

## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

Oggetto: DM 77/2022 Attuazione DGR 1900/2025 - Organizzazione dei Percorsi dell'Ospedale di Comunità

### LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

### DELIBERA

- 1. di approvare l'Organizzazione dei Percorsi dell'Ospedale di Comunità (OdC) di cui all'Allegato A;*
- 2. di incaricare le Aziende Sanitarie Territoriali di dare attuazione a quanto previsto dalla presente Deliberazione e di predisporre gli atti conseguenti;*
- 3. di incaricare l'Agenzia Regionale Sanitaria di monitorare l'attuazione di quanto previsto dalla presente Deliberazione e le attività ad essa conseguenti.*

**IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA**

**Francesco Maria Nocelli**

Documento informatico firmato digitalmente

**IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA**

**Francesco Acquaroli**

Documento informatico firmato digitalmente



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### DOCUMENTO ISTRUTTORIO

#### Normativa di riferimento

- **Legge n.833 del 23 dicembre 1978** “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”
- **Decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006** “Piano Sanitario Nazionale PSN 2006-2008”;
- **DGR n.274 del 2 febbraio 2008** “Linee di indirizzo per lo sviluppo dell’Ospedale di Comunità - Casa della Salute in area vasta”;
- **Intesa del 13 novembre 2008** sullo schema di decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali concernente l’assegnazione alle Regioni e Province autonome, per l’anno 2007, del Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale
- **DGR n.1044 del 22 giugno 2009** “L. 662/96 art. 1 comma 34 e 34 bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2009, individuati nell’accordo del 25 marzo 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.”;
- **DGR n.1634 del 15 novembre 2010** “L. 662/96 art. 1 comma 34 - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2009, individuati nell’accordo dell’8 luglio 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.”;
- **DGR n.1512 del 14 novembre 2011** “Legge 662/96, art 1 comma 34 e 34bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2011, individuati nell’Accordo del 20 aprile 2011 e nell’Integrazione dell’Accordo del 27 luglio 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.”;
- **Monitor n°27 2011 AGENAS** articolo “Il piano di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro” Allegato 2;
- **Deliberazione n.38 del 20 dicembre 2011** Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2014 “Sostenibilità, Appropriatelyzza, Innovazione e Sviluppo”;
- **DGR n.528 del 16 aprile 2012** “Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012-2014. Approvazione”;
- **Decreto Legge n.95 del 6 luglio 2012, convertito con modifiche nella Legge 7 agosto 2012 n.135**, “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;
- **DGR n.1696 del 03 dicembre 2012** “Direttiva vincolante per i Direttori Generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/12 convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012,



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica in invarianza dei servizi ai cittadini”;

- **DGR n.735 del 20 maggio 2013** “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012.”;
- **DGR n.452 del 14 aprile 2014** “Linee Guida per l’organizzazione funzionale delle Case della Salute. Approvazione”;
- **Patto per la Salute 2014/2016 del 10 luglio 2014.** “Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 Rep 82/CSR”;
- **DGR n.960 del 4 agosto 2014** “Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione”;
- **DM 70 del 2 aprile 2015** “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- **DGR n.541 del 15 luglio 2015** “Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- **DGR n.139 del 22 febbraio 2016** “Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013”;
- **Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016** “Piano Nazionale della Cronicità”;
- **REGOLAMENTO REGIONALE n.1 del 01 febbraio 2018** “Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell’articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati””;
- **Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 20 febbraio 2020** “Patto per la salute 2014-2016 di cui all’Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità”;
- **DGR n.938 del 20 luglio 2020** “LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV))”;



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- **DGR n.114 del 14 febbraio 2022** “Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale, device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”;
- **DECRETO MINISTERO SALUTE del 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.656 del 30 maggio 2022** “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell'elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale e successive modifiche”;
- **L.R. n.19 dell’8 agosto 2022** “Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale”;
- **DGR n.559 del 29 aprile 2023:** “Prime indicazioni per l’attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali”;
- **Deliberazione Amministrativa n.55 del 1°agosto 2023 - PSR 2014-2022** versione 12.1 approvata con decisione di esecuzione della Commissione europea C(2023) 4093 final del 19 giugno 2023;
- **Deliberazione n.57 Assemblea Legislativa Regionale del 9 Agosto 2023:** “PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani”;
- **DGR n.1412 del 30 settembre 2023** “L.R. n. 21/2016 – Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Modifica delle DDGR 937/2020 e 938/2020”;
- **DGR n.858 del 4 giugno 2024:** Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”
- **DGR n.993 del 30 giugno 2025:** “Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli Ospedali di Comunità (SIOC), nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)”;
- **DGR n.1900 del 30 dicembre 2025:** “DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Completamento del riordino della rete sanitaria territoriale e Linee di indirizzo per l’attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità”;
- **DGR n.1901 del 30 dicembre 2025:** “Linee di indirizzo per la definizione dei piani di potenziamento degli Ospedali di Comunità, art 1, comma 274, Legge n. 234 del 30/12/2021 e art. 1, comma 244, Legge 213 del 30/12/2023”.



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

### Motivazione

L'Intesa Stato-Regioni del 20 gennaio 2020 approva il documento recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, delineandone le caratteristiche essenziali riprese dal DM 77/2022.

Il DM 77/2022, in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, riporta che l'Ospedale di Comunità (OdC) "è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio". Con la DGR 1412 del 30 settembre 2023 "L.R. n. 21/2016 – Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Modifica delle DDGR 937/2020 e 938/2020" la Giunta Regionale approva l'inserimento dei requisiti specifici per l'Ospedale di Comunità e modifica la presentazione dello stesso.

La Giunta Regionale delle Marche, con la DGR 114 del 14 febbraio 2022 ha approvato l'identificazione dei siti idonei dove attivare gli Ospedali di Comunità (OdC) previsti dal PNRR, successivamente, con la DGR 1900/2025 ha approvato le Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità ed ha completato il riordino della rete sanitaria territoriale, programmando, ai sensi del DM 77/2022, un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, comunque un ospedale di comunità per ogni Distretto, e garantendo lo standard previsto di 0,2 posti letto ogni 1000 abitanti da attuarsi in maniera progressiva.

Con la DGR n. 993 del 30 giugno 2025 è stato istituito il Sistema Informativo per il monitoraggio degli Ospedali di Comunità (SIOC), nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), le cui macroaree di classificazione degli accessi costituiscono il riferimento adottato nelle check list di cui all'Allegato A della presente deliberazione.

