (SIT)**

Costituiscono dati obbligatori al fine della correttezza del flusso inviato in Regione con periodicità mensile:

- dati anagrafici
- tracciato record come da DGR n. 2863 del 29/12/2014 e ss.mm.ii.
- valutazione multidimensionale: sono previste due valutazioni una all'ingresso e una alla dimissione. Da compilare SVAMA Cognitivo funzionale, Sanitaria e Supporto della rete sociale, punteggio Karnofsky, traiettoria prognostica (accoglimento) ed esiti funzionali al congedo oltre a dati clinici (cadute, infezioni, contenzione).

Il Responsabile Gestionale Organizzativo è il garante della raccolta delle informazioni necessarie ad assolvere il debito informativo.

### **6.10 Rapporti con familiari/caregiver: informazioni – comunicazioni – reclami**

L'assistito, al momento dell'ingresso, segnala le persone che possono essere informate della sua presenza in ODC e delle sue condizioni cliniche. In presenza di diversi familiari è opportuno individuare un referente con cui può rapportarsi il personale di assistenza e per le comunicazioni.

I parenti/caregiver ricevono le informazioni sull'organizzazione dell'ODC al momento dell'ingresso: eventuali chiarimenti possono essere forniti dal personale di assistenza.

Il Responsabile Medico condivide con l'assistito e/o ai familiari il piano di cura comprensivo dei tempi previsti di degenza. Durante la degenza i parenti/caregiver possono richiedere un appuntamento con il Responsabile Medico per essere aggiornati sull'andamento clinico dello stesso.

## **7. PROCEDURE AMMINISTRATIVE PER RICOVERI-DIMISSIONI**

Per le procedure amministrative di Accettazione/Dimissione dell'OdC saranno utilizzate le normali procedure SIT con il profilo di ciascun ODC.

### **7.1 Compartecipazione alle spese**

Con D.G.R. del 433 del 6 aprile 2017 e successive integrazioni con DGR 614/2019 e 1887/2019, la Regione del Veneto ha previsto per il ricovero in Ospedale di Comunità (attivato presso ospedali pubblici e privati accreditati) che l'assistito partecipi alla spesa sanitaria versando all'Azienda ULSS i seguenti importi:

- € 25.00 dal 61° giorno al 90° in caso di proroga oltre i 60 giorni autorizzata dal Responsabile della Struttura nei casi in cui non vi sia stabilizzazione del quadro clinico
- € 45.00 dal 91° giorno in poi in caso di proroga autorizzata
- € 145 (tariffa intera DGR 433/2017 e 1887/2019) dal giorno in cui è stata disposta la dimissione dall'Ospedale di Comunità a cura del medico che ha in carico l'assistito.

Al momento dell'ingresso alla persona assistita/caregiver viene fatto pro-memoria delle tariffe previste.

Il coordinatore delle professioni sanitarie/case manager verifica la presenza del *Modulo di accettazione delle condizioni di ricovero* firmato, accertandosi che esso sia stato compilato in tutte le parti.

Verifica la presenza della copia del documento di identità del firmatario, che rimane in cartella.

In presenza di un rifiuto da parte dell'assistito/caregiver alla firma del documento di accettazione delle condizioni di ricovero si provvederà appena possibile alla dimissione.

La tariffa intera (€ 145.00) viene applicata nei casi in cui l'assistito, pur avendo completato il percorso sanitario previsto, rifiuta la dimissione: di norma verrà effettuata ulteriore valutazione del caso e informato l'assistito/caregiver della decorrenza. L'AULSS 8 Berica provvederà poi ad emettere e inviare regolare fattura all'utente per la riscossione della quota.

### **7.2 Deposito, archiviazione e richiesta della documentazione sanitaria**

La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto secondo procedura interna.

## 8. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/GESTIONE PERCORSO ASSISTENZIALE

Per garantire un intervento assistenziale di qualità, è indispensabile identificare chiaramente il ruolo delle singole componenti professionali coinvolte.

<b>DESCRIZIONE ATTIVITÀ</b>	<b>Medico U.O.</b>	<b>Coord. Inf./IC M U.O.</b>	<b>Responsabile Organizzativo Gestionale</b>	<b>Responsabile Medico OdC</b>	<b>Coord. Inf./ICM OdC</b>	<b>Medico delle Cure Primarie</b>	<b>MAP</b>	<b>COT</b>
Compilazione proposta ingresso in OdC <b>assistito ricoverato</b>	<b>R</b>	<b>C</b>						<b>I</b>
Compilazione proposta ingresso in OdC <b>assistito a domicilio</b>						<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
Ricezione della richiesta ingresso in OdC	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>I</b>					<b>R</b>
Valutazione eleggibilità all'inserimento	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>			<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Gestione lista di attesa	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>			<b>R</b>
Comunicazione piano di cura concordato e tempi di ricovero	<b>I (se ricoverato)</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>I</b>		<b>I (se da domicilio)</b>	<b>C</b>
Comunicazioni all'assistito e famiglia	<b>R (se ricoverato)</b>	<b>R</b>		<b>I</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>R (se da domicilio)</b>	<b>C</b>
Accoglienza paziente – informazioni organizzazione OdC				<b>R</b>	<b>C</b>			
Gestione del processo clinico e assistenziale			<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>			<b>C</b>
Pianificazione dimissioni (segnalazione e servizio ADI, verifica a presidi, farmaci, ecc.)			<b>C</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

