

# DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL' OSPEDALE DI COMUNITÀ LA MADDALENA

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

## 1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità "La Maddalena"
Sede	P.O. Paolo Merlo Via Ammiraglio Magnaghi, 07024 La Maddalena
CUP	I62C22000170006
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	25/05/2026

## 2. Introduzione

### Obiettivi e Mission

La presente relazione descrive l'assetto organizzativo e funzionale dell'Ospedale di Comunità del Presidio Ospedaliero P. Merlo La Maddalena, attivato nell'ambito del processo di sviluppo dell'assistenza territoriale previsto dal Decreto Ministeriale 77/2022 e dalla programmazione regionale in attuazione della Missione 6 Salute del PNRR.

La popolazione del territorio di competenza della ASL Gallura al **01.01.2025** ammonta a 159.098 abitanti.

La maggior parte della popolazione risiede nei comuni di Olbia (61.658 abitanti) Tempio Pausania (13.003 abitanti), Arzachena (13.451 abitanti) e La Maddalena (10.476 abitanti) e quindi prevalentemente lungo la costa nord orientale. La maggioranza dei comuni che compongono il territorio di competenza della ASL Gallura sono di piccole dimensioni ed altro elemento caratterizzante sono i nuclei residenziali di matrice rurale, che si manifestano con diversi gradi di densità abitativa.

L'ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale della Gallura è articolata in tre Distretti Socio Sanitari: **il Distretto di Olbia, il Distretto di Tempio Pausania e il Distretto di La Maddalena**. La distribuzione della popolazione per Distretto è fortemente disomogenea, il Distretto più popoloso è il Distretto di Olbia dove è concentrato il 75% della popolazione, segue il Distretto di Tempio Pausania con il 18% e il Distretto della Maddalena con il 7% del totale della popolazione residente.

Nell'ASL Gallura è prevista l'attivazione di quattro OdC (due a Tempio, uno a Olbia e uno a La Maddalena) verrà pertanto realizzato un adeguamento strutturale nel Presidio Paolo Dettori di Tempio e nel Presidio Paolo Merlo di La Maddalena. Nella sede di Via Limbara a Tempio e nel P.O. Giovanni Paolo II verranno attivati nelle strutture esistenti.

È una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale, svolge una funzione intermedia tra domicilio e ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire le dimissioni protette in luoghi più idonei al soddisfacimento di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e che siano più prossimi al domicilio.

Gli standard organizzativi citati nel DM 77/22 prevedono un OdC di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (estendibili fino a un massimo di 40) per garantire equità delle cure e maggior capillarità territoriale.

I Direttori del Distretto, con la loro funzione gestionale, organizzativa e di coordinamento dei servizi territoriali, assicurano che gli OdC operino come nodo della rete territoriale della ASL Gallura, favorendo continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti, garantendo l'integrazione tra Ospedale e Territorio. È destinato a pazienti che necessitano di interventi sanitari/riabilitativi a medio- bassa intensità, a seguito di un episodio acuto minore o di una riacutizzazione di malattie croniche, potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna non erogabile a domicilio in quanto quest'ultimo risulta inadeguato, sia per ragioni strutturali che familiari e con degenza breve (massimo 30 giorni).

La funzione principale dell'OdC è, dunque, quella di fornire cure intermedie, rivolte a pazienti clinicamente stabilizzati che non richiedano cure ospedaliere intensive, ma non possono essere gestiti adeguatamente a casa o in strutture residenziali come le RSA.

Tra gli obiettivi principali del ricovero vi è anche il coinvolgimento attivo della famiglia o del caregiver, attraverso percorsi di formazione e addestramento finalizzati a migliorare il riconoscimento precoce di eventuali segnali di instabilità e favorire l'*empowerment*.

L'OdC costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali.

La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'OdC a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni.

Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/caregiver.

Il presente documento definisce il modello operativo per la progettazione, lo sviluppo e l'attivazione degli Ospedali di Comunità (OdC) nel territorio dell'Azienda Sanitaria Asl 2 Gallura, in conformità alla normativa vigente e ai documenti di indirizzo ministeriali e regionali.

L'OdC ha la finalità di evitare ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati e di favorire dimissioni protette in luoghi idonei alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e all'addestramento del degente e/o suo caregiver all'autonomia e autocura o, in caso di persone non autosufficienti e in assenza di caregiver adeguato, come ricovero in attesa di trovare un contesto di cura e assistenza stabile.

Gli obiettivi principali sono:

- Garantire uniformità organizzativa nell'attivazione degli OdC aziendali;
- Assicurare il rispetto degli standard strutturali, tecnologici e di personale;
- Definire responsabilità e fasi operative;
- Favorire l'integrazione con la rete territoriale (Case della Comunità, MMG, PLS, Continuità Assistenziale, servizi domiciliari e sociali);
- Ridurre ricoveri impropri nei reparti per acuti;
- Migliorare la continuità Ospedale-Territorio.

L' Ospedale di Comunità del Distretto di La Maddalena verrà attivato presso il Presidio Ospedaliero P. Merlo di La Maddalena per un totale di 16 posti letto come illustrato nella planimetria allegata

## Riferimenti Normativi

L'attivazione dell'Ospedale di Comunità (OdC) si inserisce nel quadro di riordino dell'assistenza territoriale previsto dalla Componente 1 della Missione 6 "Salute" Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità M6C1-I 1.3 – 10-11 e disciplinato dal DM 77/22 recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

- Ministero della Salute - DM 77/22;
- Regione Autonoma della Sardegna – DGR n°37/24 del 14/12/2022 – Adozione del provvedimento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/22, che definisce gli indirizzi e la rete delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità nel territorio regionale;
- Regione Autonoma della Sardegna – DGR n°4/59 del 16/02/2023 – Approvazione definitiva del provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/22, con definizione della rete regionale delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità, in coerenza con la Missione 6- PNRR e con il CIS;
- AGENAS –Documento di indirizzo per il meta progetto dell'Ospedale di Comunità- 2022;
- ASL Gallura - Delibera del Direttore Generale F.F. n°43 del 22/01/2026- Adozione del PIAO 2026/2028;
- Regione Autonoma della Sardegna - Deliberazione n°27/34 del 21/05/2025 "Programma Regionale di Sviluppo 2024-2029 - Obiettivo strategico 2.1.1.3 . Definizione delle linee guida metodologiche per l'operatività delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità".
- DGR n. 16/14 del 08.04.2026 - Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Programmazione degli ospedali di comunità. Aggiornamento della DGR n. 4/59 del 16 febbraio 2023. Approvazione preliminare.



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



**Italiadomani**

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

**PNRR - Missione 6**

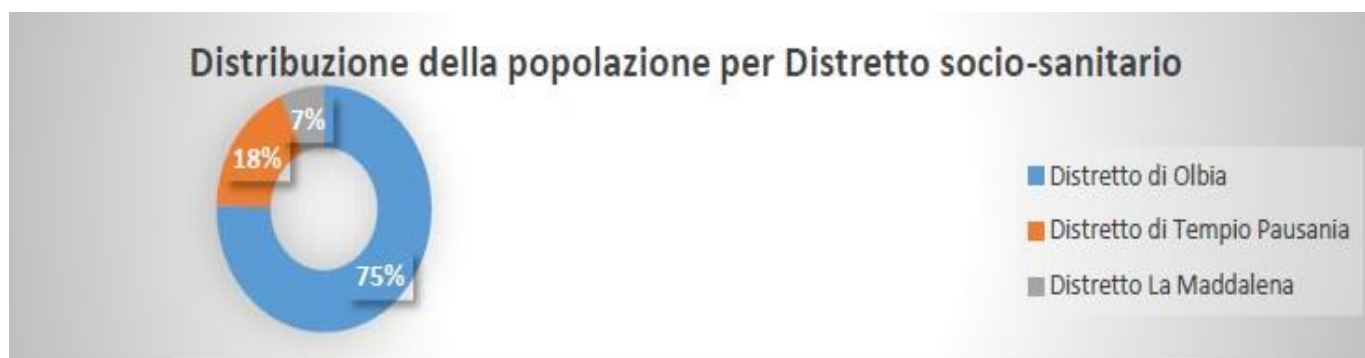


**ASL Gallura**  
Azienda socio-sanitaria locale

## Descrizione generale – Ambito territoriale distrettuale

Il contesto in cui opera l'ASL Gallura è caratterizzato da una pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti della struttura socio-demografica che comportano perciò una gestione improntata alla ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi.

Per far fronte ai mutamenti dovuti alle variabili demografiche ed epidemiologiche si rende necessario avviare dei processi di riorganizzazione assistenziali che determineranno delle modifiche nella organizzazione e gestione dei servizi, con importanti cambiamenti specialmente in ambito territoriale, con una prospettiva che va verso il potenziamento delle cure domiciliari, l'attivazione delle Case della Comunità e la presa in carico proattiva delle patologie croniche e degli Ospedali di Comunità.