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire la stabilizzazione clinica, il recupero funzionale e dell'autonomia e le dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio sanitari e più prossimi al domicilio. Inoltre l'OdC contribuisce a limitare il fenomeno del sovraffollamento improprio (boarding) del Pronto soccorso.

Gli obiettivi dell'OdC sono i seguenti:



## **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

- facilitare le dimissioni da Pronto Soccorso;
- prevenire gli accessi in Pronto soccorso e le ospedalizzazioni impropri;
- completare il processo di stabilizzazione clinica nella persona con una valutazione prognostica di breve risoluzione;
- intervenire sulla capacità di autocura degli assistiti e dei familiari/caregiver attraverso una fase di formazione e addestramento al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità e all'utilizzo di specifici presidi domiciliari introdotti dopo il ricovero ospedaliero;
- garantire un appropriato percorso di cura della persona in fase post acuta o cronica riacutizzata, con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica;
- organizzare e favorire il rientro a domicilio attraverso l'attivazione della dimissione protetta e della fornitura dei presidi necessari;
- organizzare ed attivare l'inserimento in struttura protetta qualora si renda necessario;
- condividere i percorsi di cura e riabilitazione con il Medico di Medicina Generale e con i caregiver, al fine di garantire una continuità assistenziale dopo la dimissione.

Nell'ambito del Gruppo di lavoro "atto programmatico DM 77" costituito con Decreto del Direttore dell'ARS n°94 del 18 settembre 2024, l'Agenzia Regionale Sanitaria ha coordinato uno specifico gruppo di lavoro allo scopo di definire i percorsi organizzativi degli Ospedali di Comunità e la loro digitalizzazione, riportati nell'allegato A, parte integrale e sostanziale del presente Atto.

Al gruppo di lavoro hanno partecipato i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i rappresentanti delle Professioni sanitarie individuati dai Direttori Generali delle AST.

In particolare il gruppo di lavoro ha definito i criteri specifici di inclusione ed esclusione e i percorsi specifici per l'accesso all'OdC.

La bozza di DGR è stata successivamente condivisa con il Gruppo di lavoro "atto programmatico DM 77", a cui partecipano i Direttori Socio Sanitari e Direttori di Distretto. Successivamente la bozza di DGR è stata presentata e discussa con i sindacati della Dirigenza e del Comparto dei dipendenti del SSR e con le sigle sindacali dei MMG e PdLS.

Infine condivisa nell'incontro nell'ambito del coordinamento Enti con i Direttori Generali in data 6 maggio 2026.

Per quanto sopra esposto si propone l'adozione del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

*Grazia Anna Rita Martino*

Documento informatico firmato digitalmente

**PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO E INTEGRAZIONE  
SOCIOSANITARIA - ARS**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente della Direzione

*Sonia Tonucci*

Documento informatico firmato digitalmente

**PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria

*Flavia Carle*

Documento informatico firmato digitalmente

**FIRMATARI**

**ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO**



## ALLEGATO A

# Organizzazione dei Percorsi dell'Ospedale di Comunità (OdC)

### INDICE

- Premessa
- 1. Obiettivi dell'OdC
- 2. Tipologia di utenza che afferisce all'OdC– criteri di inclusione e criteri di esclusione per l'accesso in OdC
  - 2.1 Criteri di inclusione per l'accesso in OdC
  - 2.2 Criteri di esclusione per l'accesso in OdC
  - 2.3 Scale di valutazione per accesso in Ospedale di Comunità
  - 2.4 Check list per accesso in OdC da compilarsi a cura del Medico che attiva il ricovero e del Medico dell'OdC.
- 3. Modalità di Accesso in OdC
- 4. Durata del Ricovero in OdC
- 5. Collegamenti funzionali e diagnostica
- 6. Checklist di competenza dell'Unità di Valutazione Integrata per accesso all'Ospedale di Comunità
- 7. Dimissione da OdC
- 8. Monitoraggio

### PREMESSA

L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria pubblica del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di ricovero, che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale, svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire la dimissione ospedaliera attraverso la presa in carico del paziente nella fase di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e di autonomia.

### 1. OBIETTIVI DELL'OdC

Il DM 77/2022, in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, definisce l' Ospedale di Comunità (OdC) quale *“Struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio”* .

Gli obiettivi dell'OdC sono i seguenti:

- ✓ facilitare le dimissioni da Pronto Soccorso;
- ✓ prevenire gli accessi in Pronto soccorso e le ospedalizzazioni impropri;
- ✓ completare il processo di stabilizzazione clinica nella persona con una valutazione prognostica di breve risoluzione;
- ✓ intervenire sulla capacità di autocura degli assistiti e dei familiari/caregiver attraverso una fase di formazione e addestramento al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità e all'utilizzo di specifici presidi domiciliari introdotti dopo il ricovero ospedaliero;
- ✓ garantire un appropriato percorso di cura della persona in fase post acuta o cronica riacutizzata, con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica;
- ✓ organizzare e favorire il rientro a domicilio attraverso l'attivazione della dimissione protetta e della fornitura dei presidi necessari;
- ✓ organizzare ed attivare l'inserimento in struttura protetta qualora si renda necessario;

- ✓ condividere i percorsi di cura e riabilitazione con il Medico di Medicina Generale e con i caregiver, al fine di garantire una continuità assistenziale dopo la dimissione.

## 2. TIPOLOGIA DI UTENZA CHE AFFERISCE ALL'OdC – CRITERI DI INCLUSIONE E CRITERI DI ESCLUSIONE PER L'ACCESSO IN OdC

L'accesso è riservato agli assistiti con diagnosi già definita per i quali è prevedibile una risoluzione delle problematiche clinico-assistenziali in un arco temporale limitato (massimo 30 giorni) secondo le modalità riportate al punto 3 del presente documento.

Gli strumenti di valutazione per l'accesso in OdC sono riportati nei seguenti paragrafi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4.

### 2.1 CRITERI DI INCLUSIONE PER L'ACCESSO IN OdC

I seguenti "criteri di inclusione" fanno riferimento alle categorie principali di assistiti eleggibili previsti dal DM 77/2022 e previsti nella DGR 1900 del 30 Dicembre 2025 che definiscono la tipologia di utenza che afferisce all'OdC.