Pianificazione dimissioni complesse			<b>C</b>	<b>R</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
UVMD			<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

R = RESPONSABILE C = COINVOLGIMENTO I= INFORMATO

## 9. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunita' sono:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- N. utenti provenienti dal domicilio
- N. utenti provenienti da ospedali

### GRUPPO DI MONITORAGGIO

Viene istituito un gruppo di monitoraggio, presieduto dal Direttore Distretto (o suo delegato), e composto dal Responsabile delle Cure Primarie (o suo delegato), da un Coordinatore infermieristico territoriale, dal Responsabile Gestionale Organizzativo, dal Responsabile Medico dell'O.d.C. e dal Coordinatore delle Professioni Sanitarie del medesimo. Il Gruppo ha il compito di riunirsi periodicamente per discutere e risolvere eventuali problematiche organizzativo-gestionali e definire e valutare gli indicatori di monitoraggio dell'attività svolta.

## 10. RIFERIMENTI NORMATIVI

- DGR n. 253 del 01.02.2000: “Atto di indirizzo per la programmazione dei servizi di riabilitazione in ambito ospedaliero e territoriale”;
- Legge Regionale n. 22 del 15 agosto 2002: autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie;
- Regolamento UE n.679 del 2016: Codice privacy;
- DGR 2481 del 6.8.2004: Sperimentazione organizzativa ai sensi dell’art. 25 della L.R. 03/02/1996, n. 5: “Progetto per l’attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dimissioni ospedaliere”;
- Deliberazione Direttore Generale Ulss 5 n. 655 del 22.12.2005 “Approvazione progetto per la realizzazione di un ospedale di Comunità”;
- L.R. n. 23 del 29.06.2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”;
- DGR n. 2621 del 18.12.2012: “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica” (Allegato D:compartecipazione alla spesa di degenza e ticket strutture intermedie);
- Dgr n. 2718 del 24.12.2012:”Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all’esercizio dell’Ospedale di comunità e delle URT”;
- DGR 2108 del 10.11.2014 “Standard strutturali minimi OdC e Urt”;
- Deliberazione Direttore Generale Ulss 5 n. 595 del 11.09.2014 “Approvazione regolamento “La documentazione sanitaria e socio sanitaria: compilazione, tenuta e responsabilità”;
- Delibera Direttore Generale n.358 del 14.05.2015 “Regolamento sulla protezione dei dati personali e dell’istruzione operativa per i Responsabili e gli Incaricati dei trattamenti”;
- DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014 “approvazione dei requisiti generali e specifici per l’accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per gli OdC e URT;
- Regione Veneto – Decreto n.1 del 10 ottobre 2016: “Approvazione documento tecnico sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza erogata presso l’ODC e URT;
- DGR n.2091 del 30.12.2015 “Tariffazione delle strutture per le cure intermedie. DGR 2621/2016 e DGR 2718/2012;
- DGR n. 433 del 06.04.2017: “Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale modifica del profilo assistenziale ed economico delle prestazioni mediche, e definizione dei criteri volti al superamento delle sospensioni del rilascio di nuovi accreditamenti disposta con DGR n. 2174 del 23.12.2016”;
- DGR n 1714 del 24.10.2017: Piano di attivazione prioritaria delle strutture di ricovero intermedio per il biennio 2018-2019;

- DGR n.13 del 28.5.18 “Piano socio sanitario regionale 2019-2023”;
- DGR 614 del 14 maggio 2019;
- DGR 1887 del 17 dicembre 2019;
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 20 febbraio 2020;
- DECRETO 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
- DGR n. 776 del 27 giugno 2023

## **11. ALLEGATI**

- Schede operative singoli OdC
- Istruzione Operativa Gestione Emergenza-Urgenza OdC Lonigo/Noventa

