



**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
AREA VASTA n° 3 – MACERATA**

MACROSTRUTTURA TERRITORIO

Procedura Specifica

**Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 3 di Macerata:
modalità di accesso e criteri di inclusione/esclusione**

Cod. Data 16/11/2016 Rev. 1 Pagina 1 di 6

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	2
3. DIAGRAMMA DI FLUSSO	2
4. RESPONSABILITA' e ATTIVITA'	3
5. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE	3
5.1 Criteri di Inclusione (prestazioni erogabili)	3
5.1 Criteri di Esclusione	5
6. RIFERIMENTI	5
7. ALLEGATI	6

Stato delle Revisioni

Rev.	Data	Modifica	Redazione	Verifica	Approvazione
N° revisione 0,	Data della 1ª emissione 8.6.2016	Motivo della modifica Adeguamento Indicazioni ASUR	Chi redige la procedura o la revisione (nome e firma) Dott. C. Balboni	Chi verifica la procedura o la revisione (nome e firma) Dott.ssa M.R. Paolini Dott.ssa D. Pezzola Dott. G. Turchetti Dir. Prof. Sanitarie <i>U. Succioli</i>	Chi approva la procedura o la revisione (nome e firma) Dott. A. Maccioni

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha lo scopo di definire i criteri di inclusione/esclusione e le modalità di accesso negli Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 3 di Macerata sia nell'ambito del percorso di "Dimissione Protetta" dalle Unità Operative ospedaliere che in quello di "Ammissione Protetta" dal domicilio/territorio.



**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
AREA VASTA n° 3 – MACERATA**

MACROSTRUTTURA TERRITORIO

Procedura Specifica

**Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 3 di Macerata:
modalità di accesso e criteri di inclusione/esclusione**

Cod. Data 16/11/2016 Rev. 1 Pagina 2 di 6

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

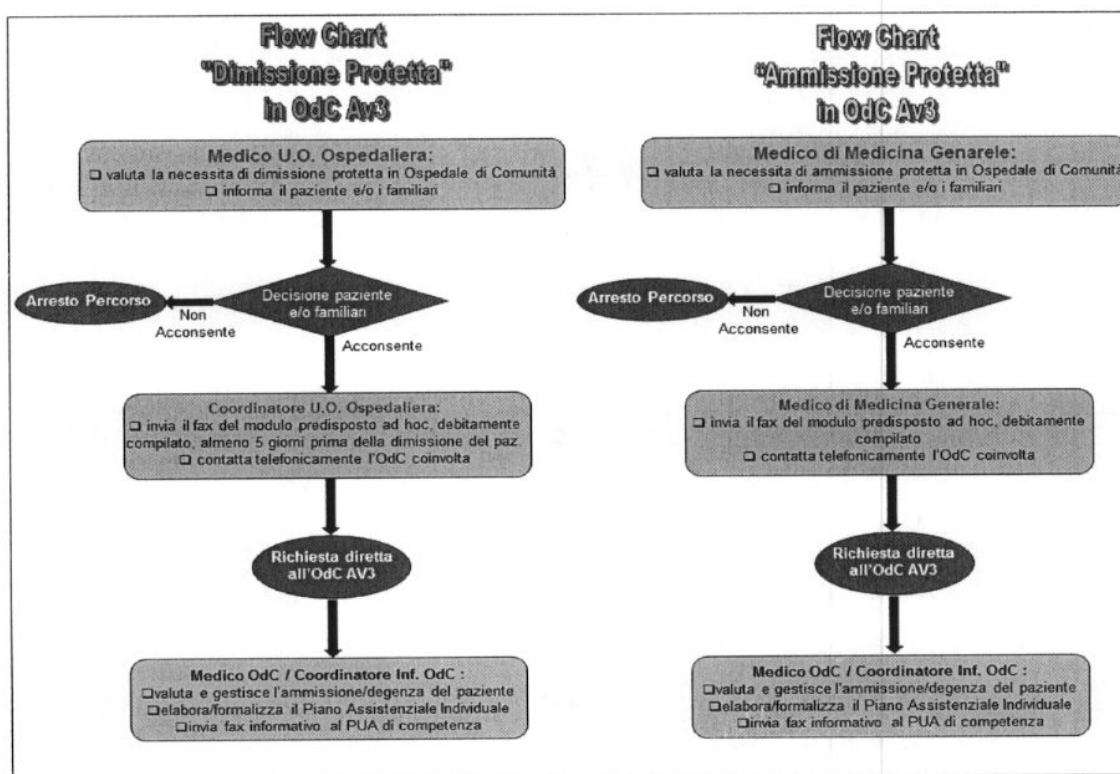
M.M.G. = Medico di Medicina Generale

OdC. = Ospedale di Comunità

P.U.A. = Punto Unico di Accesso

U.O.= Unità Operativa

3. DIAGRAMMA DI FLUSSO





Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
AREA VASTA n° 3 – MACERATA

MACROSTRUTTURA TERRITORIO

Procedura Specifica

**Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 3 di Macerata:
modalità di accesso e criteri di inclusione/esclusione**