CATEGORIE PRINCIPALI di assistiti eleggibili per OdC (DM 77/2022)	CRITERI DI INCLUSIONE
<b>PATOLOGIA CRONICA RIACUTIZZATA:</b> persone fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione in condizione clinica pre-esistente, insorgenza di un quadro imprevisto, il cui ricovero in ospedale risulta inappropriato.	<b>Gestione di riacutizzazioni:</b> diagnosi di patologie croniche riacutizzate (BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabete scompensato) che pur non richiedendo ricovero in acuzie, necessitano di intervento medico e infermieristico quotidiano non gestibile a domicilio.
<b>SORVEGLIANZA E ASSISTENZA INFERMIERISTICA CONTINUATIVA</b> persone, prevalentemente affette da multimorbosità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, in dimissione ma in condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa.	<b>1) Sorveglianza post-evento acuto:</b> assistiti dimessi da Pronto Soccorso e reparti per acuti che necessitano di un ulteriore periodo di osservazione clinica prima del rientro al domicilio. <b>2) Presenza di bisogni assistenziali ad elevata complessità infermieristica:</b> - <u>Gestione di lesioni cutanee</u> complesse o ferite chirurgiche che richiedono medicazioni frequenti o monitoraggio dell'infezione. - <u>Nutrizione artificiale</u> (enterale o parenterale) in fase di induzione o stabilizzazione. - <u>Terapie infusionali endovenose</u> programmate (antibioticoterapia, idratazione, supporto marziale) non gestibili a domicilio.
<b>EDUCAZIONE/ADESTRAMENTO DELL'ASSISTITO O DEL CAREGIVER:</b> persone che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione dei presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento dell'assistito e del caregiver prima del ritorno al domicilio.	<b>1) Gestione di dispositivi medici</b> (es. Gastrostomia endoscopica Percutanea -PEG, Cateteri Venosi Centrali - CVC, cateteri vescicali, stomie, tracheostomie con eventuale ventilazione), con necessità di addestramento dell'assistito/caregiver. <b>2) Presenza di un caregiver o contesto familiare (o formale) che possa accogliere l'assistito e al termine del ricovero, oppure attivazione contestuale della procedura per l'inserimento in struttura protetta.</b>

<p><b>RIATTIVAZIONE FUNZIONALE O INTERVENTI RIABILITATIVI/ RIEDUCATIVI/ MONODISTRETTO O COMPLETAMENTO DI INTERVENTI ESTENSIVI:</b>  persone che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, che può sostanziarsi in valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue, supporto ed educazione terapeutica alla persona con disabilità motoria, cognitiva o funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi/PDTA/Protocolli, già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro al domicilio.</p>	<p><b>1) Assistiti con potenziale di recupero funzionale identificabile.</b>  <b>2) Necessità di riattivazione motoria estensiva</b> post-allettamento per il recupero dell'autonomia nei passaggi posturali e nella deambulazione, finalizzata al rientro a domicilio.</p>
<p><b>MONITORAGGIO CLINICO E STABILIZZAZIONE TERAPEUTICA</b></p>	<p><b>Modifica o Titolazione terapeutica:</b> necessità di monitoraggio quotidiano per la titolazione del dosaggio (per esempio insulina, betabloccanti, diuretici in scompenso cardiaco).</p>
<p><b>ACUZIE MINORI</b></p>	<p>Assistiti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale.  Assistiti con traumi lievi non evolutivi dopo completa valutazione clinica in Pronto Soccorso.</p>
<p><b>ISOLAMENTO PER PATOLOGIA INFETTIVA</b></p>	<p>Assistiti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento da contatto.</p>

## 2.2 CRITERI DI ESCLUSIONE PER L'ACCESSO IN OdC

<p><b>INSTABILITÀ CLINICA SEVERA</b></p>	<p>Si intendono esclusi gli assistiti che richiedono un livello di intensità di cura tipico dell'ospedale per acuti. Nello specifico:  -assistiti con insufficienza d'organo in fase attiva non controllata;  -shock;  -condizioni che richiedono la presenza medica continuativa H24;  -necessità di monitoraggio multi parametrico continuo invasivo o intensivo.</p>
<p><b>BISOGNO PREVALENTEMENTE COMPORTAMENTALE</b></p>	<p>Soggetti con disturbi comportamentali acuti (aggressività, agitazione psicomotoria severa, rischio di fuga/wandering) incompatibili con un setting assistenziale "aperto" e non dotato di misure di protezione specifica o che necessitano di valutazione specialistica.</p>
<p><b>BISOGNO PURAMENTE SOCIO-ASSISTENZIALE</b></p>	<p>Persone clinicamente stabili, che non richiedono sorveglianza infermieristica attiva né prestazioni sanitarie complesse, il cui unico ostacolo alla dimissione è la mancanza di supporto familiare o l'inadeguatezza dell'abitazione a causa di esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste ormai stabilizzate.</p>
<p><b>FASE TERMINALE IMMINENTE</b></p>	<p>Soggetti con aspettativa di vita molto limitata che richiedono un approccio palliativo specialistico e gestione del fine vita di competenza dell'Hospice.</p>
<p><b>ASSISTIBILI A DOMICILIO</b></p>	<p>Soggetti affetti da malattie progressive, in fase avanzata e con prevalenti problemi di tipo sanitario, trattabili al di fuori dall'ospedale e in condizioni socio-ambientali compatibili con l'assistenza a domicilio.</p>

### 2.3 SCALE DI VALUTAZIONE PER ACCESSO IN OSPEDALE DI COMUNITA'

Per valutare il livello di instabilità clinica dell'assistito e l'impegno assistenziale si utilizzano le seguenti scale: **MEWS (Modified Early Warning Score)**, **IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale)**, **Triage di Corridoio (Tri-Co)**.

**SCALA MEWS:** l'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'Ossigeno).

Con la scala MEWS, attraverso la valutazione congiunta dei parametri, il livello di instabilità dell'assistito viene stratificato in:

- BASSO/STABILE (score 0-2)
- MEDIO/INSTABILE (score 3-4)
- ALTO RISCHIO/CRITICO (score  $\geq$  5).

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
<b>Frequenza Respiratoria</b>		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30	
<b>Frequenza Cardiaca</b>		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130	
<b>Pressione arteriosa sistolica</b>	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200		
<b>Livello di Coscienza</b>				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
<b>Temperatura Corporea</b>		< 35		35-38,4		> 38,5		
<b>Punteggio totale</b>								

**SCALA IDA:** determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessità attraverso l'impegno del professionista. Con la Scala IDA si distinguono tre livelli di complessità:

- ALTA COMPLESSITÀ (score 7 – 11)
- MEDIA COMPLESSITÀ (score 12 – 19)
- BASSA COMPLESSITÀ (score 20 – 28).