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

## Azienda ULSS 8 - Berica

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

Cod. Fisc. e P. IVA 02441500242

### Ospedale di Comunità di LONIGO

Sede	Presso l'Ospedale San Giovanni Battista di Lonigo – Via Sisana, 1. Temporaneamente presso questa sede unica è collocato anche l'ODC di Noventa e si applica una gestione unificata.
Posti Letto	24 pl (standard da schede regionali)  Lo standard provvisorio dei posti letto nel corso della gestione unificata Lonigo-Noventa è di n. 30 pl totali, dimensionati alla capacità ricettiva che l'attuale struttura può accogliere.
Afferenze diagnostiche	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Radiologia Lonigo:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- aperta con tecnici dal Lunedì al Venerdì per RX ed ECO dalle 8:00 alle 15:30 (dalle 8:00 alle 12:30 aperta anche agli esterni);</li></ul></li><li>- <b>Radiologia Noventa:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- aperta con tecnici dal Lunedì al Venerdì dalle 8:00 alle 20:00 - il Sabato dalle 8:00 alle 14:00;</li></ul></li><li>- <b>Radiologia Valdagno:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- da lunedì a venerdì il servizio radiologia è aperto dalle 8:00 alle 15.30 per eco e RX (tecnici di radiologia + radiologo); possibilità di effettuare TC refertate da radiologo/neuroradiologo in telemedicina;</li><li>- sabato il servizio è aperto dalle 8 alle 12 solo con il tecnico di radiologia (il radiologo è presente solo 2 sabati al mese)</li></ul></li><li>- <b>Radiologia Arzignano:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- aperta 24/24 7/7</li></ul></li></ul>
Afferenze laboratori	<b>Laboratorio di Arzignano e POCT Lonigo:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lonigo invia i campioni prelevati al Laboratorio di Arzignano con i trasporti in partenza da Lonigo per Arzignano delle ore: 9:00, 11:00, 14:30, 16:00;</li><li>- presenza in PPI Lonigo del POCT: L'UO fa una richiesta di laboratorio per esame urgente, la provetta viene portata in PPI, l'esame viene elaborato in PPI e caricato come attività del laboratorio; il POCT permette di elaborare i seguenti esami: emocromo, ematochimica, PT/PPT, didimero);</li></ul>

Consulenze specialistiche	<p>Garantite attività di monitoraggio dei pazienti in collaborazione con gli specialisti presenti nella struttura poliambulatoriale di Lonigo o in collegamento funzionale con relativo trasporto dell'assistito, anche attraverso servizi di telemedicina di teleconsulenza.</p> <p>Garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative collocate all'interno del presidio Ospedaliero di Lonigo all'interno del quale è presente la UOC MFR con servizi e palestre dedicate.</p>
Standard Assistenziale e Gestione delle emergenze/urgenze	<p>Il Responsabile Medico ed i Medici dell'ODC sono in capo all'U.O.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale, che stilerà la turnistica in rapporto alle esigenze sanitarie</p> <p>La presenza medica in struttura viene garantita da lunedì a venerdì continuativamente nell'arco della giornata (8.00-17.00), garantendo ammissioni e dimissioni dei pazienti.</p> <p>Al di fuori dell'orario di presenza dei medici interviene il Medico di guardia del Presidio Ospedaliero. Il Responsabile Medico lascerà in ODC le opportune consegne.</p> <p>Se un paziente degente in ODC necessita di ricovero in U.O. per acuti (per aggravamento clinico) si fa riferimento all'Istruzione Operativa <i>"La gestione dell'Emergenza/Urgenza in Ospedale di Comunità Lonigo-Noventa"</i></p> <p>Presso la struttura è presente il carrello dedicato delle urgenze.</p>
Trasporti sanitari	<p>Per l'utilizzo del trasporto sanitario presso i luoghi deputati all'erogazione delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero per gli ospiti si fa espresso riferimento a quanto disposto dalla circolare regionale n.12 del 4/5/1999, da ultimo modificata con D.G.R. n. 1411 del 6/9/2011 e vengono effettuati secondo la procedura aziendale in essere.</p>
Documentazione Clinica	<p>Per l'ODC di Lonigo la documentazione clinica verrà archiviata presso l'archivio della DMO di Lonigo.</p>