Cod. Data 16/11/2016 Rev. 1 Pagina 3 di 6

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' E ATTIVITA'

Operatore che svolge l'attività ⇒	Medico U.O. Osp..	Coord. Inf. U.O. Osp.	MMG	Medico OdC Medico di UVI	Coord. Inf. di UVI/ Coord OdC
Descrizione attività ↓					
Valutazione/segnalazione di "Dimissione Protetta" in OdC	R	C			
Valutazione/richiesta di "Ammissione Protetta" in OdC			R		
Informazione/Consenso del Paziente/Familiare Referente	R		R		
Invio fax modulo ad hoc debitamente compilato all'OdC coinvolta/Segreteria Organizzativa cure territoriali	C	R	R		
Valutazione ammissione/gestione ricovero del paziente in OdC (*)				R	R
Elaborazione/Formalizzazione del Piano Assistenziale Individuale				R	R
Invio fax documento di ammissione in OdC al PUA di competenza				C	R

Legenda: R: responsabile; C: coinvolto

(*) La valutazione multi-dimensionale per l'ammissione in struttura è effettuata dall'UVI, può essere anche di norma delegata al Dirigente Medico di OdC e al Coordinatore Infermieristico di OdC.

5. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE

5.1 Criteri di Inclusione

I requisiti indispensabili per la selezione dei pazienti sono:

- Pazienti post acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.



**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
AREA VASTA n° 3 – MACERATA**

MACROSTRUTTURA TERRITORIO

Procedura Specifica

**Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 3 di Macerata:
modalità di accesso e criteri di inclusione/esclusione**

Cod.	Data 16/11/2016	Rev. 1	Pagina 4 di 6
-----------	-----------------	--------	---------------

- Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale (normalmente non superiore e non verso acuzie) e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero.

Si tratta di:

- ✓ Pazienti, senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza (assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti).
- ✓ Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico, ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento, anche per proseguo trattamenti riabilitativi
- ✓ Pazienti provenienti dal domicilio (o strutture residenziali di più bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate
- ✓ Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (*disease-related*) o dell'inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (*disuse-related*).
- ✓ Pazienti con necessità di terapie con farmaci H, ma stabili da un punto di vista clinico.

Prestazioni Erogabili

Presso tali strutture sono erogabili tutte le prestazioni clinico-assistenziali ricomprese nella categoria R2. Di seguito si riporta un elenco solo a titolo esemplificativo delle principali prestazioni eseguibili:

- ☐ Prelevi ematici (compreso anche l'emogasanalisi);



**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
AREA VASTA n° 3 – MACERATA**

MACROSTRUTTURA TERRITORIO

Procedura Specifica

**Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 3 di Macerata:
modalità di accesso e criteri di inclusione/esclusione**

Cod.

Data 16/11/2016

Rev. 1

Pagina 5 di 6

- ☐ Medicazioni;
- ☐ Terapia infusiva (anche farmaci H) ed emotrasfusionale;
- ☐ Gestione del CVC e CVP;
- ☐ Gestione delle stomie;
- ☐ Ossigenoterapia;
- ☐ Aspirazione tracheale (h24);
- ☐ Gestione dei respiratori su pazienti cronici;
- ☐ Nutrizione parenterale/enterale;
- ☐ Dialisi peritoneale*;
- ☐ Prevenzione lesioni da pressione;
- ☐ Prevenzione immobilizzazione generale o segmentarla;
- ☐ Prevenzione cadute;
- ☐ Rilevazione, monitoraggio e terapia del dolore e palliazione;
- ☐ Interventi di *family learning* ed educazione parentale e del *care giver* professionale e non professionale

* ad esclusione di Recanati

5.2 Criteri di Esclusione

- ✓ Pazienti con instabilità clinica.
- ✓ Pazienti con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito.
- ✓ Paziente terminale proveniente da altra struttura (ammissibile solo nel caso non possano essere attuate altre forme assistenziali).
- ✓ Paziente psichiatrico o con demenza con severi disturbi del comportamento non controllati con le terapie.
- ✓ Paziente assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare o *caregiver*.