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

**Il Triage di Corridoio (Tri-Co)** è composto dall'integrazione di due strumenti: il Modified Early Warning Score e l'Indice di Dipendenza Assistenziale, che definiscono rispettivamente il livello di instabilità clinica e il livello di complessità assistenziale. L'integrazione degli score dei due indici identifica l'area di intensità di cura (alta, media e bassa).

Instabilità clinica	Complessità assistenziale		
	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11
MEWS 0-2	Bassa	Media	Alta NO OdC
MEWS 3-4	Media NO OdC	Media NO OdC	Alta NO OdC
MEWS >5	Alta NO OdC	Alta NO OdC	Alta NO OdC

**2.4 CHECK LIST PER ACCESSO in OdC DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO CHE ATTIVA IL RICOVERO E DEL MEDICO DELL'OdC**  
 (la check list è la medesima utilizzata dall'Unità di Valutazione Integrata, riportata al successivo paragrafo 6) (disponibile sulla piattaforma dedicata)

Checklist sezione A a cura del Medico che attiva il ricovero			Checklist sezione A a cura del Medico che accetta il ricovero		
<i>Anche un solo "Si" esclude l'assistito dal ricovero in OdC</i>			<i>In presenza anche un solo "Si", il medico che accetta il ricovero contatta il medico inviante, per concordare le azioni conseguenti</i>		
CRITERIO DI ESCLUSIONE	SI	NO	CRITERIO DI ESCLUSIONE	SI	NO
<b>1. Instabilità Clinica Severa</b> -Assistiti con insufficienza d'organo in fase attiva non controllata -Shock -Condizioni che richiedono la presenza medica continuativa H24 -Necessità di monitoraggio multi parametrico continuo invasivo o intensivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1. Instabilità Clinica Severa</b> -Assistiti con insufficienza d'organo in fase attiva non controllata -Shock -Condizioni che richiedono la presenza medica continuativa H24 -Necessità di monitoraggio multi parametrico continuo invasivo o intensivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Bisogno Prevalentemente Comportamentale</b> Disturbi comportamentali acuti: (aggressività, agitazione severa, rischio di fuga) incompatibili con un setting aperto /wandering) incompatibili con un setting assistenziale "aperto" e non dotato di misure di contenzione o che necessitano di valutazione specialistica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2. Bisogno Prevalentemente Comportamentale</b> Disturbi comportamentali acuti: (aggressività, agitazione severa, rischio di fuga) incompatibili con un setting aperto /wandering) incompatibili con un setting assistenziale "aperto" e non dotato di misure di contenzione o che necessitano di valutazione specialistica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Bisogno Puramente Socio-Assistenziale</b> Persone clinicamente stabili, che non richiedono sorveglianza infermieristica attiva né prestazioni sanitarie complesse, il cui unico ostacolo alla dimissione è la mancanza di supporto familiare o l'inadeguatezza dell'abitazione a causa di esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste ormai stabilizzate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3. Bisogno Puramente Socio-Assistenziale</b> Persone clinicamente stabili, che non richiedono sorveglianza infermieristica attiva né prestazioni sanitarie complesse, il cui unico ostacolo alla dimissione è la mancanza di supporto familiare o l'inadeguatezza dell'abitazione a causa di esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste ormai stabilizzate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Fase Terminale Imminente</b> Soggetti con aspettativa di vita molto limitata che richiedono specificamente un approccio palliativo specialistico e gestione del fine vita di competenza Hospice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4. Fase Terminale Imminente</b> Soggetti con aspettativa di vita molto limitata che richiedono specificamente un approccio palliativo specialistico e gestione del fine vita di competenza Hospice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Assistibili a Domicilio</b> Soggetti affetti da malattie progressive, in fase avanzata e con prevalenti problemi di tipo sanitario, trattabili al di fuori dall'ospedale e in condizioni socio-ambientali incompatibili, definitivamente o temporaneamente, con l'assistenza a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5. Assistibili a Domicilio</b> Soggetti affetti da malattie progressive, in fase avanzata e con prevalenti problemi di tipo sanitario, trattabili al di fuori dall'ospedale e in condizioni socio-ambientali incompatibili, definitivamente o temporaneamente, con l'assistenza a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Checklist sezione B a cura del Medico che attiva il ricovero				Checklist sezione B a cura del Medico che accetta il ricovero			
<i>Deve essere presente almeno un "SI" per il ricovero in OdC.</i>				<i>In assenza di "Si", il medico che accetta il ricovero contatta il medico inviante, per concordare le azioni conseguenti</i>			
MACROAREE PREVISTE DAL DM 77/2022 E DALLA DGR n. 993/2025	CRITERI DI INCLUSIONE	SI	NO	MACROAREE PREVISTE DAL DM 77/2022 E DALLA DGR n. 993/2025	CRITERI DI INCLUSIONE	SI	NO
<b>PATOLOGIA CRONICA RIACUTIZZATA</b>	<b>Gestione di riacutizzazioni:</b> patologie croniche riacutizzate (BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabete scompensato) che, pur non richiedendo ricovero in acuzie, necessitano di intervento medico e infermieristico quotidiano non gestibile a domicilio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>PATOLOGIA CRONICA RIACUTIZZATA</b>	<b>Gestione di riacutizzazioni:</b> patologie croniche riacutizzate (BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabete scompensato) che, pur non richiedendo ricovero in acuzie, necessitano di intervento medico e infermieristico quotidiano non gestibile a domicilio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SORVEGLIANZA ASSISTENZA INFERMIERISTICA CONTINUATIVA:</b>	<p><b>1) Sorveglianza post-evento acuto:</b> assistiti dimessi da Pronto Soccorso e reparti per acuti che necessitano di un ulteriore periodo di osservazione clinica prima del rientro al domicilio.</p> <p><b>2) Presenza di bisogni assistenziali ad elevata complessità infermieristica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestione di lesioni cutanee complesse o ferite chirurgiche che richiedono medicazioni frequenti o monitoraggio dell'infezione. <input type="checkbox"/></li> <li>-Nutrizione artificiale (enterale o parenterale) in fase di induzione o stabilizzazione. <input type="checkbox"/></li> <li>-Terapie Infusionali endovenose programmate (antibioticoterapia, idratazione, supporto marziale) non gestibili a domicilio. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>SORVEGLIANZA ASSISTENZA INFERMIERISTICA CONTINUATIVA:</b>	<p><b>1) Sorveglianza post-evento acuto:</b> assistiti dimessi da Pronto Soccorso e reparti per acuti che necessitano di un ulteriore periodo di osservazione clinica prima del rientro al domicilio.</p> <p><b>2) Presenza di bisogni assistenziali ad elevata complessità infermieristica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestione di lesioni cutanee complesse o ferite chirurgiche che richiedono medicazioni frequenti o monitoraggio dell'infezione. <input type="checkbox"/></li> <li>-Nutrizione artificiale (enterale o parenterale) in fase di induzione o stabilizzazione. <input type="checkbox"/></li> <li>-Terapie Infusionali endovenose programmate (antibioticoterapia, idratazione, supporto marziale) non gestibili a domicilio. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EDUCAZIONE/ ADDESTRAMENTO DELL'ASSISTITO O DEL CAREGIVER</b>	<p><b>1) Gestione di devices</b> (es. PEG, CVC, cateteri vescicali, stomie, tracheostomie con eventuale ventilazione), con necessità di addestramento dell'assistito/caregiver. <input type="checkbox"/></p> <p><b>2) Presenza di un caregiver o contesto familiare (o formale) che possa accogliere l'assistito al termine del ricovero, oppure</b> <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>EDUCAZIONE/ ADDESTRAMENTO DELL'ASSISTITO O DEL CAREGIVER</b>	<p><b>1) Gestione di dispositivi medici</b> (es. Gastrostomia endoscopica Percutanea -PEG, Cateteri Venosi Centrali - CVC, cateteri vescicali, stomie, tracheostomie con eventuale ventilazione), con necessità di addestramento dell'assistito/caregiver. <input type="checkbox"/></p> <p><b>2) Presenza di un caregiver o contesto familiare (o formale) che possa accogliere</b> <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	attivazione contestuale della procedura per l'inserimento in setting assistenziale.							l'assistito al termine del ricovero, oppure attivazione contestuale della procedura per l'inserimento in setting assistenziale.			
<b>RIATTIVAZIONE FUNZIONALE O INTERVENTI RIABILITATIVI/ RIEDUCATIVI/ MONODISTRETTO O COMPLETAMENTO DI INTERVENTI ESTENSIVI</b>	1) Assistiti con potenziale di recupero funzionale identificabile.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>RIATTIVAZIONE FUNZIONALE O INTERVENTI RIABILITATIVI/ RIEDUCATIVI/ MONODISTRETTO O COMPLETAMENTO DI INTERVENTI ESTENSIVI</b>			1) Assistiti con potenziale di recupero funzionale identificabile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Necessità di riattivazione motoria estensiva post-allettamento per il recupero dell'autonomia nei passaggi posturali e nella deambulazione, finalizzata al rientro a casa.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				2) Necessità di riattivazione motoria estensiva post-allettamento per il recupero dell'autonomia nei passaggi posturali e nella deambulazione, finalizzata al rientro a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MONITORAGGIO CLINICO E STABILIZZAZIONE TERAPEUTICA</b>	<b>Modifica o Titolazione terapeutica:</b> necessità di monitoraggio quotidiano per la titolazione del dosaggio (per esempio insulina, betabloccanti, diuretico in scompenso cardiaco).			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MONITORAGGIO CLINICO E STABILIZZAZIONE TERAPEUTICA</b>			<b>Modifica o Titolazione terapeutica:</b> necessità di monitoraggio quotidiano per la titolazione del dosaggio (per esempio insulina, betabloccanti, diuretico in scompenso cardiaco).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACUZIE MINORI</b>	Assistiti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale. Assistiti con traumi lievi non evolutivi dopo completa valutazione clinica in Pronto Soccorso.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ACUZIE MINORI</b>			Assistiti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale. Assistiti con traumi lievi non evolutivi dopo completa valutazione clinica in Pronto Soccorso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ISOLAMENTO PER PATOLOGIA INFETTIVA</b>	Assistiti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento da contatto.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ISOLAMENTO PER PATOLOGIA INFETTIVA</b>			Assistiti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento da contatto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ESITO VALUTAZIONE</b>						<b>ESITO VALUTAZIONE</b>					
L'assistito presenta almeno un criterio di esclusione (Sezione A)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	SE SI INDICARE IL SETTING ALTERNATIVO			L'assistito presenta almeno un criterio di esclusione (Sezione A)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	SE SI INDICARE IL SETTING ALTERNATIVO		
L'assistito presenta almeno un criterio di inclusione (Sezione B)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI				L'assistito presenta almeno un criterio di inclusione (Sezione B)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI			
<b>FIRMA DEL MEDICO</b>						<b>FIRMA DEL MEDICO</b>					