REGIONE DEL VENETO



ULSS8  
BERICA

## Azienda ULSS 8 - Berica

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

Cod. Fisc. e P. IVA 02441500242

### Ospedale di Comunità di NOVENTA

- gestione integrata temporanea con OdC Lonigo-

Sede	<p>L'ODC di Noventa Vicentina, in precedenza situato al 3° piano dell'Ospedale di Noventa Vicentina, è temporaneamente collocato a in un'unica sede situata presso l'Ospedale San Giovanni Battista di Lonigo (in via Sisana 1) che unisce l'Ospedale di Comunità di Noventa Vicentina e l'Ospedale di Comunità di Lonigo.</p> <p>In attesa che vengano conclusi i lavori di ristrutturazione previsti per la sede dell'ODC di Noventa si applica una gestione unificata.</p>
Posti Letto	<p>24 pl (standard da schede regionali)</p> <p>Lo standard provvisorio dei posti letto nel corso della gestione unificata Lonigo-Noventa è di n. 30 pl totali, dimensionati alla capacità ricettiva che l'attuale struttura può accogliere.</p>
Afferenze diagnostiche	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Radiologia Lonigo:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- aperta con tecnici dal Lunedì al Venerdì per RX ed ECO dalle 8:00 alle 15:30 (dalle 8:00 alle 12:30 aperta anche agli esterni);</li></ul></li><li>- <b>Radiologia Noventa:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- aperta con tecnici dal Lunedì al Venerdì dalle 8:00 alle 20:00 - il Sabato dalle 8:00 alle 14:00;</li></ul></li><li>- <b>Radiologia Valdagno:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- da lunedì a venerdì il servizio radiologia è aperto dalle 8:00 alle 15.30 per eco e RX (tecnici di radiologia + radiologo)</li><li>- sabato il servizio è aperto dalle 8 alle 12 solo con il tecnico di radiologia (il radiologo è presente solo 2 sabati al mese)</li></ul></li><li>- <b>Radiologia Arzignano:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- aperta 24/24 7/7</li></ul></li></ul>

Afferenze laboratori	<p><b>Laboratorio di Arzignano e POCT Lonigo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lonigo invia i campioni prelevati al Laboratorio di Arzignano con i trasporti in partenza da Lonigo per Arzignano delle ore: 9:00, 11:00, 14:30, 16:00;</li> <li>- presenza in PPI Lonigo del POCT: L'UO fa una richiesta di laboratorio per esame urgente, la provetta viene portata in PPI, l'esame viene elaborato in PPI e caricato come attività del laboratorio; il POCT permette di elaborare i seguenti esami: emocromo, ematochimica, PT/PPT, didimero);</li> </ul>
Consulenze specialistiche	<p>Garantite attività di monitoraggio dei pazienti in collaborazione con gli specialisti presenti nella struttura poliambulatoriale di Lonigo o in collegamento funzionale con relativo trasporto dell'assistito, anche attraverso servizi di telemedicina di teleconsulenza.</p> <p>Garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative collocate all'interno del presidio Ospedaliero di Lonigo all'interno del quale è presente la UOC MFR con servizi e palestre dedicate.</p>
Standard Assistenziale e Gestione delle emergenze/urgenze	<p>Il Responsabile Medico ed i Medici dell'ODC sono in capo all'U.O.C. Recupero e Riabilitazione Funzionale, che stilerà la turnistica in rapporto alle esigenze sanitarie</p> <p>La presenza medica in struttura viene garantita da lunedì a venerdì continuativamente nell'arco della giornata (8.00-17.00), garantendo ammissioni e dimissioni dei pazienti.</p> <p>Al di fuori dell'orario di presenza dei medici che garantiscono la presenza dalle ore 8:00 alle ore 17:00 dal lunedì al venerdì, interviene il Medico di guardia del Presidio Ospedaliero. Il Responsabile Medico lascerà in ODC le opportune consegne.</p> <p>Se un paziente degente in ODC necessita di ricovero in U.O. per acuti (per aggravamento clinico) si fa riferimento all'Istruzione Operativa <i>“La gestione dell’Emergenza/Urgenza in Ospedale di Comunità Lonigo-Noventa”</i></p> <p>Presso la struttura è presente il carrello dedicato delle urgenze.</p>
Trasporti sanitari	<p>Per l'utilizzo del trasporto sanitario presso i luoghi deputati all'erogazione delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero per gli ospiti si fa espresso riferimento a quanto disposto dalla circolare regionale n.12 del 4/5/1999, da ultimo modificata con D.G.R. n. 1411 del 6/9/2011 e vengono effettuati secondo la procedura aziendale in essere.</p>
Documentazione clinica	<p>Essendo l'ODC di Noventa Vicentina temporaneamente in sede a Lonigo, la documentazione clinica dei pazienti assistiti al termine della degenza andrà archiviata presso l'Ospedale di Noventa Vicentina all'interno della Segreteria Unica situata al 3° piano.</p>