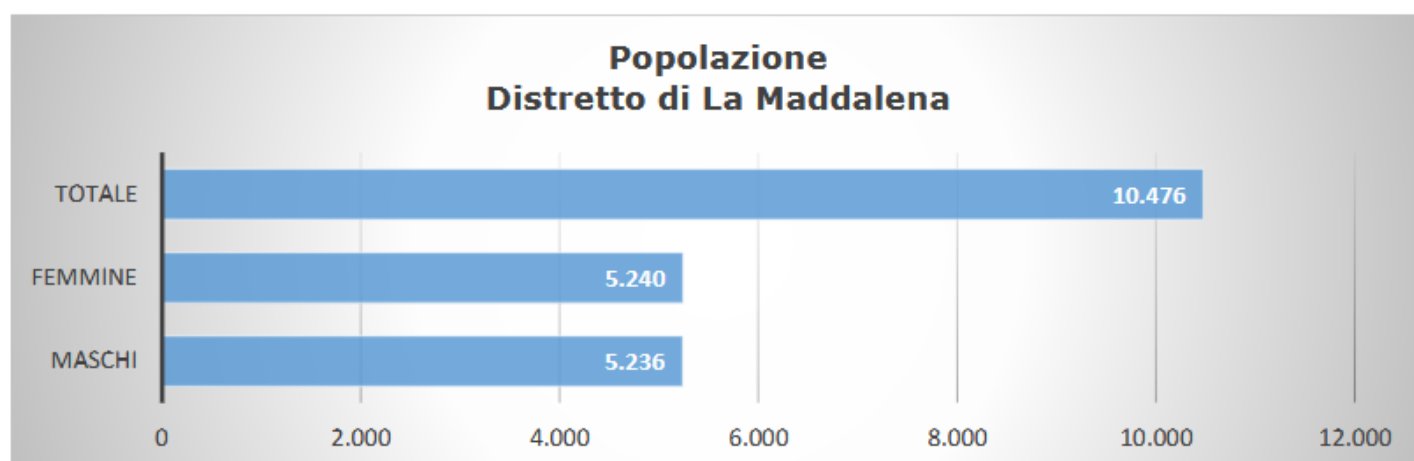


Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Classi d'età	Totale
0-15	2.604
15-64	17.959
>65	7.918

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

La popolazione residente nel Distretto Socio Sanitario di La Maddalena risulta pari a 10.476, che rappresenta il 7% della popolazione della Azienda Sanitaria Gallura. La percentuale di anziani, cioè di persone di età uguale o superiore a 65 anni, è pari a 2.902 unità che rappresenta il 28% della popolazione. La fascia d'età di popolazione tra i 15 e i 64 anni rappresenta il 63% della popolazione.

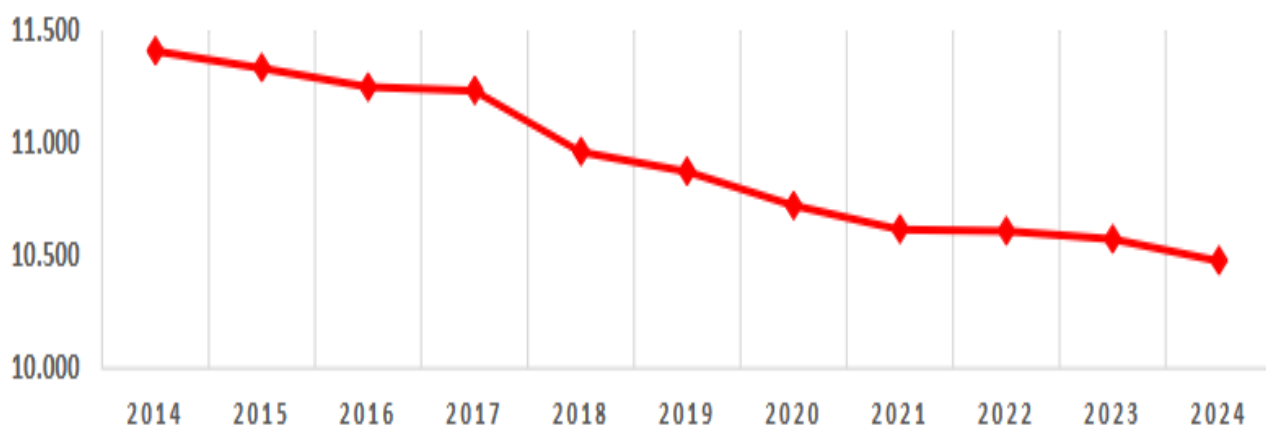
Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza Strutturale	Indice di Ricambio della popolazione	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico per figli per donna
299,8	58,6	197,5	171,2	14,2

Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

Nel Distretto socio sanitario di La Maddalena l'indice di vecchiaia della popolazione risulta pari a 299,8 %, valore superiore sia a quello regionale (266,6%), che a quello nazionale (199,8). L'indice di dipendenza strutturale presenta un valore, pari al 58,6%, e superiore rispetto sia a quello regionale (58,5%) e a quello nazionale (57,6%).

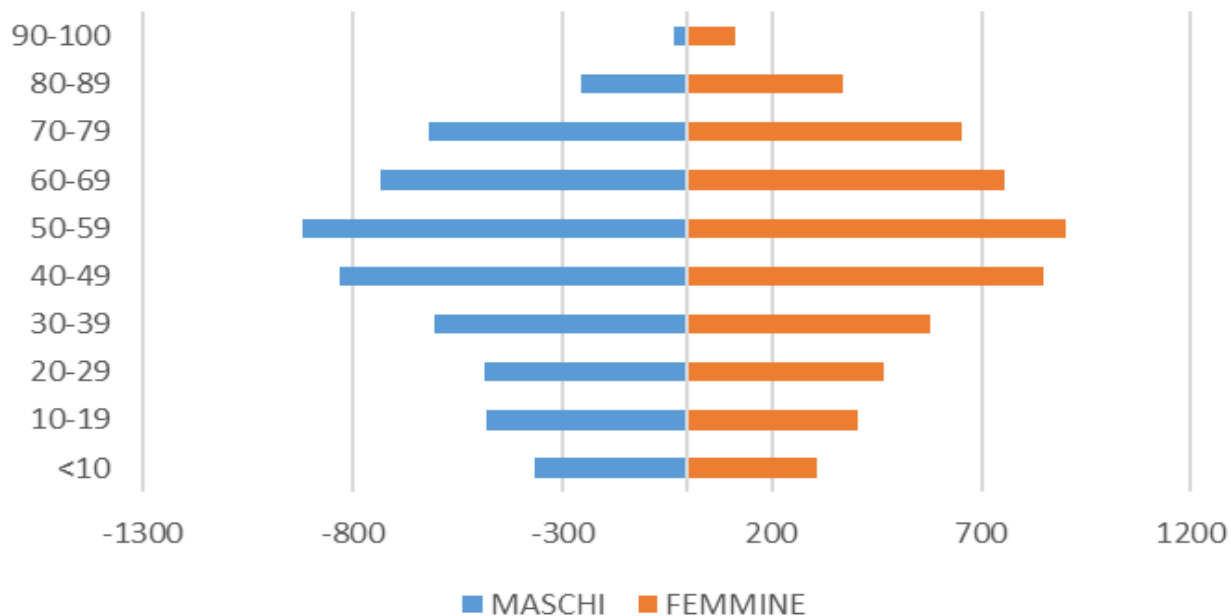
L'indice di struttura della popolazione si attesta al 171,2 % ciò significa che è ancora la fascia lavorativa più giovane a prevalere su quella più anziana.

## ANDAMENTO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE



Fonte dati: GeoDemo Istat (01.01.2025)