### 3. MODALITÀ DI ACCESSO IN OdC

Sono definiti tre percorsi di accesso in OdC:

- **Percorso A:** diretto da PS
- **Percorso B:** diretto da Ospedale per Acuti
- **Percorso C:** proveniente da domicilio, da Struttura Residenziale o da dimissione protetta da Ospedale per acuti, coordinato dalla Centrale Operativa Territoriale (COT).

**Percorso A:** ciascuna AST, per favorire l'ottimizzazione della gestione delle attività dei Pronto Soccorso presenti sul territorio regionale e in funzione della propria organizzazione, deve garantire una quota di posti letto in OdC non inferiore al 20% dei posti letto totali, da dedicare ai ricoveri diretti da PS, come riportato nella tabella seguente.

Gli OdC aggiornano in tempo reale la piattaforma informatica dedicata per rendere visibile la disponibilità di posti letto al PS di riferimento.

AST	OdC previsti (DGR 1900/2025)	Totale posti letto previsti (DGR 1900/2025)	n. minimo posti letto riservati ai dimessi da PS
AST-PU	5	131	26
AST-AN	7	133	27
AST-MC	5	170	34
AST-FM	2	40	8
AST-AP	2	37	7
TOTALE REGIONALE	21	511	102

**Percorso B:** ciascuna AST, per favorire l'ottimizzazione della gestione delle attività dei Pronto Soccorso presenti sul territorio regionale e in funzione della propria organizzazione, deve garantire una quota di posti letto in OdC non inferiore al 30% dei posti letto totali, da dedicare alle dimissioni dirette dai Reparti Ospedalieri per Acuti, anche al fine di rendere disponibili posti letto ospedalieri per i ricoveri in acuzie da PS, come riportato nella tabella successiva.

La dimissione diretta riguarda i pazienti che hanno un quadro clinico che non richiede un regime di intensità assistenziale per acuti, che non necessitano di dimissione protetta, ma che hanno necessità di un ulteriore breve periodo di osservazione clinica ed assistenza infermieristica continuativa. Durante questo periodo il regime clinico-assistenziale necessario è coerente con il livello di assistenza erogabile in OdC; l'obiettivo della degenza in OdC è quello di confermare la risoluzione del problema clinico che ha determinato il ricovero nella struttura per acuti e poter procedere in sicurezza con la dimissione a domicilio.