**Regione Marche - Azienda Sanitaria Unica Regionale
AREA VASTA n° 3 – MACERATA**

MACROSTRUTTURA TERRITORIO

Procedura Specifica

**Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 3 di Macerata:
modalità di accesso e criteri di inclusione/esclusione**

Cod.	Data 16/11/2016	Rev. 1	Pagina 6 di 6
-----------	-----------------	--------	---------------

6. RIFERIMENTI

- D.G.R. n. 960 del 04/08/2014 "Regolamentazione Cure Intermedie"
- D.G.R. n. 139 del 22/02/2016 "Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità..."

7. ALLEGATI

- ❖ Scheda di segnalazione di "Dimissione Protetta" in OdC.
- ❖ Scheda di richiesta di "Ammissione Protetta" – *Distretto di Camerino*.
- ❖ Scheda di richiesta di "Ammissione Protetta" – *Distretto di Civitanova Marche*.
- ❖ Scheda di richiesta di "Ammissione Protetta" – *Distretto di Macerata*.

SEGNALAZIONE di DIMISSIONE PROTETTA Ospedale di Comunità

Al Dirigente Medico dell'OSPEDALE di COMUNITA' di

☐	MATELICA	0737-7814327 (fax)	☎ 0737-7814217
☐	RECANATI	071-7583249 (fax)	☎ 071-7583511-546
☐	TOLENTINO	0733-900203 (fax)	☎ 0733-900200
☐	TREIA	0733-218563 (fax)	☎ 0733-218571

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa, _____ comunica che
il/la signor/a _____ ☐ M ☐ F
nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____
in via _____ n. _____ tel. _____
attualmente ricoverato/a presso l'U.O. di _____ dimissione prevista per il ____/____/____
MMG/PLS Dr. _____ tel. _____ è stato avvertito: ☐ Si ☐ No

Condizioni Sociali	☐ vive solo ☐ con familiari _____ ☐ con altri _____ familiare referente Sig./ra _____ tel. _____
Il paziente e/o il familiare referente è stato debitamente informato ed acconsente all'eventuale inserimento in OdC Firma del Paziente/Familiare _____	

Problematiche Sanitarie / Assistenziali in atto: _____

☐ Stabilità Clinica ☐ Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica ☐ Farmaci H ☐ TAO

Stato neuropsichico	☐ vigile e collaborante ☐ disorientato ☐ ansioso ☐ depresso ☐ altro _____
Respirazione	☐ autonoma ☐ ossigenoterapia h/die _____ lt/min _____ ☐ tracheostomia ☐ altro _____
Alimentazione	☐ autonoma ☐ inserito in programma (NAD) ☐ sondino naso-gastrico ☐ PEG ☐ parenterale ☐ altro _____
Eliminaz. urinaria	☐ autonoma ☐ catetere tipo _____ ch _____ data sost _____ ☐ pannolone ☐ urostomia ☐ nefrotomia ☐ epicistostomia ☐ altro _____
Eliminaz. intestinale	☐ autonoma ☐ colostomia ☐ ileostomia ☐ pannolone ☐ altro _____
Cute	☐ integra ☐ presenza di LdP in sede _____ stadio _____ ☐ ferite chirurgiche ☐ ulcere vascolari ☐ altro _____ trattamento: _____
Dolore	valore _____ sede _____ terapia ☐ si ☐ no
Presidi/Dispositivi	☐ drenaggi (tipo e sede) _____ ☐ CVP posizionato il _____ ☐ CVC in sede _____ tipo _____ ultima med _____
Visita Fisiatrica	effettuata: ☐ si (allegare copia consulenza) data _____ ☐ no
Mobilità	☐ autonoma ☐ con ausili ☐ con aiuto ☐ allettato ☐ letto/poltrona ☐ postura obbligata per patol. necessita di: ☐ letto con sponde ☐ materasso antidecubito ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ altro _____

Nota Bene: il presente modulo, almeno 5 giorni prima della presunta dimissione, dovrà essere debitamente compilato in ogni sua parte ed inviato via fax alla struttura di competenza.