## PIRAMIDE DELL'ETA' DISTRETTO DI LA MADDALENA





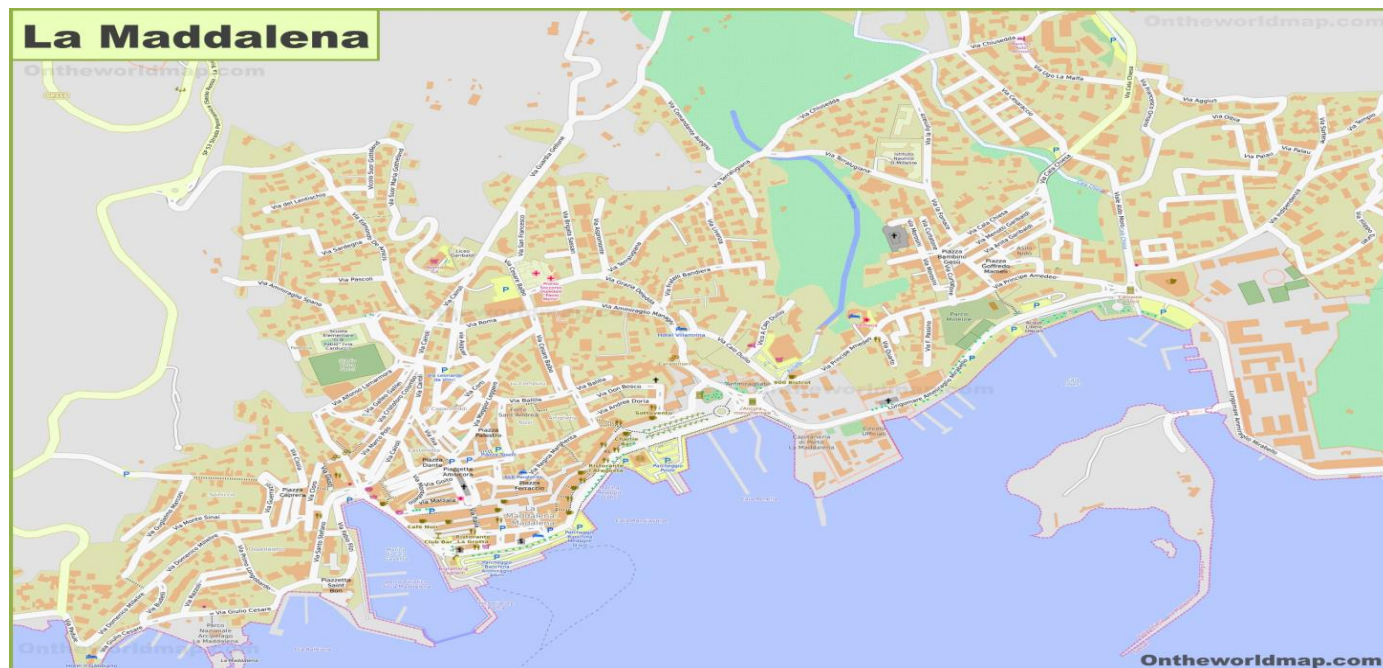
L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali. La bassa numerosità statistica delle classi d'età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento (un modesto aumento dei flussi migratori in ingresso e una crescita dei flussi in uscita) dovuto a diversi fattori socio economici. La struttura della piramide conferma una tendenza all' invecchiamento della popolazione.

L'isola di La Maddalena, la maggiore dell'arcipelago, situata sulla costa meridionale e sviluppata verso il centro e la parte orientale dell'isola, si estende per 51,67 kmq.

La Maddalena è un'isola del nord-est della Sardegna, composta da diverse isole minori con collegamenti via traghetto da Palau ed una popolazione residente di 10.488 abitanti con un incremento stagionale legato al turismo.

Il trasporto verso ospedali maggiori richiede l'attivazione di traghetti o elicotteri.

L'accesso limitato a servizi sanitari complessi, rende necessaria l'attivazione di una struttura di prossimità per garantire cure intermedie e post-acute senza la necessità di lasciare l'isola con vantaggi sia per il paziente che per l'azienda anche in termini economici, per ridurre ricoveri in ospedali maggiori come Olbia e Sassari per pazienti anziani o fragili e per migliorare la continuità delle cure con servizi di telemedicina e monitoraggio da remoto. In questo scenario diventa fondamentale l'implementazione di un Ospedale di Comunità.



**Mappa territoriale La Maddalena**

### **Descrizione della struttura:**

L' Ospedale di Comunità di La Maddalena è configurato come struttura di degenza territoriale intermedia a bassa – media intensità, operativa H 24 7giorni/7 e con durata massima del ricovero pari a 30 giorni. Tale struttura a degenza breve individua come target privilegiato i pazienti anziani ( $\geq 65$  anni) fragili e cronici, residenti nel territorio aziendale e ricoverati nei reparti per acuti con diagnosi correlate alla sindrome ipocinetica, esiti di frattura o altri traumi maggiori, riacutizzazioni di patologie croniche e significativa compromissione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL). L'obiettivo è stabilizzare il paziente e riattivarlo dopo l'acuzie, pianificando la continuità assistenziale(domicilio/ADI/residenzialità) e riducendo ricoveri evitabili e riammissioni, tramite presa in carico integrata multiprofessionale con servizi territoriali e telemedicina.

L'OdC è una struttura a forte impronta territoriale collocata nella continuità tra domicilio/residenzialità e ospedale per acuti ed a gestione prevalentemente infermieristica.

L'OdC funge da ponte tra l'ospedale e il domicilio del paziente con l'obiettivo di decongestionare gli ospedali per acuti, prevenire i ricoveri inappropriati, supportare le famiglie e accompagnamento alle dimissioni secondo un approccio orientato alla presa in carico integrata e alla continuità delle cure.

L' ODC è organizzato secondo un layout conforme ai criteri di sicurezza, gestione dei percorsi sporco/pulito, accessibilità e controllo del rischio clinico, in coerenza con gli standard previsti per le cure intermedie e conforme ai requisiti igienico-strutturali, impiantistici e di sicurezza previsti per attività di degenza territoriale a bassa-media intensità assistenziale.

Per quanto riguarda le attività di riabilitazione queste vengono erogate dai Fisioterapisti afferenti alla RRFT, vengono svolte in un ambulatorio in attesa dell'allestimento dell'area riabilitativa prevista all'interno dell'Ospedale di Comunità.

L'Ospedale di Comunità di La Maddalena ha sede presso il Presidio Ospedaliero Paolo Merlo di La Maddalena per un totale di 16 posti letto, temporaneamente attivato presso i locali dell'ex reparto di Ginecologia (4 stanze di degenza) e del MOBI (4 stanze di degenza), in attesa di completamento dei lavori della sede definitiva.

L'OdC risulta collocato al primo piano dell'Ospedale Paolo Merlo accessibile tramite scale e ascensore ed è articolato in :

N. 2 stanze di degenza dotate di 2 posti letto ed arredi con bagno condiviso adiacente alle due stanze.

N. 1 stanza di degenza dotata di 2 posti letto ed arredi con bagno esterno situato di fronte.

N. 5 stanze di degenza dotate di 2 posti letto, arredi e servizi igienici.

N. 1 stanza del Coordinatore.

N.3 Depositi (deposito sporco , pulito e presidi).

N. 1 Medicheria dotata di servizi igienici per il personale.

N. 1 Cucina.

### **Apparecchiature Elettromedicali presenti nell' ODC sono:**

- carrello di emergenza, dotato di DAE e tutti i presidi e dispositivi necessari per la RCP compreso di check list di controllo;
- Elettrocardiografo
- Pompe Infusionali
- Pulsossimetro
- Glucometro
- Monitor multiparametrico.

### 3. Organizzazione del Personale

La struttura sarà operativa 7 giorni su 7 e garantisce assistenza infermieristica e di supporto h 24 mentre l'assistenza medica è assicurata nel turno diurno (8-20) e sarà garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. Per quanto riguarda il personale della Riabilitazione a seconda del bisogno del paziente si fa riferimento al personale della Riabilitazione e Recupero funzionale di La Maddalena.

L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali.

Gli standard organizzativi citati nel DM 77/22 prevedono un OdC di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti (estendibili fino a un massimo di 40) per garantire equità delle cure e maggior capillarità territoriale.

L'ODC di La Maddalena è attivo per n. 16 PL.

Sono presenti n.7 Infermieri di cui n.1 Coordinatore e n.7 OSS per poter garantire la copertura h24, per quanto riguarda il personale della Riabilitazione si fa riferimento al personale della Riabilitazione Territoriale, mentre per l'Assistente sociale si fa riferimento alla Assistente Sociale della CDC di La Maddalena.

La struttura sarà operativa 7 giorni su 7 e garantisce assistenza infermieristica h 24.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati e nel turno diurno (8-20) è garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7; nelle ore in cui il medico non è presente fisicamente nella struttura, l'assistenza medica viene garantita tramite un sistema di reperibilità attivato tempestivamente dal personale infermieristico che invece presidia la struttura h24, 7 giorni su 7. Nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo, in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia, l'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

Per eventuale valutazione specialistica (es. cardiologica, diabetologica, pneumologica ecc.) che non richiede il trasferimento in un ospedale per acuti l'assistenza medicasi avvale della consulenza degli specialisti ambulatoriali della Casa della Comunità Hub di Olbia o dei sistemi di telemedicina o teleconsulto..

L'accesso avviene su proposta di MMG, MCA, medico specialista, PASS, Pronto Soccorso.

## **Assetto Organizzativo del Personale**

### **Direzione e Coordinamento**

- Responsabile di Struttura (Dirigente sanitario)
- IFO II Livello Coordinamento OdC

### **Dotazione Organica**

<b>Figura professionale</b>	<b>Numero</b>
Dirigenti Medici	2
IFO II Livello Coordinatore OdC	1
Assistente Sociale	1* riferimento all' assistente sociale del distretto.
Infermieri	7
Infermiere case manager	1
Fisioterapista	Si fa riferimento al personale del servizio di RRFT
OSS	8

Il modello organizzativo è basato su un approccio multidisciplinare, multi professionale ed interprofessionale in cui vengono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. Il modello organizzativo di presa in carico infermieristica è quello del Primary Nursing.