I reparti per acuti aggiornano in tempo reale la piattaforma informatica dedicata per rendere visibile la disponibilità di posti letto al PS di riferimento.

AST	OdC previsti (DGR 1900/2025)	Totale posti letto previsti (DGR 1900/2025)	n. minimo posti letto riservati ai dimessi da Reparti Ospedalieri per Acuti
AST-PU	5	131	39
AST-AN	7	133	40
AST-MC	5	170	51
AST-FM	2	40	12
AST-AP	2	37	11
TOTALE REGIONALE	21	511	153

**Percorso C:** Ciascuna AST garantisce attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT), la quota di posti letto in OdC ancora disponibile dopo l'attivazione dei percorsi A e B, da dedicare ai pazienti provenienti da dimissione protetta da Ospedale per acuti, da domicilio, da Struttura Residenziale. I pazienti provenienti da dimissione protetta hanno la priorità rispetto alle altre provenienze, al fine di ottimizzare il flusso dei pazienti e il conseguente appropriato utilizzo dei posti letto per i ricoveri in acuzie.

**Nota:**

La COT dispone della visibilità di tutti i posti letto di ogni OdC grazie a una piattaforma informatica dedicata che collega OdC, Pronto Soccorso, Ospedali per Acuti e la stessa COT, consentendo la visualizzazione in tempo reale dei posti letto disponibili:

1. **se i posti letto (PL) per l'accesso diretto dal Pronto Soccorso sono saturi**, il Bed Manager verifica la disponibilità di posti letto destinati all'accesso diretto all'OdC provenienti dall'Ospedale per Acuti.
2. **se risultano saturi i posti letto per l'accesso diretto dall'Ospedale per Acuti**, il Bed Manager controlla la disponibilità dei posti letto riservati agli accessi diretti dal Pronto Soccorso.
3. **se non sono disponibili posti letto in OdC né per accessi dal PS né dall'Ospedale per Acuti**, il Bed Manager si rivolge alla COT, che attiva il ricovero con priorità rispetto alla lista di attesa.

PERCORSO DI ACCESSO	VALUTAZIONE CRITERI DI ACCESSO IN OdC	CHI ATTIVA IL RICOVERO	MODALITA' DI ATTIVAZIONE	CHI ACCETTA IL RICOVERO	
				FERIALI (8-20)	FESTIVI (8-20)
<b>A) ACCESSO DA PRONTO SOCCORSO</b>	L'Infermiere di Pronto Soccorso (PS) compila le scale di valutazione e riferisce al Medico di PS il valore Tri-Co (paragrafo 2.3). Il medico di PS valuta la presenza dei criteri di inclusione ed esclusione per l'accesso in OdC (paragrafo 2.1 e 2.2) compilando la check list nominata "a cura del Medico che attiva il ricovero" (paragrafo 2.4) e prescrive la terapia.	In presenza dei criteri per l'accesso in OdC (paragrafo 2.1, 2.2 e 2.3) il Medico di PS dispone il ricovero.	il Bed Manager della Direzione medica ospedaliera individua attraverso l'apposita piattaforma informatica l'OdC più vicino alla residenza dell'assistito o ad altro luogo secondo le indicazioni dell'assistito/caregiver. Il Bed Manager deve contattare la struttura accettante per definire l'orario di invio al fine di garantire la presenza del Medico nell'OdC.	<p>L'Infermiere accetta il ricovero ed attiva il Medico operante in struttura.</p> <p>Il Medico effettua l'accettazione clinica, compila la parte della check list nominata "a cura del Medico dell'OdC" (paragrafo 2.4) e apre la cartella clinica.</p> <p>L'infermiere e il Medico referente redigono il Piano Assistenziale Individuale (PAI).</p> <p>Gli orari di accettazione ricovero nei giorni feriali sono visibili attraverso la piattaforma informatica dedicata che collega l'OdC sia con le strutture territoriali che con gli Ospedali per acuti.</p>	<p>L'Infermiere accetta il ricovero anche in assenza del Medico ed attiva tempestivamente quest'ultimo.</p> <p>Il Medico effettua l'accettazione clinica e compila la parte della check list nominata "a cura del Medico dell'OdC" (paragrafo 2.4) e apre la cartella clinica.</p> <p>L'infermiere e il Medico referente redigono il PAI.</p> <p>L'assistenza medica è garantita dai Medici della continuità assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da Medici operanti in una struttura assistenziale dell'AST di riferimento in base a specifici regolamenti.</p> <p>Gli orari di accettazione ricovero nei giorni festivi sono visibili attraverso la piattaforma informatica dedicata che collega l'OdC sia con le strutture territoriali che con gli Ospedali per acuti.</p>

PERCORSO DI ACCESSO	VALUTAZIONE CRITERI DI ACCESSO IN OdC	CHI ATTIVA IL RICOVERO	MODALITA' DI ATTIVAZIONE	CHI ACCETTA IL RICOVERO	
				FERIALI (8-20)	FESTIVI (8-20)
<b>B) ACCESSO DIRETTO DA REPARTO OSPEDALIERO PER ACUTI</b>	L'Infermiere del Reparto Ospedaliero compila le scale di valutazione e riferisce al Medico specialista ospedaliero il valore Tri-Co (paragrafo 2.3) Il Medico specialista ospedaliero valuta la presenza dei criteri di inclusione ed esclusione per l'accesso in OdC (paragrafo 2.1 e 2.2) compilando la check list nominata "a cura del Medico che attiva il ricovero" (paragrafo 2.4) e prescrive la terapia.	In presenza dei criteri per l'accesso in OdC (paragrafo 2.1, 2.2 e 2.3) il Medico specialista ospedaliero dispone il ricovero.	Il Reparto Ospedaliero individua attraverso l'apposita piattaforma informatica tramite il Bed Manager l'OdC più vicino alla residenza dell'assistito o ad altro luogo secondo le indicazioni dell'assistito/caregiver. Il Bed Manager deve contattare la struttura accettante per definire l'orario di invio al fine di garantire la presenza del medico nell'OdC	<p>L'Infermiere accetta il ricovero ed attiva il Medico operante in struttura.</p> <p>Il Medico effettua l'accettazione clinica, compila la parte della check list nominata "a cura del Medico dell'OdC" (paragrafo 2.4) e apre la cartella clinica.</p> <p>L'infermiere e il Medico referente redigono il Piano Assistenziale Individuale (PAI).</p> <p>Gli orari di accettazione ricovero nei giorni feriali sono visibili attraverso la piattaforma informatica dedicata che collega l'OdC sia con le strutture territoriali che con gli Ospedali per acuti.</p>	<p>L'Infermiere accetta il ricovero anche in assenza del Medico ed attiva tempestivamente quest'ultimo.</p> <p>Il Medico effettua l'accettazione clinica e compila la parte della check list nominata "a cura del Medico dell'OdC" (paragrafo 2.4) e apre la cartella clinica.</p> <p>L'infermiere e il Medico referente redigono il PAI.</p> <p>L'assistenza medica è garantita dai Medici della continuità assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da Medici operanti in una struttura assistenziale dell'AST di riferimento in base a specifici regolamenti.</p> <p>Gli orari di accettazione ricovero nei giorni festivi sono visibili attraverso la piattaforma informatica dedicata che collega l'OdC sia con le strutture territoriali che con gli Ospedali per acuti.</p>