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

## Azienda ULSS 8 - Berica

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

Cod. Fisc. e P. IVA 02441500242

### Ospedale di Comunità di VALDAGNO

Sede	4° piano dell'Ospedale per acuti San Lorenzo in via Galilei n.1, Valdagno (VI).
Posti Letto	15 pl (secondo schede regionali)  Lo standard provvisorio dei posti letto è di n. 10 situati al 3° piano del Presidio Ospedaliero di Valdagno.
Afferenze diagnostiche	- <b>Radiologia Valdagno:</b> - da lunedì a venerdì il servizio radiologia è aperto dalle 8:00 alle 15.30 per eco e RX (tecnici di radiologia + radiologo); possibilità di effettuare TC refertate da radiologo/neuroradiologo in telemedicina; - sabato il servizio è aperto dalle 8 alle 12 solo con il tecnico di radiologia (il radiologo è presente solo 2 sabati al mese) - <b>Radiologia Arzignano:</b> - aperta 24/24 7/7
Afferenze laboratori	- Valdagno invia i campioni prelevati per esami di routine al Laboratorio di <b>Arzignano</b> ; per esami urgenti possibilità di inviare i campioni al Laboratorio di <b>Valdagno</b> ; per esami specifici possibilità di usufruire del Laboratorio di <b>Vicenza</b> .
Consulenze specialistiche	Garantite attività di monitoraggio dei pazienti in collaborazione con gli specialisti presenti nella struttura poliambulatoriale di Valdagno in collegamento funzionale con relativo trasporto dell'assistito. Consulenza fisiatrica effettuata in OdC.
Standard Assistenziale e Gestione delle emergenze/urgenze	Il Responsabile Medico dell'Ospedale di Comunità è il Direttore della UOC Geriatria; i Medici che effettuano attività assistenziale ai pazienti dell'OdC di Valdagno sono in capo all'UOC Geriatria.  Quando non è presente il Responsabile medico, per l'assistenza ai pazienti con improvvisa instabilità del quadro clinico, o comunque nei casi di emergenza tale da richiedere immediato intervento sanitario,

	<p>vengono attivati i medici della UOC Geriatria o il Medico di guardia ospedaliero di area medica.</p> <p>L'Ospedale di Comunità è dotato di dispositivi medici, dispositivi di sicurezza ambientale, piani e procedure operative interne ed aziendali che permettono di trattare le emergenze con professionalità e tempestività.</p> <p>Se un paziente degente in ODC necessita di ricovero in U.O. per acuti per aggravamento clinico il percorso interno prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● se il trasferimento dovrà essere effettuato in un reparto del P.O. di Valdagno il medico specialista che attesa la necessità di ricovero, aprirà un ricovero urgente da reparto;</li> <li>● se il paziente necessita di un ricovero in un P.O. diverso, il medico dell'OdC dispone il trasferimento del paziente in Pronto Soccorso che prenderà in carico il paziente.</li> </ul> <p>Presso la struttura è presente il carrello dedicato delle urgenze.</p>
Trasporti sanitari	<p>Per l'utilizzo del trasporto sanitario presso i luoghi deputati all'erogazione delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero per gli ospiti si fa espresso riferimento a quanto disposto dalla circolare regionale n.12 del 4/5/1999, da ultimo modificata con D.G.R. n. 1411 del 6/9/2011 e vengono effettuati secondo la procedura aziendale in essere.</p>
Documentazione clinica	<p>La documentazione clinica verrà archiviata presso l'archivio dell'Ospedale di Comunità di Valdagno situato al 4° piano.</p>

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

## Azienda ULSS 8 - Berica

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

Cod. Fisc. e P. IVA 02441500242

### Ospedale di Comunità di SANDRIGO

**Delibera n.1851 del 2018**

**Delibera n. 2148 del 2023**

Sede	Ipab Suor Diodata Bertolo- Piazza Zanella n.9- Sandrigo (VI)
Posti Letto	4
Afferenze diagnostiche Afferenze laboratori Consulenze specialistiche	<p>Si rimanda a quanto stabilito nella Delibera n. 1851 del 2018.</p> <p>La struttura, ai sensi della DGR n. 433 del 6 aprile 2017, si collega funzionalmente all'Ospedale per acuti di riferimento S. Bortolo di Vicenza.</p> <p>In struttura, devono comunque essere garantite attività di prelievo e di ECGgrafia con refertazione o in alternativa con tele refertazione in accordo con l'Azienda ULSS.</p> <p>È prevista l'erogazione di visite specialistiche presso la struttura da parte di specialisti dipendenti, convenzionati o accreditati ai sensi dell'accordo sottoscritto</p>
Standard Assistenziale e Gestione delle emergenze/urgenze	<p>L'assistenza medica ai pazienti ricoverati è a carico del soggetto accreditato e viene erogata da medici coordinati e organizzati dalla Direzione Sanitaria della struttura che eroga anche l'assistenza diretta ed indiretta ai pazienti secondo quanto stabilito in Delibera n.1851 del 2018</p> <p>La struttura accreditata dichiara di essere in possesso di un documento interno per la gestione delle emergenze/urgenze</p>

Trasporti sanitari	Si rimanda a quanto stabilito nella Delibera n. 1851 del 2018. Relativamente al trasporto presso i luoghi deputati all'erogazione delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero per i pazienti si fa espresso riferimento a quanto disposto dalla DGR n. 1411/2011 "Oneri dei servizi di soccorso e trasporto sanitario. Modifica alla circolare n. 12 del 04.05.1999 di cui alle DGR n. 1490 del 04.05.1999 e DGR n. 1527 del 15.06.2001" in materia di oneri dei servizi di soccorso e trasporto sanitario e relative tariffe regionale per i servizi di soccorso e trasporto con ambulanza.
Documentazione clinica	Si rimanda a quanto stabilito nella Delibera n. 1851 del 2018. La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto.