L'equipe multidisciplinare dell'OdC prevede le seguenti figure:

### **Personale medico**

Al momento del ricovero, il medico incaricato:

- illustra al paziente e/o ai familiari il piano assistenziale e i tempi di degenza previsti;
- organizza colloqui con i familiari, secondo orari e modalità concordate;
- contatta il medico curante prima della dimissione per gestire la dimissione protetta, favorendo un accesso in struttura e concordando la prosecuzione dell'assistenza, inclusa l'eventuale prescrizione di ausili;
- compila e aggiorna la cartella clinica fino alla chiusura e redige la lettera di dimissione.
- si relaziona con le Unità Operative dell'Ospedale per acuti di riferimento, attraverso un protocollo d'intesa finalizzato alla creazione di una corsia preferenziale con l'OdC per agevolare i ricoveri, le consulenze specialistiche, la gestione delle criticità e la definizione di protocolli terapeutici condivisi;
- assicura un monitoraggio clinico quotidiano, anche nei giorni festivi, con procedure codificate per il passaggio di consegne e l'accessibilità alla documentazione da parte del personale in turno;
- all'interno della cartella clinica vengono documentati gli accessi del medico ed il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), stilato in collaborazione al case-manager e agli altri professionisti coinvolti;
- coordina audit periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza per la verifica e l'aggiornamento del piano, in base all'evoluzione clinica del paziente.

Inoltre, è responsabile in condivisione con il personale infermieristico di:

- gestione dei farmaci, dispositivi medici e documentazione (clinica e professionale);
- gestione del rischio clinico, della qualità assistenziale e dell'applicazione delle normative regionali e sanitarie vigenti;
- custodia dei dati clinici e cartelle, nel rispetto della normativa sulla privacy e digitalizzazione, affidata ai Servizi informatici, per alimentare i flussi informativi regionali.

Durante la degenza, la UVT, con il contributo del MMG se disponibile, può valutare il paziente e pianificare un progetto assistenziale post-ricovero, per facilitare la continuità assistenziale e il coinvolgimento del caregiver e/o familiare.

Infine, il collegamento tra struttura, ospedale e domicilio è garantito dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), che gestisce le liste di attesa, coordina gli ingressi e collabora con il Case manager infermieristico dell'OdC per accompagnare il paziente lungo tutto il percorso, dall'accoglienza alla dimissione.

### **Coordinatore Infermieristico dell' ODC**

Si tratta di un infermiere in possesso dei requisiti previsti dalla Legge 1° febbraio 2006, n. 43 e successive modifiche, al quale è affidata la responsabilità di diverse attività, quali:

- pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative;
- pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;
- gestione del personale infermieristico e di supporto, solamente Operatori Socio-Sanitari (OSS);
- sviluppo e formazione del personale;
- costruzione di relazioni interprofessionali, favorendo il lavoro in equipe e l'integrazione tra le diverse figure sanitarie;
- gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- supervisione della sicurezza.

## Case Manager dell' ODC

Questa figura professionale è inserita all'interno di un modello organizzativo orientato alla presa in carico globale dell'assistito. Il profilo varia in base alla maggiore necessità assistenziale e svolge le seguenti attività:

- coordinamento del percorso del paziente fin dall'ingresso, gestendo l'accoglienza e l'assegnazione alla destinazione definitiva all'interno della struttura;
- responsabilità nell'attuazione del progetto di recupero, promuovendo la mobilitazione e il processo di deospedalizzazione;
- mantenimento delle relazioni tra paziente, famiglia, ospedale e servizi territoriali, soprattutto quando il ricovero proviene da un reparto ospedaliero, al fine di garantire la continuità del progetto riabilitativo;
- attivazione della dimissione protetta, in sinergia con il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata(ADI) e la rete dei servizi, inclusa la prescrizione di eventuali ausili per il rientro a domicilio;
- elaborazione del piano di educazione terapeutica per il caregiver, in collaborazione con gli infermieri dell'OdC, utilizzando eventualmente spazi dedicati all'addestramento all'interno della struttura.



## **Infermiere**

L'infermiere è un operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Le sue principali funzioni comprendono la prevenzione delle malattie, l'assistenza a malati e persone con disabilità di ogni età, e la promozione dell'educazione sanitaria.

Svolge le seguenti attività:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni assistenziali individuali e collettivi, formulando obiettivi specifici di intervento;
- pianifica, gestisce e valuta il piano assistenziale, adeguandolo alle condizioni cliniche e funzionali del paziente;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche;
- utilizza strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'empowerment del paziente e del caregiver e/o famiglia;
- opera sia in autonomia professionale sia collaborando con gli altri operatori sanitari e sociali;
- si avvale, se necessario, del supporto del personale di supporto.

L'assistenza infermieristica garantita h.24 7 giorni su 7, è organizzata secondo tale modello:

- turno mattina (07:00-14:12): presenza di 2 infermieri e 2 oss per garantire la presa in carico del paziente, la somministrazione delle terapie, igiene del paziente, gestione lesioni da pressione, esecuzione medicazioni, collaborazione con il personale medico, ammissioni e dimissioni del paziente in collaborazione con il PASS, organizzazione di eventuali trasferimenti dei pazienti in altri setting assistenziali, colloqui con i familiari.

- Turno pomeriggio (14:00-21:12) : presenza di 1 infermiere ed 1 oss per garantire le attività terapeutiche pomeridiane, il monitoraggio, la valutazione dei bisogni, l'accoglienza dei familiari e garantire le attività ricreative.
- Turno notturno (21:00-07:12): presenza di 1 infermiere ed 1 oss per garantire la sorveglianza del paziente con valutazione e risposta ai bisogni assistenziali degli assistiti.

## **Assistente Sociale**

L'attività dell'assistente sociale nell'ospedale di comunità è fondamentale per garantire che i pazienti ricevano un supporto completo e olistico durante il loro trattamento e recupero. Gli ospedali di comunità si concentrano non solo sulla cura fisica, ma anche sul benessere psicosociale, quindi il ruolo dell'assistente sociale è molto importante in questo contesto.

I compiti principali dell'assistente sociale in ospedale di comunità:

### **1. Valutazione del bisogno sociale**

- Valutazione iniziale: L'assistente sociale valuta la situazione sociale, familiare ed economica del paziente all'ingresso in ospedale. Questo include l'analisi della rete di supporto, delle condizioni familiari e lavorative, e delle problematiche psicologiche legate alla malattia.
- Identificazione di fragilità: Alcuni pazienti potrebbero affrontare problematiche economiche, familiari, o psicologiche che influenzano il loro percorso di cura, come la solitudine, difficoltà economiche o situazioni di abuso.

### **2. Pianificazione del dopo-ospedale**

- Pianificazione della dimissione: Un aspetto importante del ruolo dell'assistente sociale è quello di preparare il paziente e la sua famiglia alla dimissione. Questo include l'organizzazione di assistenza domiciliare, il contatto con i servizi territoriali (come il medico di base, assistenti domiciliari, strutture residenziali o riabilitative), e il monitoraggio dell'andamento del recupero.
- Supporto nella ricerca di strutture residenziali: Se il paziente necessita di assistenza continua, l'assistente sociale può aiutare a individuare case di riposo, strutture riabilitative o altre soluzioni appropriate.

### **3. Gestione delle risorse e degli interventi sociali:**

- L'assistente sociale in ospedale di comunità coordina l'accesso ai servizi di

welfare e assistenza sociale, come pensioni di invalidità, aiuti per persone con disabilità, agevolazioni fiscali o altre forme di sostegno.

- Collabora con altre figure professionali, come medici, infermieri, psicologi e fisioterapisti, per garantire un trattamento integrato che prenda in considerazione anche le necessità sociali del paziente.

#### **4. Interventi in caso di situazioni di vulnerabilità:**

- Abusi o maltrattamenti: Se l'assistente sociale identifica segni di abuso fisico, psicologico o economico, ha il compito di attivare i protocolli di protezione, che possono includere il contatto con le autorità competenti.
- Gestione di situazioni di isolamento sociale: Per pazienti che vivono in situazioni di isolamento, la figura dell'assistente sociale può lavorare per creare opportunità di socializzazione o per inserire il paziente in contesti di supporto psicologico o sociale.

#### **5. Mediatore tra paziente, famiglia e sistema sanitario:**

- L'assistente sociale è anche un facilitatore della comunicazione tra il paziente, i suoi familiari e il team medico. Può aiutare a tradurre il linguaggio tecnico usato dai medici e a spiegare al paziente e alla sua famiglia il piano terapeutico, i diritti, le opzioni di trattamento e le prospettive future.

#### **6. Formazione e sensibilizzazione:**

- L'assistente sociale in ospedale di comunità può anche essere coinvolto nella formazione del personale sanitario riguardo agli aspetti psicologici e sociali della cura del paziente, sensibilizzando su temi legati alla gestione delle disabilità, delle malattie croniche o dei problemi psicosociali.

## **Fisioterapista**

Il fisioterapista è un operatore sanitario responsabile delle cure fisioterapiche, le funzioni principali sono la prevenzione della disabilità, cura e riabilitazione ed educazione sanitaria. Tra le attività principali, esso:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, contribuendo alla definizione degli obiettivi riabilitativi;
- individua i bisogni di prevenzione, cura e riabilitazione della persona e della collettività;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento fisioterapico/riabilitativo;
- utilizza strumenti e tecniche riabilitative finalizzati all'empowerment dell'assistito e del caregiver/famiglia;
- utilizza strumenti di teleriabilitazione;
- fornisce consulenza per la scelta e l'uso degli ausili;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- opera sia in autonomia professionale sia collaborando con gli altri operatori sanitari e sociali;
- si avvale, se necessario, del supporto del personale di supporto.