PERCORSO DI ACCESSO	VALUTAZIONE CRITERI DI ACCESSO IN OdC	CHI RICHIEDE IL RICOVERO	MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL RICOVERO IN OdC	CHI ACCETTA IL RICOVERO	
				FERIALI (8-20)	FESTIVI (8-20)
<b>C) ACCESSO DA: DOMICILIO, STRUTTURA RESIDENZIALE, DIMISSIONE PROTETTA DA OSPEDALE PER ACUTI</b>	MMG, PLS, Medico specialista ospedaliero e territoriale, Medico di Continuità assistenziale valuta la presenza dei criteri di inclusione ed esclusione per l'accesso in OdC (paragrafo 2.1 e 2.2)	In presenza dei criteri di inclusione per l'accesso in OdC (paragrafo 2.1, 2.2) il MMG/PLS o il Medico specialista ospedaliero e territoriale o il Medico di Continuità assistenziale, richiede la conferma della scelta del setting assistenziale all'UVI tramite la COT	La <b>COT</b> riceve la richiesta ed attiva l'UVI che valuta l'appropriatezza del setting richiesto, secondo quanto riportato nel paragrafo 6 del presente documento. L' <b>UVI</b> elabora il Piano Assistenziale Individuale (PAI), definendo gli obiettivi del ricovero e stimando la durata della degenza. La <b>COT</b> valuta la disponibilità del posto letto nell'OdC più vicino alla residenza dell'assistito ad altro luogo secondo le indicazioni dell'assistito/caregiver. Qualora non vi sia disponibilità di posti letto la persona viene inserita in lista di attesa, unica per ogni AST, redatta in base all'ordine di arrivo della richiesta alla COT. Nei giorni feriali viene attivata la COT DISTRETTUALE di riferimento nell'orario di apertura. Nei giorni Festivi viene attivata la COT REGIONALE nell'orario di apertura.	L'Infermiere accetta il ricovero ed attiva il Medico operante in struttura. Il Medico effettua l'accettazione clinica, compila la parte della check list nominata "a cura del Medico dell'OdC" (paragrafo 2.4) e apre la cartella clinica.  L'infermiere e il Medico referente redigono il Piano Assistenziale Individuale (PAI).  Gli orari di accettazione ricovero nei giorni feriali sono visibili attraverso la piattaforma informatica dedicata che collega l'OdC sia con le strutture territoriali che con gli Ospedali per acuti.	L'Infermiere accetta il ricovero anche in assenza del Medico ed attiva tempestivamente quest'ultimo. Il Medico effettua l'accettazione clinica e compila la parte della check list nominata "a cura del Medico dell'OdC" (paragrafo 2.4) e apre la cartella clinica.  L'infermiere e il Medico referente redigono il PAI.  L'assistenza medica è garantita dai Medici della continuità assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da Medici operanti in una struttura assistenziale dell'AST di riferimento in base a specifici regolamenti.  Gli orari di accettazione ricovero nei giorni festivi sono visibili attraverso la piattaforma informatica dedicata che collega l'OdC sia con le strutture territoriali che con gli Ospedali per acuti.

#### 4. DURATA DEL RICOVERO IN OdC

La durata massima della degenza in OdC è definita dal DM 77/2022 e dalla DGR n.1412/2023 e non deve superare i 30 giorni. Entro questo tempo, l'obiettivo è condurre la persona al domicilio o al setting appropriato. La degenza può essere prolungata oltre i 30 giorni solo in casi eccezionali in presenza di situazioni clinico-assistenziali valutate dal UVI e autorizzate dal Direttore di Distretto.

In caso di sospensione temporanea del ricovero a causa di riacutizzazione e conseguente ricovero in Ospedale per acuti, è previsto che l'OdC mantenga il posto letto riservato per un massimo di 72 ore.

#### 5. COLLEGAMENTI FUNZIONALI E DIAGNOSTICA

L'OdC è funzionalmente integrato con i servizi di supporto diagnostico-specialistico delle strutture sanitarie dell'AST di riferimento e degli Enti del SSR, con i servizi preposti alla fornitura dei farmaci, dei dispositivi e degli ausili sanitari necessari, nonché con i servizi sociali competenti.

Gli OdC risultano inoltre interconnessi, mediante un'apposita infrastruttura informatica, con le strutture socio-sanitarie territoriali e con gli Ospedali per acuti, con possibilità di teleconsulto e teleassistenza e con possibilità di consulenze previo specifici accordi.

L'infrastruttura informatica sarà attivata entro il 30 giugno 2026.

#### 6. CHECKLIST DI COMPETENZA DELL'UVI PER L'ACCESSO ALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ (PERCORSO C)

Checklist sezione A			
<i>Anche un solo "Sì" esclude l'assistito dal ricovero in OdC</i>			
CRITERIO DI ESCLUSIONE	SI	NO	Setting Alternativo (se Sì)
<b>1. Instabilità Clinica Severa</b> -Assistiti con insufficienza d'organo in fase attiva non controllata -Shock -Condizioni che richiedono la presenza medica continuativa H24 -Necessità di monitoraggio multi parametrico continuo invasivo o intensivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ospedale per Acuti/ PS
<b>2. Bisogno Prevalentemente Comportamentale</b> Disturbi comportamentali acuti: (aggressività, agitazione severa, rischio di fuga) incompatibili con un setting aperto /wandering) incompatibili con un setting assistenziale "aperto" e non dotato di misure di contenzione o che necessitano di valutazione specialistica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valutazione Centri per disturbi cognitivi e demenze-CDCD (R2D/R3D)
<b>3. Bisogno Puramente Socio-Assistenziale</b> Persone clinicamente stabili, che non richiedono sorveglianza infermieristica attiva né prestazioni sanitarie complesse, il cui unico ostacolo alla dimissione è la mancanza di supporto familiare o l'inadeguatezza dell'abitazione a causa di esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste ormai stabilizzate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Setting di competenza Sociale o Sociosanitario, Residenza Protetta
<b>4. Fase Terminale Imminente</b> -Soggetti con aspettativa di vita molto limitata che richiedono specificamente un approccio palliativo specialistico e gestione del fine vita di competenza Hospice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospice
<b>5. Assistibili a Domicilio</b> -Soggetti affetti da malattie progressive, in fase avanzata e con prevalenti problemi di tipo sanitario, trattabili al di fuori dall'Ospedale e in condizioni socio-ambientali incompatibili, definitivamente o temporaneamente, con l'assistenza a domicilio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Domicilio