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

## Azienda ULSS 8 - Berica

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

Cod. Fisc. e P. IVA 02441500242

### **Ospedale di Comunità di MONTE CROCETTA**

**Delibera n.1851 del 2018**

**Delibera n. 2148 del 2023**

Sede	Ipab Vicenza- Residenza Monte Crocetta Str. Biron di Sopra, 80, 36100 Vicenza VI
Posti Letto	11
Afferenze diagnostiche Afferenze laboratori Consulenze specialistiche	<p>Si rimanda a quanto stabilito nella Delibera n. 1851 del 2018.</p> <p>La struttura, ai sensi della DGR n. 433 del 6 aprile 2017, si collega funzionalmente all'Ospedale per acuti di riferimento S. Bortolo di Vicenza.</p> <p>In struttura, devono comunque essere garantite attività di prelievo e di ECGgrafia con refertazione o in alternativa con tele refertazione in accordo con l'Azienda ULSS.</p> <p>È prevista l'erogazione di visite specialistiche presso la struttura da parte di specialisti dipendenti, convenzionati o accreditati ai sensi dell'accordo sottoscritto</p>
Standard Assistenziale e Gestione delle emergenze/urgenze	<p>L'assistenza medica ai pazienti ricoverati è a carico del soggetto accreditato e viene erogata da medici coordinati e organizzati dalla Direzione Sanitaria della struttura che eroga anche l'assistenza diretta ed indiretta ai pazienti secondo quanto stabilito in Delibera n.1851 del 2018</p> <p>La struttura accreditata dichiara di essere in possesso di un documento interno per la gestione delle emergenze/urgenze</p>

Trasporti sanitari	Si rimanda a quanto stabilito nella Delibera n. 1851 del 2018. Relativamente al trasporto presso i luoghi deputati all'erogazione delle prestazioni specialistiche, diagnostiche e di ricovero per i pazienti si fa espresso riferimento a quanto disposto dalla DGR n. 1411/2011 "Oneri dei servizi di soccorso e trasporto sanitario. Modifica alla circolare n. 12 del 04.05.1999 di cui alle DGR n. 1490 del 04.05.1999 e DGR n. 1527 del 15.06.2001" in materia di oneri dei servizi di soccorso e trasporto sanitario e relative tariffe regionale per i servizi di soccorso e trasporto con ambulanza.
Documentazione clinica	Si rimanda a quanto stabilito nella Delibera n. 1851 del 2018. La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto.

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

**AULSS 8 BERICA**

**OSPEDALE DI COMUNITA' LONIGO  
OSPEDALE DI COMUNITA' NOVENTA**

**ISTRUZIONE OPERATIVA**

**LA GESTIONE DELL'EMERGENZA-URGENZA  
IN OSPEDALE DI COMUNITA' LONIGO/NOVENTA**

**Azienda ULSS 8 Berica**

**Codifica**

**DMO-PO-034**

**Preparazione**

**Coordinatore GdL**

**Dott.ssa Tania Ambrosi f.to**

**Dott. Davide Navetti f.to**

**Verifica**

**Responsabile Qualità**

**Dott. Marcello Mezzasalma f.to**

**Approvazione**

**Dott. Andrea Marino f.to**

**Rev. 00**

**Giugno 2024**

## INDICE

### 1. PREMESSA

L'Ospedale di Comunità (OdC) di Lonigo/Noventa è una struttura sanitaria che opera a livello delle Cure Intermedie. Queste garantiscono le cure necessarie ai pazienti stabilizzati da un punto di vista medico, quindi non richiedenti assistenza ospedaliera, ma ancora fragili per poter essere trattati in regime ambulatoriale o domiciliare.

Tuttavia, proprio per questo aspetto di fragilità che li caratterizza, nel corso della degenza potrebbero verificarsi situazioni di urgenza/emergenza clinica che richiedono un tempestivo intervento da parte del personale di assistenza.