## **Operatore Sociosanitario**

Svolge attività finalizzate alla soddisfazione dei bisogni primari della persona, operando all'interno di contesti sociali e sanitari, in stretta collaborazione con il personale infermieristico e riabilitativo. Il suo intervento è orientato a favorire il benessere e l'autonomia dell'assistito.

Di seguito vengono riportate le attività principali dell'OSS:

- assistenza diretta e aiuto domestico-alberghiero;
- intervento igienico-sanitario e sociale;
- supporto gestionale, organizzativo e formativo

Inoltre, tra le competenze dell'OSS sono previste:

- competenze tecniche;
- competenze relative alle conoscenze richieste;
- competenze relazionali

Nell'ambito delle competenze tecniche, e in stretta collaborazione con le altre figure professionali, l'OSS svolge i seguenti compiti:

- attua i piani di lavoro;
- assiste nelle attività di vita quotidiana per pazienti totalmente o parzialmente dipendenti, come l'igiene personale, il cambio della biancheria, il supporto nelle funzioni fisiologiche e la deambulazione;
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni;
- effettua piccole medicazioni e sostituzione
- supporta alla corretta assunzione dei farmaci prescritti;
- attua interventi di prevenzione delle lesioni da decubito;

- osserva, riconosce e segnala i sintomi di allarme più comuni che l'assistito può manifestare (come pallore, sudorazione, agitazione);
- sanifica e gestisce il materiale sanitario, incluso il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione di quanto da sterilizzare;
- garantisce il trasporto del materiale biologico e sanitario e accompagnamento degli assistiti, anche allettati, in barella o carrozzina, secondo protocolli di sicurezza;
- esegue interventi di primo soccorso, in caso di necessità;
- assiste nella somministrazione dei pasti e delle diete specifiche;
- collabora nella preparazione della salma, in caso di decesso dell'assistito;
- partecipazione ad attività di animazione e socializzazione, volte al recupero e al mantenimento delle capacità cognitive e relazionali dell'utente;
- supporta le pratiche amministrative e burocratiche

## MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Tale matrice indica chi è responsabile (R) di una determinata attività e chi è coinvolto (C) in quanto fornisce un contributo essenziale di attività o informazioni, in sintesi "Chi fa cosa".

R= Responsabile C = Coinvolto I= informato

ATTIVITA' / FUNZIONE	DS	DPS	MMG	MCA	MEDICO PS/U.O.	DIRETTORE DISTRETTO	COT	MEDICO OdC	CASE MANAGER	PERSONALE SANITARIO OdC
Definizione criteri di accesso	R		C	C		R		C		
Redazione PAI	I		C	C		C		R	C	C
Accesso all'OdC			R	R	R	R	C	R	R	I
Informazioni circa l'andamento clinico e sulla continuità delle cure			I	I				R	R	C
Degenza nell'OdC			I	I				R	R	R
Dimissione dall'OdC			I	I				R	R	C
Prescrizione e fornitura presidi, ausili, ecc..			I	I				R	C	C
Educazione sanitaria al paziente/ caregiver								C	R	R
Monitoraggio transizioni setting assistenziali						C	R		C	



## 4. Definizione Macro-Aree

Nell'Odc sono distinte due Macro-Aree, una di degenza e una dedicata ai servizi generali e logistici così come definito dal Documento Agenas 2020/2022 al fine di standardizzare ed ottimizzare l'organizzazione spaziale ed operativa dell'Odc.

A completamento si allegano le planimetrie specifiche dei locali di riferimento.

Macro-Area di degenza	Macro-Area dei servizi generali e logistici
Degenza: N°8 stanze di degenze per un totale di 16 PL	Servizi di accoglienza per gli utenti ( area amministrativa, ecc.)
Medicheria	Servizi di accoglienza per il personale sanitario e non (spogliatoi, aree relax, ecc.)
Aree per la Riabilitazione Sono disponibili all' interno della struttura locali idonei e attrezzati destinati alle principali attività motorie e riabilitative.	Servizi logistici (magazzini, depositi, ecc.);
	Locali tecnici (locali tecnici, centrale tecnologica, ecc.) Morgue
	Isola Ecologica

## 5. Modello organizzativo

La governance clinica è attribuita a un medico referente responsabile dell'appropriatezza dell'ammissione e della dimissione.

La governance operativa è affidata al Coordinatore infermieristico con funzioni di case management, gestione dei flussi e monitoraggio delle performance assistenziali.

L'OdC si pone come struttura intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di:

1. Garantire un percorso di cura appropriato per pazienti in fase post-acuta o con riacutizzazione di patologie croniche, caratterizzati da un basso livello di imprevedibilità e/o instabilità clinica;
2. Prevenire ospedalizzazioni improprie;
3. Favorire il rientro a domicilio, organizzando la fornitura dei presidi e dei supporti necessari per l'assistenza e attivando la dimissione protetta;
4. Valutare e attivare, qualora necessario, l'inserimento in strutture protette;
5. Condividere i percorsi di cura e riabilitazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) e con i caregiver, assicurando e favorendo la continuità assistenziale dopo la dimissione.

La gestione assistenziale dell'OdC è prevalentemente infermieristica e orientata alla riduzione degli accessi impropri ai servizi sanitari, come il Pronto Soccorso, le unità operative ospedaliere e le prestazioni specialistiche.

Il modello assistenziale infermieristico adottato sarà quello del Primary Nursing che pone l'infermiere come figura di riferimento unica per ogni paziente, garantendo continuità, qualità e personalizzazione delle cure.

Questo approccio può migliorare la presa in carico globale, la soddisfazione dei pazienti e l'efficacia del percorso di cura.

L'organizzazione interna è **strutturata secondo un modello di segmentazione per livelli di rotazione programmata**. Questo modello suddivide la struttura in sotto-aree (livelli) specializzate in base alla velocità di rotazione prevista per il paziente.

L'obiettivo è il controllo del throughput (la produttività del sistema), la gestione efficiente della capacità produttiva e l'ottimizzazione del carico di lavoro del personale.

All'interno dello stesso cluster di degenza i letti vengono mappati e assegnati a tre livelli differenti e suddivisi in :

**Livello ad alta rotazione** è dedicato alla stabilizzazione post-acuzie e alla gestione rapida della transizione assistenziale che necessita solo di completamento terapia o addestramento presidi, con permanenza breve e obiettivo prioritario di attivazione tempestiva della rete territoriale con un

target di degenza tra 7-10 giorni.

**Livello a media rotazione** concentra l'attività di riattivazione funzionale e recupero dell'autonomia con interventi di riattivazione motoria e presa in carico multiprofessionale e rivalutazioni clinico -funzionali strutturate il cui un target di degenza varia tra 15-20 giorni.

**Livello a bassa rotazione** è orientato al consolidamento clinico -assistenziale e alla costruzione sostenibile della dimissione nei casi a maggiore complessità e fragilità con criticità sociali, familiari con un target di degenza tra 25-30 giorni.

Il modello a rotazione programmata rappresenta una leva organizzativa essenziale per evitare la trasformazione dell'OdC in un reparto di degenza prolungata e per prevenire fenomeni di saturazione impropria dei posti letto. La gestione dinamica dei livelli garantisce flessibilità nell'allocazione dei pazienti, con rivalutazioni periodiche e possibilità di transizione tra livelli in base all'evoluzione clinico-funzionale.

## **Pazienti Target**

a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;

c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

pazienti che necessitano di supporto riabilitativo- rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

## **Principali patologie trattate in OdC**

1. BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione; pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;
2. vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
3. patologie cardiache con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico edematochimico;
4. malattie croniche del fegato, malassorbimento; esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counselling;
5. malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
6. malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni delle vie urinarie, che necessitano di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico;
7. cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
8. osteoporosi complicata da crollo vertebrale;
9. patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria;
10. necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto in pazienti fragili, preparazione ed esecuzione di un esame endoscopico, posizionamento PEG, PEJ, etc.;
11. ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;

12. pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica in PS e OBI;
13. pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento

### **Criteri di eleggibilità per l'accesso all'OdC:**

- assenza di problematiche acute in atto;
- inquadramento diagnostico già definito;
- programma terapeutico già delineato e condiviso con il paziente e /o con la famiglia;
- prognosi già definita;
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate quali Indice di Barthel modificato, la BRASS e la MEWS;
- Valutazione della Unità di Valutazione Territoriale (UVT) nel caso di bisogno complesso se il paziente proviene da un setting territoriale o ospedaliero oppure in caso di inserimento temporaneo in attesa di inserimento in RSA.
- percorso clinico assistenziale specifico.