Data ____/____/____ Timbro e Firma Medico U.O. _____

☐ Ammesso ☐ Non Ammesso
Data ____/____/____ Timbro e Firma Dirig. Medico OdC _____



RICHIESTA di AMMISSIONE PROTETTA

Al Direttore del Distretto di Camerino

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa, _____ richiede per

il/la signor/a _____ ☐ M ☐ F

nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____

in via _____ n. _____ tel. _____

l'ammissione nella seguente Struttura/Setting Assistenziale (tracciare una x sulla casella corrispondente):

Struttura/Setting	N° Fax	N° Tel.
OdC Matelica	0737-7814327	0733-781417
RSA Matelica	0737-7814327	0733-781417
Residenza Protetta	0733-642263	0733-246265

Struttura/Setting	N° Fax	N° Tel.
	0733-642263	0733-246265

Condizioni Sociali ☐ vive solo ☐ con familiari _____ ☐ con altri _____
familiare referente Sig./ra _____ tel. _____

Il paziente e/o il familiare referente è stato debitamente
informato ed acconsente alla presente richiesta

Firma del Paziente/Familiare _____

Problematiche Sanitarie / Assistenziali in atto: _____

☐ Stabilità Clinica ☐ Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica ☐ Farmaci H ☐ TAO

Stato neuropsichico	☐ vigile e collaborante ☐ disorientato ☐ ansioso ☐ depresso ☐ altro _____
Respirazione	☐ autonoma ☐ ossigenoterapia h/die _____ lt/min _____ ☐ tracheostomia ☐ altro _____
Alimentazione	☐ autonoma ☐ inserito in programma (NAD) ☐ sondino naso-gastrico ☐ PEG ☐ parenterale ☐ altro _____
Eliminaz. urinaria	☐ autonoma ☐ catetere tipo _____ ch _____ data sost _____ ☐ pannolone ☐ urostomia ☐ nefrotomia ☐ epicistostomia ☐ altro _____
Eliminaz. intestinale	☐ autonoma ☐ colostomia ☐ ileostomia ☐ pannolone ☐ altro _____
Cute	☐ integra ☐ presenza di LdP in sede _____ stadio _____ ☐ ferite chirurgiche ☐ ulcere vascolari ☐ altro _____ trattamento: _____
Dolore	valore _____ sede _____ terapia ☐ si ☐ no
Presidi/Dispositivi	☐ drenaggi (tipo e sede) _____ ☐ CVP posizionato il _____ ☐ CVC in sede _____ tipo _____ ultima med _____
Visita Fisiatrica	effettuata: ☐ si (allegare copia consulenza) data _____ ☐ no
Mobilità	☐ autonoma ☐ con ausili ☐ con aiuto ☐ allettato ☐ letto/poltrona ☐ postura obbligata per patol. necessita di: ☐ letto con sponde ☐ materasso antidecubito ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ altro _____

Nota Bene: inviare via fax il presente modulo debitamente compilato
(verificare il numero corrispondente dalla tabella iniziale).

Data ____/____/____

Timbro e Firma MMG _____

☐ Ammesso ☐ Non Ammesso

Data ____/____/____

Timbro e Firma Dirig. Medico OdC _____



RICHIESTA di AMMISSIONE PROTETTA

Al Direttore del Distretto di Civitanova Marche

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa, _____ richiede per

il/la signor/a _____ ☐ M ☐ F

nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____

in via _____ n. _____ tel. _____

l'ammissione nella seguente Struttura/Setting Assistenziale (tracciare una x sulla casella corrispondente):

Struttura/Setting	N° Fax	N° Tel.	Struttura/Setting	N° Fax	N° Tel.
OdC Recanati	071-7583249	071-7583511-546	Residenza Protetta	0733-823402	0733-823438
RSA Recanati	0733-823402	0733-823438			
RSA Civitanova M.	0733-823402	0733-823438		0733-823402	0733-823438
RSA S.Maria in Chienti	0733-823402	0733-823438			

Condizioni Sociali ☐ vive solo ☐ con familiari _____ ☐ con altri _____
familiare referente Sig./ra _____ tel. _____

Il paziente e/o il familiare referente è stato debitamente
informato ed acconsente alla presente richiesta

Firma del Paziente/Familiare _____

Problematiche Sanitarie / Assistenziali in atto: _____

☐ Stabilità Clinica ☐ Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica ☐ Farmaci H ☐ TAO