### 2. GRUPPO DI LAVORO

- Tania Ambrosi: CI Ospedale di Comunità di Noventa
- Davide Navetti: CI Ospedale di Comunità di Lonigo

### 3. DESCRIZIONE ASSETTO ORGANIZZATIVO OSPEDALE DI COMUNITA' DI LONIGO

L'Ospedale di Comunità di Lonigo/Noventa dispone di 30 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	Personale presente
Mattina (7.00 – 14.00)	2 infermieri turnista 5 OSS 1 I. C. M.* 1 Coordinatore infermieristico**
Pomeriggio (14:00 – 21:00)	2 infermieri turnista 2 OSS
Notte (21:00 – 7:00)	2 infermieri turnista 1 OSS

\*(giornata lun.-ven. dalle ore 7:30 alle ore 15:12); \*\*(giornata lun.-ven. dalle ore 8:00 alle ore 15:42);

La responsabilità clinica è affidata al responsabile clinico della struttura, in sua assenza è attiva la presenza di un medico di guardia h24 mentre la responsabilità assistenziale viene assicurata dall'equipe infermieristica.

Qualora si verificasse un'urgenza/emergenza clinica il personale è tenuto a intervenire tempestivamente. Nello specifico si definiscono:

- **Urgenza:** è una condizione clinica con insorgenza improvvisa, che in assenza di adeguato trattamento può diventare critica determinando un pericolo per la vita del paziente, è pertanto necessario intervenire nel minor tempo possibile;
- **Emergenza:** condizione clinica con insorgenza improvvisa e con rapida evoluzione, in cui le condizioni di vita del paziente sono critiche a tal punto da comprometterne la sopravvivenza, e che necessita quindi di un intervento rapido.

### 4. GLOSSARIO E ACRONIMI

- **U.O.C.:** Unità Operativa Complessa;
- **R.R.F.:** Recupero e Rieducazione Funzionale;
- **O.d.C.:** Ospedale di Comunità;
- **MdG:** Medico di Guardia

- **O.S.S.:** Operatore Socio Sanitario;
- **MEWS:** Scala di valutazione dell'instabilità clinica del paziente (Modified Early Warning Score)
- **I.O.:** Istruzione Operativa;
- **S.U.E.M.:** Servizio Urgenza Emergenza Medica;
- **E.B.P.:** Evidence Based Practice (Pratiche basate sull'evidenza)
- **P.S.:** Pronto Soccorso;
- **I.C.M.:** Infermiere Case Manager

## 5. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente IO è quello di fornire indicazioni chiare e precise al personale dell'OdC., rispetto alle azioni da adottare nel caso in cui si presenti un evento acuto con carattere di urgenza/emergenza che rendesse necessario il trasferimento anche temporaneo (max 48 ore) del paziente in PS o in altro reparto per acuti.

## 6. RESPONSABILE DI PROCESSO (PROCESS OWNER)

La Responsabilità del processo è assegnata al Coordinatore Infermieristico che si occuperà di:

- Facilitare l'integrazione tra le risorse dedicate al processo;
- Analizzare i bisogni;
- Analizzare le criticità del percorso del paziente
- Individuare eventuali azioni correttive e piani di miglioramento

La responsabilità clinica è affidata al Responsabile Medico della Struttura il quale ha la responsabilità del percorso clinico del paziente ricoverato in OdC.. Il Responsabile Medico della Struttura è presente dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 17:00. Dopo le ore 17:00, nelle ore notturne e nei giorni festivi la responsabilità clinica delle persone degenti in OdC è affidata ad un servizio di guardia medica. Spetta al Responsabile Clinico, una volta informato dal personale infermieristico dell'insorgere di una situazione di instabilità di un paziente, valutare le condizioni cliniche ed eventualmente attivare la centrale operativa del S.U.E.M. per il trasferimento del paziente.

## 7. MODALITA' OPERATIVE/RESPONSABILITÀ

Il monitoraggio clinico e un'assistenza adeguata sono elementi fondamentali per individuare tempestivamente eventuali alterazioni delle condizioni cliniche di un paziente ricoverato.

Le EBP hanno introdotto nella pratica clinica quotidiana l'utilizzo di alcune scale di valutazione validate, che consentono una rapida valutazione delle condizioni cliniche delle persona e della loro evoluzione nel tempo, rendendo quindi più semplice e rapida l'individuazione di fattori che determinano una instabilità clinica tale da rendere necessario il trasferimento del paziente per accertamenti clinici non disponibili presso il presidio ospedaliero di Lonigo o perché tali condizioni non rispondono ai criteri di stabilità clinica che rendono sicuro il permanere del paziente in OdC.

La scala adottata per identificare e valutare l'instabilità clinica è la **SCALA MEWS (allegato 1)**, uno strumento validato che, attraverso una serie di parametri, è in grado di identificare il grado di instabilità clinica del paziente.

Attraverso la rilevazione di pochi parametri l'utilizzo della scala MEWS permette di attribuire un punteggio che consente di valutare la gravità e la criticità clinica di una persona ma anche di prevedere la durata della degenza e il rischio di mortalità.