## **Condizioni che escludono l'ammissione del paziente in OdC:**

- paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale;
- pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento (ad esclusione isolamento da contatto);
- pazienti con problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- presenza di problematiche acute in atto;
- instabilità clinica;
- inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami utili per il corretto inquadramento);
- programma terapeutico non ben delineato;
- frequenza cardiaca a riposo  $<40$  o  $\geq 130$  bpm;
- pressione arteriosa sistolica  $<70$  o  $\geq 200$  mmHg o diastolica  $<60$  o  $>120$  mmHg;
- temperatura ascellare  $\geq 38,5$  °C;
- frequenza respiratoria  $<9$  o  $\geq 30$ ;
- stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- sanguinamento in atto;
- sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile;

- percorso clinico assistenziale non definito;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica.



Il percorso nell'Ospedale di Comunità si articola in tre momenti principali: ammissione, degenza e dimissione.

Questo modello garantisce continuità e appropriatezza delle cure, accompagnando il paziente in tutte le fasi dell'assistenza, in un contesto sanitario integrato e vicino al territorio.

### **Accesso in OdC**

L'accesso può avvenire sia in seguito alla dimissione da un ospedale, sia direttamente dal domicilio, includendo anche ricoveri brevi nei casi appropriati.

La presa in carico da parte dell'OdC avviene su proposta medica, la cui richiesta può essere formulata:

- a) da un Medico Ospedaliero o del Pronto Soccorso in fase di dimissione ospedaliera;
- b) da un MMG, uno Specialista Territoriale o un Medico di Continuità Assistenziale, per pazienti già seguiti a domicilio o provenienti dal territorio.

La richiesta di accesso all'OdC deve specificare l'impossibilità di gestione del paziente in regime domiciliare o residenziale, e includere tutte le informazioni cliniche necessarie a delineare il percorso assistenziale più appropriato.

- La COT riceve la richiesta di ingresso in OdC tramite la piattaforma dedicata e invia la richiesta al Responsabile Clinico e al Case Manager Infermieristico.
- Il Responsabile Clinico ed il Case Manager ricevono le richieste d'ingresso in OdC, aggiornano la disponibilità dei posti letto coordinandosi con la COT e valutano i criteri di ammissibilità avvalendosi di scale di valutazione (Scala di Barthel, MEWS, BRASS, ecc...).

Le condizioni cliniche del paziente devono presentare una prospettiva di risoluzione in un tempo contenuto, generalmente compreso tra 4 e 6 settimane.

La COT Aziendale, incaricata del monitoraggio delle transizioni tra i diversi setting assistenziali, monitora la disponibilità dei PL negli OdC per agevolare i flussi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi nodi della rete socio-sanitaria (Ospedale e Territorio).

## **Degenza**

Il Case Manager accoglie il paziente e coordina il percorso durante la degenza.

Al momento dell'ingresso in OdC, al paziente e/o ai familiari vengono date le informazioni relative allo stato di salute e vengono illustrati gli obiettivi assistenziali da raggiungere durante il periodo di degenza.

Contestualmente, viene redatto il PAI, che guida il percorso di cura personalizzato.

Il modello organizzativo assistenziale adottato negli OdC è il Primary Nursing.

Durante la degenza, il paziente è monitorato con apposite scale di valutazione per verificare il raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali.

Se dopo 30 giorni tali obiettivi non sono raggiunti, il PAI viene aggiornato.

## **Dimissione**

Durante la degenza nell'Ospedale di Comunità, il Medico può richiedere, se necessario, la valutazione dell'UVT per verificare le condizioni cliniche del paziente e valutare l'eventuale necessità di un cambio di setting assistenziale.

La richiesta viene effettuata con il supporto della COT, sotto la supervisione del PUA, che provvede a gestire il passaggio al nuovo setting.

Una volta terminato il percorso assistenziale, la dimissione dall'OdC viene concordata in equipé e condivisa con:

- Utente
- Familiari/caregiver
- Amministratore di sostegno (se presente)
- MMG.

Per ogni dimissione è prevista la compilazione di una lettera di dimissione medica ed infermieristica con specifiche indicazioni per la continuità terapeutica e assistenziale.

Il Case Manager/ Infermiere Primary:

- Pianifica e redige la lettera di dimissione infermieristica;

- garantisce la continuità assistenziale post-dimissione.

#### Il Medico:

- completa e firma la cartella clinica, includendo la diagnosi di dimissione;
- fornisce le informazioni necessarie utili al proseguimento delle cure presso il proprio domicilio o nel setting assistenziale appropriato.
- redige e invia al MMG una lettera di dimissione, contenente: le attività diagnostico-terapeutiche effettuate; gli eventi clinici principali verificatisi durante la degenza; le indicazioni per la prosecuzione dell'assistenza.

Inoltre, devono essere assicurate le seguenti attività:

- valutazione del momento più opportuno per la dimissione e facilitazione del rientro a domicilio;
- prescrizione e verifica dell'effettiva fornitura di protesi e ausili, in collaborazione con il personale sanitario;
- svolgimento di colloqui regolari e documentati con il paziente e/o i familiari.

## 6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando, nella fase attuale di avvio, strumenti di supporto digitalizzati ancora in modo non del tutto unitario, che saranno sostituiti a breve con una cartella clinica assistenziale, di imminente installazione, integrata nell'ecosistema dei sistemi informativi sanitari regionali, ivi compreso il FSE, e inserita in un processo di informatizzazione omogeneo e coerente a livello regionale.

I sistemi informatici coinvolti sono : FSE e CCE.

Il FSE è comunque già accessibile mediante il portale operatori FSE.

È inoltre possibile garantire alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

La funzione di coordinamento e raccordo con gli altri servizi è gestita, anche informaticamente dalla COT che gestisce le transizioni tra ospedale (PASS) e territorio (OdC) garantendo la continuità del percorso di cura e la presa in carico appropriata del paziente; analogamente, la transizione dall'OdC al territorio è coordinato attraverso il PUA-UVT e la COT, assicurando una valutazione multidimensionale e l'attivazione dei servizi adeguati al bisogno specifico del paziente. L'alimentazione del flusso regionale avviene tramite la compilazione di tutti i dati sanitari degli accessi presso l'OdC, a cura degli operatori sanitari e l'estrazione di tutte le informazioni contenute andrà ad implementare il flusso SIOC attraverso il modulo Social Care di Garsia.

L'operatore dell'OdC potrà:

- Accedere all'applicativo Garsia Social Care;
- Autenticarsi con le proprie credenziali;
- Accedere all'iscrizione di un paziente;
- Mostrare la scheda di valutazione SIOC per la raccolta dei dati;
- Mostrare sezione per export SIOC.

In particolare, è fondamentale il sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale e con gli altri sistemi regionali e aziendali, per facilitarne l'organizzazione e l'accesso ai servizi e l'interoperabilità tra i vari attori coinvolti, come i MMG, i PLS e i medici di continuità assistenziale (MCA), oltre al paziente stesso.

L'identificazione delle modalità di integrazione si basa sull'individuazione di:

## 1) Strumenti e procedure;

- PDTA aziendali e regionali esistenti e programmi strutturati di presa in carico della cronicità;
- Condivisione di cartelle cliniche e di piattaforme tra gli attori che contribuiscono alla presa in carico (ad esempio specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, IFeC);
- COT (è lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento "a rete")

## 2) Modelli operativi;

- L'integrazione avviene con la distribuzione di ruoli e responsabilità sulla base di percorsi integrati ospedale-territorio e territorio-territorio;

La scheda di ammissione informatizzata in OdC con relative scale di valutazione risulta essere lo strumento per regolamentare l'accesso alla struttura con rispetto dei criteri di eleggibilità e per la condivisione delle informazioni relative ai bisogni degli utenti.

## SCHEDA PER L'AMMISSIONE IN ODC

### DATI ANAGRAFICI UTENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Genere Maschio ☐ Femmina ☐

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residenza

Via/Piazza \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Domicilio(se diverso dalla residenza)

Via/Piazza \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Scolarizzazione \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

N° Telefono \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

N° Telefono Caregiver/familiare di riferimento: \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Grado di parentela

### DATI ANAGRAFICI MEDICO RICHIEDENTE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Dr \_\_\_\_\_ N° telefonico \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Avvisato Si ☐ No ☐

#### MOTIVAZIONI ED OBIETTIVI DEL RICOVERO

☐ paziente fragile e/o cronico, proveniente dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro impreveduto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;

☐ paziente, prevalentemente affetto da multimorbidità, proveniente da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibile per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continua;

☐ paziente che necessita di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione dei presidi e dispositivi, che necessita di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del *caregiver* prima del ritorno al domicilio;

☐ paziente che necessita di supporto riabilitativo-educativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio;

☐ paziente con impossibilità di gestione in regime domiciliare o residenziale.