Stato neuropsichico	☐ vigile e collaborante ☐ disorientato ☐ ansioso ☐ depresso ☐ altro _____
Respirazione	☐ autonoma ☐ ossigenoterapia h/die _____ l/min _____ ☐ tracheostomia ☐ altro _____
Alimentazione	☐ autonoma ☐ inserito in programma (NAD) ☐ sondino naso-gastrico ☐ PEG ☐ parenterale ☐ altro _____
Eliminaz. urinaria	☐ autonoma ☐ catetere tipo _____ ch _____ data sost _____ ☐ pannolone ☐ urostomia ☐ nefrotomia ☐ epicistostomia ☐ altro _____
Eliminaz. intestinale	☐ autonoma ☐ colostomia ☐ ileostomia ☐ pannolone ☐ altro _____
Cute	☐ integra ☐ presenza di LdP in sede _____ stadio _____ ☐ ferite chirurgiche ☐ ulcere vascolari ☐ altro _____ trattamento: _____
Dolore	valore _____ sede _____ terapia ☐ sì ☐ no
Presidi/Dispositivi	☐ drenaggi (tipo e sede) _____ ☐ CVP posizionato il _____ ☐ CVC in sede _____ tipo _____ ultima med _____
Visita Fisiatrica	effettuata: ☐ sì (allegare copia consulenza) data _____ ☐ no
Mobilità	☐ autonoma ☐ con ausili ☐ con aiuto ☐ allettato ☐ letto/poltrona ☐ postura obbligata per patol. necessita di: ☐ letto con sponde ☐ materasso antidecubito ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ altro _____

Nota Bene: inviare via fax il presente modulo debitamente compilato
(verificare il numero corrispondente dalla tabella iniziale).

Data ____/____/____

Timbro e Firma MMG _____

☐ Ammesso ☐ Non Ammesso

Data ____/____/____

Timbro e Firma Dirig. Medico OdC _____



RICHIESTA di AMMISSIONE PROTETTA

Al Direttore del Distretto di Macerata

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa, _____ richiede per

il/la signor/a _____ ☐ M ☐ F

nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____

in via _____ n. _____ tel. _____

l'ammissione nella seguente Struttura/Setting Assistenziale (tracciare una x sulla casella corrispondente):

Struttura/Setting	N° Fax	N° Tel.
OdC Tolentino	0733-900203	0733-900200
OdC Treia	0733-218563	0733-218571
RSA Corridonia	0733-2572052	0733-2572042
RSA S.Ginesio	0733-900261	0733-2572042

Struttura/Setting	N° Fax	N° Tel.
LdG CdC Marchetti	0733-2572052	0733-2572042
Residenza Protetta	0733-2572052	0733-2572042
	0733-2572052	0733-2572042

Condizioni Sociali ☐ vive solo ☐ con familiari _____ ☐ con altri _____
familiare referente Sig./ra _____ tel. _____

Il paziente e/o il familiare referente è stato debitamente informato ed acconsente alla presente richiesta

Firma del Paziente/Familiare _____

Problematiche Sanitarie / Assistenziali in atto: _____

☐ Stabilità Clinica ☐ Basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica ☐ Farmaci H ☐ TAO

Stato neuropsichico	☐ vigile e collaborante ☐ disorientato ☐ ansioso ☐ depresso ☐ altro _____
Respirazione	☐ autonoma ☐ ossigenoterapia h/die _____ l/min _____ ☐ tracheostomia ☐ altro _____
Alimentazione	☐ autonoma ☐ inserito in programma (NAD) ☐ sondino naso-gastrico ☐ PEG ☐ parenterale ☐ altro _____
Eliminaz. urinaria	☐ autonoma ☐ catetere tipo _____ ch _____ data sost _____ ☐ pannolone ☐ urostomia ☐ nefrotomia ☐ epicistostomia ☐ altro _____
Eliminaz. intestinale	☐ autonoma ☐ colostomia ☐ ileostomia ☐ pannolone ☐ altro _____
Cute	☐ integra ☐ presenza di LdP in sede _____ stadio _____ ☐ ferite chirurgiche ☐ ulcere vascolari ☐ altro _____ trattamento: _____
Dolore	valore _____ sede _____ terapia ☐ sì ☐ no
Presidi/Dispositivi	☐ drenaggi (tipo e sede) _____ ☐ CVP posizionato il _____ ☐ CVC in sede _____ tipo _____ ultima med _____
Visita Fisiatrica	effettuata: ☐ sì (allegare copia consulenza) data _____ ☐ no
Mobilità	☐ autonoma ☐ con ausili ☐ con aiuto ☐ allettato ☐ letto/poltrona ☐ postura obbligata per patol. necessità di: ☐ letto con sponde ☐ materasso antidecubito ☐ carrozzina ☐ deambulatore ☐ altro _____

Nota Bene: inviare via fax il presente modulo debitamente compilato
(verificare il numero corrispondente dalla tabella iniziale).

Data ____/____/____

Timbro e Firma MMG _____

☐ Ammesso ☐ Non Ammesso

Data ____/____/____

Timbro e Firma Dirig. Medico OdC _____