### ○ **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

ATTIVITA'	MEDICO	INF. COORD.	INFERMIERE	OSS
Monitoraggio Clinico	R	C/I	R	C
Rilevazione Parametri Vitali	C/I		R	C
Applicazione Scala MEWS	R/C		R	
Attivazione chiamata al MdG	C	C/I	R	C
Valutazione Stabilità Clinica	R	C/I	C/I	I
Attivazione Chiamata SUEM	R		R	
Preparazione del pzt al trasferimento			R	C
Preparazione della documentazione			R	C
Analisi del processo		R		
Analisi dei bisogno		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. PROCEDURA OPERATIVA

In caso di insorgenza di sintomi che indichino INSTABILITA' clinica del paziente (punteggio MEWS 3 o 4) che abbiano carattere di URGENZA/EMERGENZA:

- a. Se l'evento si verifica negli orari in cui è presente il Responsabile Medico dell'OdC sarà compito dell'Infermiere avvisarlo prontamente;
- b. Al di fuori dell'orario di presenza del Responsabile Clinico dell'OdC, (dal lunedì al giovedì non festivi dopo le ore 17:00 e fino alle ore 8:30 del giorno successivo e dalle ore 17 del venerdì fino alle ore 8:30 del lunedì e nei festivi infrasettimanali) chiamare il Medico di Guardia del Presidio Ospedaliero al numero breve 16-2521 (oppure da linea esterna al numero di cellulare 331 697 9628);
- c. **Intervento viene classificato come URGENZA (punteggio MEWS 3 o 4):** Valutate le condizioni cliniche del paziente il medico può decidere di stabilizzare il paziente trattenendolo in reparto al fine di verificare se l'intervento attuato ha effettivamente consentito una stabilizzazione clinica del paziente;
- d. **Intervento viene classificato come EMERGENZA (punteggio MEWS 5 o > 5):** In caso di una scarsa risposta ai trattamenti per la stabilizzazione del quadro clinico attuati in precedenza, o se il medico ritiene che le condizioni cliniche siano tali da rendere necessario il trasferimento presso altra struttura sarà il Medico di reparto/MdG a chiamare il 118 per trasferire il paziente in U.O. più idonea per i trattamenti del caso.
- e. Il SUEM individuerà il mezzo più indicato per il trasporto (ambulanza infermierizzata o medicalizzata), in attesa dell'arrivo del mezzo il paziente resterà in OdC;
- f. Il personale in servizio produrrà la documentazione necessaria al trasferimento del paziente (fotocopie di grafica, diario clinico, esami ematici recenti e/o significativi) avvisare i familiari della necessità di trasferire il paziente;
- g. All'arrivo del trasporto se Ambulanza medicalizzata prevedere un passaggio di informazioni cliniche tra medici, se ambulanza infermierizzata o con solo operatore, nel caso in cui il trasferimento sia richiesto solo per indagine diagnostica urgente (es. Rx torace urgente nelle ore notturne) utile che il MdG avvisi il medico del PS che accoglierà il paziente presentandogli il caso;
- h. Arrivato a destinazione il paziente viene preso in carico dal PS per la gestione del caso che potrebbe essere 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.

- **SEQUENZA OPERATIVA (chi fa cosa) 2 infermiere e 1 OSS**

Nel momento in cui si identifica una situazione di URGENZA/EMERGENZA in REPARTO, l'operatore che la rileva, esce dalla stanza di degenza e richiama l'attenzione dei colleghi dicendo 'AIUTO URGENZA'.

- **INFERMIERE DI SETTORE:**

- a) Mette il letto in posizione RCP premendo l'apposito pulsante presente sul letto;
- b) Scopre il torace del paziente;
- c) Allontana il letto dal muro e rimuove la testiera;
- d) Se in uso un M.A.D. ruota la valvola di sicurezza in modo da sgonfiare il materasso;
- e) Attende l'arrivo del collega per posizionare la tavola rigida in dotazione al carrello E.I.O. (sito nella tasca posteriore);
- f) Inizia le compressioni toraciche;

- **INFERMIERE DELL'ALTRO SETTORE:**

- a) Va a supporto del collega se necessario posiziona CVP;
- b) Recupera eventuali farmaci stupefacenti per l'urgenza dall'apposita cassetta (Ketamina e Fentanest);
- c) Applica le piastre del D.A.E.al torace del paziente e accende il defibrillatore;
- d) Prende il pallone AMBU e mascherina e si posiziona alla testa del paziente per fornire eventuale supporto ventilatorio (30 compressioni e 2 insufflazioni);
- e) Si scambia con il collega per supportarlo durante l'R.C.P..

- **OSS:**

- a) Recupera il carrello E.I.O. e la cassetta dei farmaci per l'urgenza conservati nel frigo della sala infermieri;
- b) Mette a disposizione del medico la cartella clinica del paziente ( compresi diario e grafica);
- c) Supporta gli infermieri durante le fasi della RCP.