☐ Altro \_\_\_\_\_

Data di presa in carico/accettazione \_\_\_\_\_ Firma Infermiere \_\_\_\_\_

## VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

☐ Primo Accesso ☐ Accessi Plurimi

Data accesso precedente \_\_\_\_\_

Motivazione Accesso precedente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PATOLOGIE CONCOMITANTI

☐ Diabete \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Cardiache \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Polmonari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Renali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



☐ Altro \_\_\_\_\_

**ALLERGIE** ☐ SI ☐ NO

**TERAPIA IN ATTO** ☐ Nessuna terapia in corso ☐ Terapia in corso

(Precisare: principio attivo, nome commerciale, posologia e modalità di somministrazione)

**COMUNICAZIONE** Lingua parlata ☐ Italiano ☐ Altro \_\_\_\_\_

**STATO EMOTIVO** Collaborante ☐ Si No ☐

☐ Ansioso ☐ Agitato ☐ Depresso ☐ Sofferente ☐ Tranquillo

**SENSORIO** Problemi uditivi ☐ Problemi visivi ☐ \_\_\_\_\_

**DOLORE** Assente ☐ Presente ☐ **SCALA VAS** 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione dolore \_\_\_\_\_

**CUTE** Normocromica ☐ Pallida ☐ Cianotica ☐

Itterica ☐ Idratata ☐ Disidratata ☐ Integra ☐ Lesa ☐

Tipo e sede di lesione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MOBILIZZAZIONE** ☐ Autonoma ☐ Limitazioni fisiche \_\_\_\_\_

☐ Ausili \_\_\_\_\_

**INTERVENTO PROPOSTO** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data di presa in carico/accettazione \_\_\_\_\_ Firma Infermiere \_\_\_\_\_



## SCALA DI BARTHEL

### BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Paziente: \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_ Data ing. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnosi: \_\_\_\_\_ Data dim. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ATTIVITA'	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
<b>Alimentazione</b> 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
<b>Fare il bagno</b> 0= dipendente 5= indipendente		
<b>Igiene personale</b> 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
<b>Vestirsi</b> 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno met� del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
<b>Controllo del retto</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessit� di aiuto 10= continente		
<b>Controllo della vescica</b> 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessit� di aiuto 10= continente		
<b>Trasferimenti nel bagno</b> 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
<b>Trasferimenti sedia/letto</b> 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
<b>Deambulazione</b> 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per pi� di 45 m, pu� usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
<b>Salire le scale</b> 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, pu� usare ausili		
<b>TOTALE ( 0 – 100 )</b>		

- **0-24:** Dipendenza totale.
- **25-49:** Forte dipendenza.
- **50-74:** Media dipendenza.
- **75-90:** Lieve dipendenza.
- **91-99:** Indipendenza parziale.
- **100:** Indipendenza completa



## SCALA DI MEWS

### Modified Early Warning Score - MEWS

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Pressione sistolica (mmHg)	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temperatura Corporea °C		≤35		35,1-38,4		≥38,4	
Sintomi neurologici				vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde

**Punteggio totale:** .....

**Legenda:**

**rischio Basso/stabile score 0 – 2;**

**rischio Medio/instabile score 3 – 4;**

**rischio Alto/Critico score ≥5**

## SCALA DI BRASS



SCALA BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

### DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ U. O. \_\_\_\_\_

Età	<input type="checkbox"/> 0 = 55 anni o meno <input type="checkbox"/> 1 = 56-64 anni <input type="checkbox"/> 2 = 65-79 anni <input type="checkbox"/> 3 = 80 anni e più
Condizione di vita e supporto sociale	<input type="checkbox"/> 0 = Vive con il coniuge in grado di dare supporto <input type="checkbox"/> 1 = vive con la famiglia/badante <input type="checkbox"/> 2 = vive da solo con il sostegno del familiare <input type="checkbox"/> 3 = vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti <input type="checkbox"/> 4 = vive solo senza alcun sostegno o con coniuge non in grado <input type="checkbox"/> 5 = assistenza domiciliare / residenziale
Stato funzionale: Dipendente in	<input type="checkbox"/> 0 = Autonomo (Indipendente in ADL e IADL) <input type="checkbox"/> 1 = Alimentazione/Nutrizione <input type="checkbox"/> 1 = Igiene / Abbigliamento <input type="checkbox"/> 1 = Andare in bagno <input type="checkbox"/> 1 = Spostamenti/mobilità <input type="checkbox"/> 1 = Incontinenza intestinale <input type="checkbox"/> 1 = Incontinenza urinaria <input type="checkbox"/> 1 = Preparazione del cibo <input type="checkbox"/> 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali <input type="checkbox"/> 1 = Capacità di gestire il denaro <input type="checkbox"/> 1 = Fare acquisti <input type="checkbox"/> 1 = Utilizzo dei mezzi di trasporto
Stato Cognitivo	<input type="checkbox"/> 0 = Orientato <input type="checkbox"/> 1 = Disorientato in alcune sfere qualche volta <input type="checkbox"/> 2 = Disorientato in alcune sfere sempre <input type="checkbox"/> 3 = Disorientato in tutte le sfere qualche volta <input type="checkbox"/> 4 = Disorientato in tutte le sfere sempre (compreso delirium) <input type="checkbox"/> 5 = Comatoso
Modello Comportamentale	<input type="checkbox"/> 0 = Appropriato <input type="checkbox"/> 1 = Wandering <input type="checkbox"/> 1 = Agitato <input type="checkbox"/> 1 = Confuso <input type="checkbox"/> 1 = Altro
Mobilità	<input type="checkbox"/> 0 = Deambula <input type="checkbox"/> 1 = Deambula con aiuto di ausili <input type="checkbox"/> 2 = Deambula con assistenza <input type="checkbox"/> 3 = Non deambula
Deficit Sensoriali	<input type="checkbox"/> 0 = Nessuno <input type="checkbox"/> 1 = Deficit visivi o uditivi <input type="checkbox"/> 2 = Deficit visivi e uditivi
N° ricoveri pregressi/accessi al PS	<input type="checkbox"/> 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi <input type="checkbox"/> 1 = Uno negli ultimi 3 mesi <input type="checkbox"/> 2 = Due negli ultimi 3 mesi <input type="checkbox"/> 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi
N° problemi clinici attivi	<input type="checkbox"/> 0 = Tre problemi clinici <input type="checkbox"/> 1 = Da tre a cinque problemi clinici <input type="checkbox"/> 2 = Più di cinque problemi clinici
N° farmaci assunti	<input type="checkbox"/> 0 = Meno di tre farmaci <input type="checkbox"/> 1 = Da tre a cinque farmaci <input type="checkbox"/> 2 = Più di cinque farmaci

PUNTEGGIO TOTALE \_\_\_\_\_ **(MAGGIORE / PARI A 15 = DIMISSIONE DIFFICILE)**

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA LEGGIBILE COMPILATORE \_\_\_\_\_

Gli indicatori di risultato attesi, soggetti a monitoraggio periodico, sono i seguenti :

<b>Indicatori</b>	<b>Descrizione degli indicatori</b>	<b>Valore Atteso</b>
Dimissione entro 30 giorni	Pazienti dimessi entro 30 giorni / totale dei pazienti che accedono in OdC	≥ 95%
Rispetto dei criteri di accesso in OdC	% ricoveri che rispettano criteri di accessibilità	100%
Tasso medio annuo di occupazione dei posti letto in OdC	N. giornate di degenza in OdC erogate/giornate di degenza disponibili	compreso tra 80% e 90%
Percentuale di dimissione a domicilio	% pazienti indirizzati a domicilio/totale pazienti che accedono all'OdC	> 80%
Percentuale pazienti indirizzati verso altri setting residenziali	% pazienti indirizzati verso strutture residenziali/totale pazienti che accedono all'OdC	> 70%
Tasso di riammissione ospedaliera a 30 giorni	riammissioni entro 30 giorni / totale dimissioni	<20%

## 7. Integrazione con altri Servizi

L'Ospedale di Comunità, pur mantenendo un'autonomia funzionale nella gestione dei propri processi assistenziali, opera in stretta e costante integrazione con gli altri servizi sanitari del territorio quali: Specialistica Ambulatoriale, Servizio di Cure Domiciliari Integrate e Cure palliative Oncologiche, la attivazione della rete di Emergenza Urgenza 118 attraverso percorsi informatici strutturati di coordinamento e raccordo con la COT nella gestione delle transizioni tra ospedale (PASS) e territorio, al fine di garantire la continuità delle cure e la tempestività degli interventi.

La transizione dall'OdC al territorio è coordinata attraverso il PUA-UVT (CdC) e la COT, assicurando una valutazione multidimensionale e l'attivazione dei servizi adeguati al bisogno specifico del paziente.