### Checklist sezione B

*Deve essere presente almeno un "SI" per il ricovero in OdC.*

MACROAREE PREVISTE DAL DM 77/2022 E DALLA DGR n. 993/2025	CRITERI DI INCLUSIONE	SI	NO	NOTE
<b>PATOLOGIA CRONICA RIACUTIZZATA</b>	<b>Gestione di riacutizzazioni:</b> patologie croniche riacutizzate (BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabete scompensato) che, pur non richiedendo ricovero in acuzie, necessitano di intervento medico e infermieristico quotidiano non gestibile a domicilio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>SORVEGLIANZA ASSISTENZA INFERMIERISTICA CONTINUATIVA:</b>	<p><b>1) Sorveglianza post-evento acuto:</b> assistiti dimessi da Pronto Soccorso e reparti per acuti che necessitano di un ulteriore periodo di osservazione clinica prima del rientro al domicilio.</p> <p><b>2) Presenza di bisogni assistenziali ad elevata complessità infermieristica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Gestione di lesioni cutanee complesse o ferite chirurgiche che richiedono medicazioni frequenti o monitoraggio dell'infezione. <input type="checkbox"/></li> <li>-Nutrizione artificiale (enterale o parenterale) in fase di induzione o stabilizzazione. <input type="checkbox"/></li> <li>-Terapie Infusionali endovenose programmate (antibioticoterapia, idratazione, supporto marziale) non gestibili a domicilio. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>EDUCAZIONE/ ADDESTRAMENTO DELL'ASSISTITO O DEL CAREGIVER</b>	<p><b>1) Gestione di dispositivi medici</b> (es. Gastrostomia endoscopica Percutanea -PEG, Cateteri Venosi Centrali - CVC, cateteri vescicali, stomie, tracheostomie con eventuale ventilazione), con necessità di addestramento dell'assistito/caregiver</p> <p><b>2) Presenza di un caregiver o contesto familiare (o formale) che possa accogliere l'assistito al termine del ricovero, oppure attivazione contestuale della procedura per l'inserimento in setting assistenziale.</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RIATTIVAZIONE FUNZIONALE O INTERVENTI RIABILITATIVI/ RIEDUCATIVI/ MONODISTRETTO O COMPLETAMENTO DI INTERVENTI ESTENSIVI</b>	<p><b>1) Assistiti con potenziale di recupero funzionale identificabile.</b></p> <p><b>2) Necessità di riattivazione motoria estensiva post-allettamento per il recupero dell'autonomia nei passaggi posturali e nella deambulazione, finalizzata al rientro a casa.</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>MONITORAGGIO CLINICO E STABILIZZAZIONE TERAPEUTICA</b>	<b>Modifica o Titolazione terapeutica:</b> necessità di monitoraggio quotidiano per la titolazione del dosaggio (per esempio insulina, betabloccanti, diuretico in scompenso cardiaco).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ACUZIE MINORI</b>	Assistiti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale. Assistiti con traumi lievi non evolutivi dopo completa valutazione clinica in Pronto Soccorso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ISOLAMENTO PER PATOLOGIA INFETTIVA</b>	Assistiti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento da contatto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Esito Valutazione UVI:**

- L'assistito presenta almeno un criterio di esclusione (Sezione A)?
  - SÌ \_\_\_\_\_ NON ELEGGIBILE OdC. Indicazione: \_\_\_\_\_
  - NO \_\_\_\_\_ Passare alla domanda successiva.
- L'assistito soddisfa i criteri di inclusione (Sezione B)?
  - SÌ \_\_\_\_\_ ELEGGIBILE OdC.
  - NO \_\_\_\_\_ NON ELEGGIBILE OdC. Indicazione: \_\_\_\_\_

**Esito valutazione appropriatezza per OdC dell'UVI:**

- Ricovero in OdC APPROVATO. Stima durata degenza: \_\_\_\_giorni.
- Ricovero in OdC RIFIUTATO.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Team Valutatore:

---

---

---

**7. DIMISSIONE DA OdC**

La dimissione dall'Ospedale di Comunità (OdC) avviene al termine del percorso assistenziale, quando le condizioni cliniche e funzionali dell'assistito risultano stabilizzate.

Il processo di dimissione è programmato dal Medico responsabile dell'OdC, in collaborazione con l'équipe multiprofessionale e prevede:

- la valutazione clinica e funzionale finale con definizione del piano assistenziale post-dimissione;
- l'informazione e il coinvolgimento dell'assistito e dei familiari/caregiver con consegna della documentazione clinica necessaria ed eventuale prescrizione della fornitura di eventuali protesi ed ausili necessari nel post ricovero in collaborazione con il fisiatra;
- l'attivazione dei servizi territoriali competenti, qualora siano necessari interventi domiciliari o l'inserimento in altre strutture;
- il coordinamento con il Medico di Medicina Generale al fine di garantire la continuità assistenziale
- la chiusura della cartella clinica.

**Destinazioni della dimissione**

La dimissione dall'OdC può avvenire verso:

- il domicilio dell'assistito, con o senza attivazione delle Cure Domiciliari;
- altre strutture territoriali, nell'ambito di un percorso di dimissione protetta;
- un Ospedale pubblico o privato, qualora sia necessario un livello di cura più elevato, previo raccordo diretto tra il Medico dell'OdC e la struttura ricevente.

**8. MONITORAGGIO**

L'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) è incaricata di svolgere un monitoraggio trimestrale degli accessi in Ospedale di Comunità, finalizzato all'individuazione di eventuali anomalie, criticità o disfunzioni nei flussi e nelle modalità di accesso per le conseguenti valutazioni e per interventi correttivi necessari.