



**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 08/06/2016	Rev. 0	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 1 ^a emissione	Motivo della modifica prima emissione"	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. Gianni Turchetti	Chi approva la procedura o la revisione (nome e firma) Dott. A. Maccioni

 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 08/06/2016	Rev. 0	Pagina 2 di 6

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.

2. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

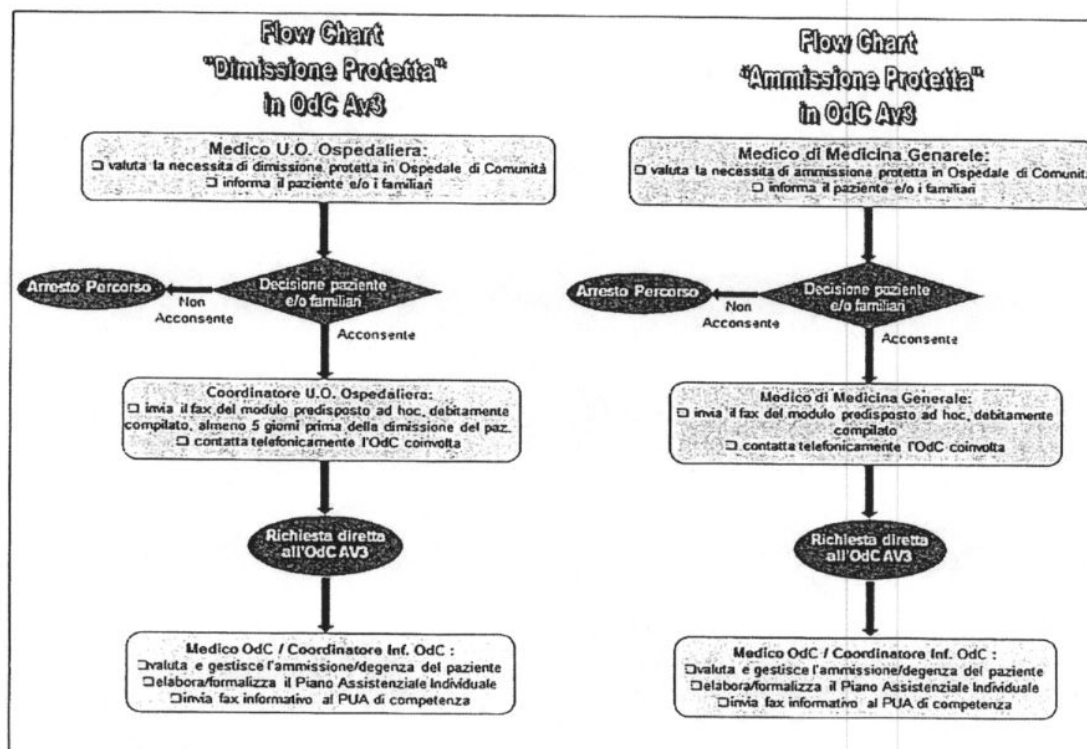
M.M.G. = Medico di Medicina Generale

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 08/06/2016

Rev. 0

Pagina 3 di 6

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' E ATTIVITA'

Operatore che svolge l'attività ⇒ Descrizione attività ↓	Medico U.O. Osp..	Coord. Inf. U.O. Osp.	MMG	Medico OdC	Coord. Inf. OdC
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	C	R	R		
Valutazione ammissione/gestione ricovero del paziente in OdC (*)				R	C
Elaborazione/Formalizzazione del Piano Assistenziale Individuale				R	C
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 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.
- Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero.

Si tratta di:



**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 08/06/2016	Rev. 0	Pagina 4 di 6
-----------	-----------------	--------	---------------

- ✓ 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.
- ✓ 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'emogas analisi);
- ☐ Medicazioni;
- ☐ Terapia infusiva (anche farmaci H) ed emotrasfusionale;
- ☐ Gestione del CVC e CVP;
- ☐ Gestione delle stomie;
- ☐ Ossigenoterapia;
- ☐ Aspirazione tracheale (h24);



**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 08/06/2016	Rev. 0	Pagina 5 di 6
-----------	-----------------	--------	---------------

- ☐ Gestione dei respiratori;
- ☐ Nutrizione parenterale/enterale;
- ☐ Dialisi peritoneale;
- ☐ Prevenzione lesioni da pressione;
- ☐ Prevenzione immobilizzazione generale o segmentaria;
- ☐ 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.

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*.
- ✓ Pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

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..."



**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 08/06/2016	Rev. 0	Pagina 6 di 6
-----------	-----------------	--------	---------------

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*.

(Nome e firma di chi redige o revisiona la procedura)

NOME	FIRMA
Balboni Claudio	
Buccolini Mara	
Centurioni Riccardo	
Faccenda Giovanna	
Frapiccini Attilio	
Mazzocanti Maria Rita	
Palazzo Massimo	
Paolini Maria Rita	
Pascucci Giovanni	
Pecorella Stanislao	
Pezzola Donella	
Piccinini Nadia	
Rocchi Renato	
Turchetti Gianni	

SEGNALAZIONE di DIMISSIONE PROTETTA Ospedale di Comunità

Alt. det. 900 (AV3 del - 5 AGO. 2019)

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. nessita 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 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 _____ 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 ☐ 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. det. 900 del - 5 AGO. 2018
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		0733-823402	0733-823438
RSA Civitanova M.	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 _____ 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 ☐ sì ☐ no
Presidi/Dispositivi	☐ drenaggi (tipo e sede) _____ ☐ CVP posizionato il _____ ☐ CVC in sede _____ tipo _____ ultima med _____
Visita Fisiatria	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 _____

Del. det. 900/Ar3 del - 5 AGO. 2016



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