Il Sistema informativo coinvolto risulta essere:

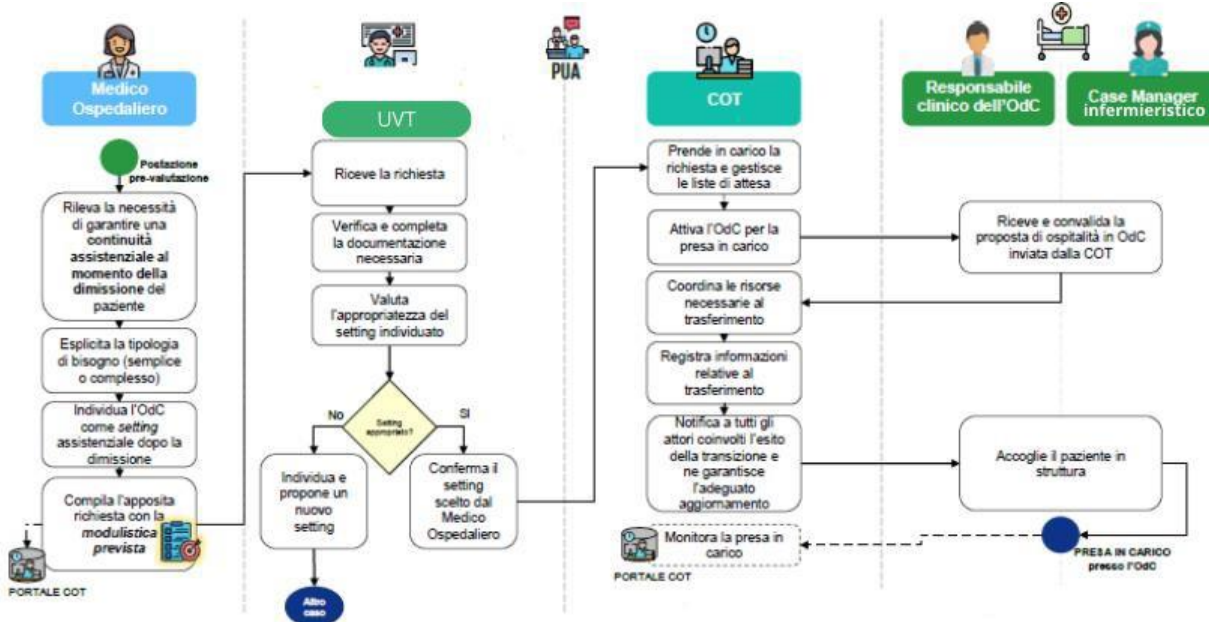
- Garsia COT ([cot.aressardegna.it/garsiawe/](http://cot.aressardegna.it/garsiawe/))

L'operatore della OdC potrà:

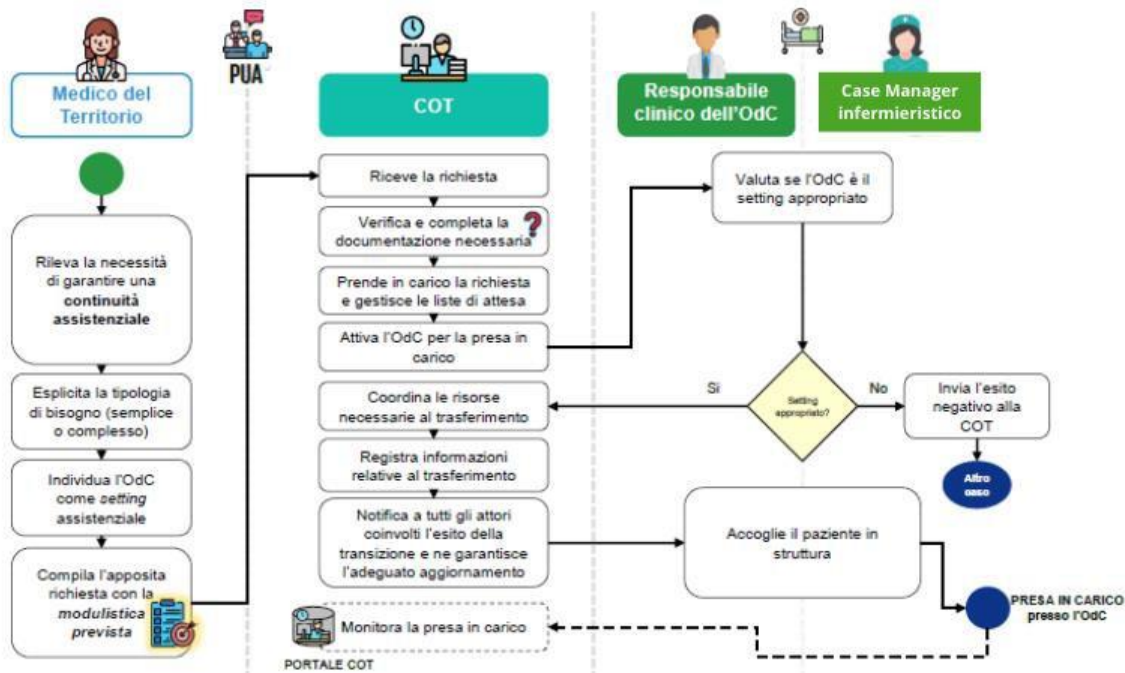
- Accedere all'applicativo Garsia COT (Strutture) e autenticarsi con le proprie credenziali;
- Selezionare un paziente per il quale è necessario attivare un ulteriore servizio di presa in carico;
- Compilare una richiesta di dimissione protetta verso la COT.

L'operatore della COT, dal conto suo, potrà:

- Accedere all'applicativo Garsia COT e autenticarsi con le proprie credenziali;
- Prendere in carico la segnalazione proveniente dall'OdC;
- Consultare cruscotto BI;
- Smistare la segnalazione verso il servizio/la struttura di destinazione individuata.

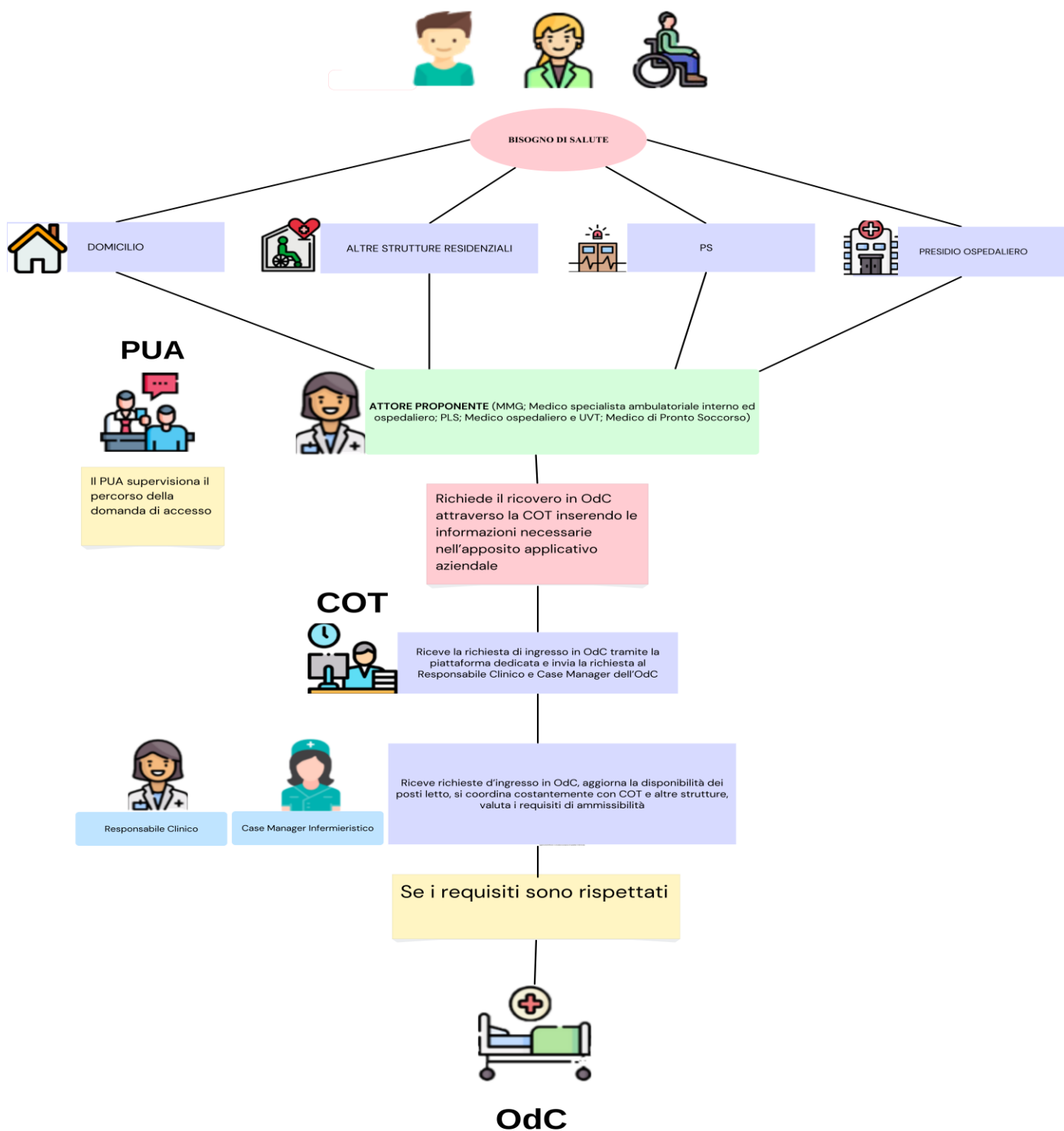


### Percorso Ospedale-Territorio verso OdC

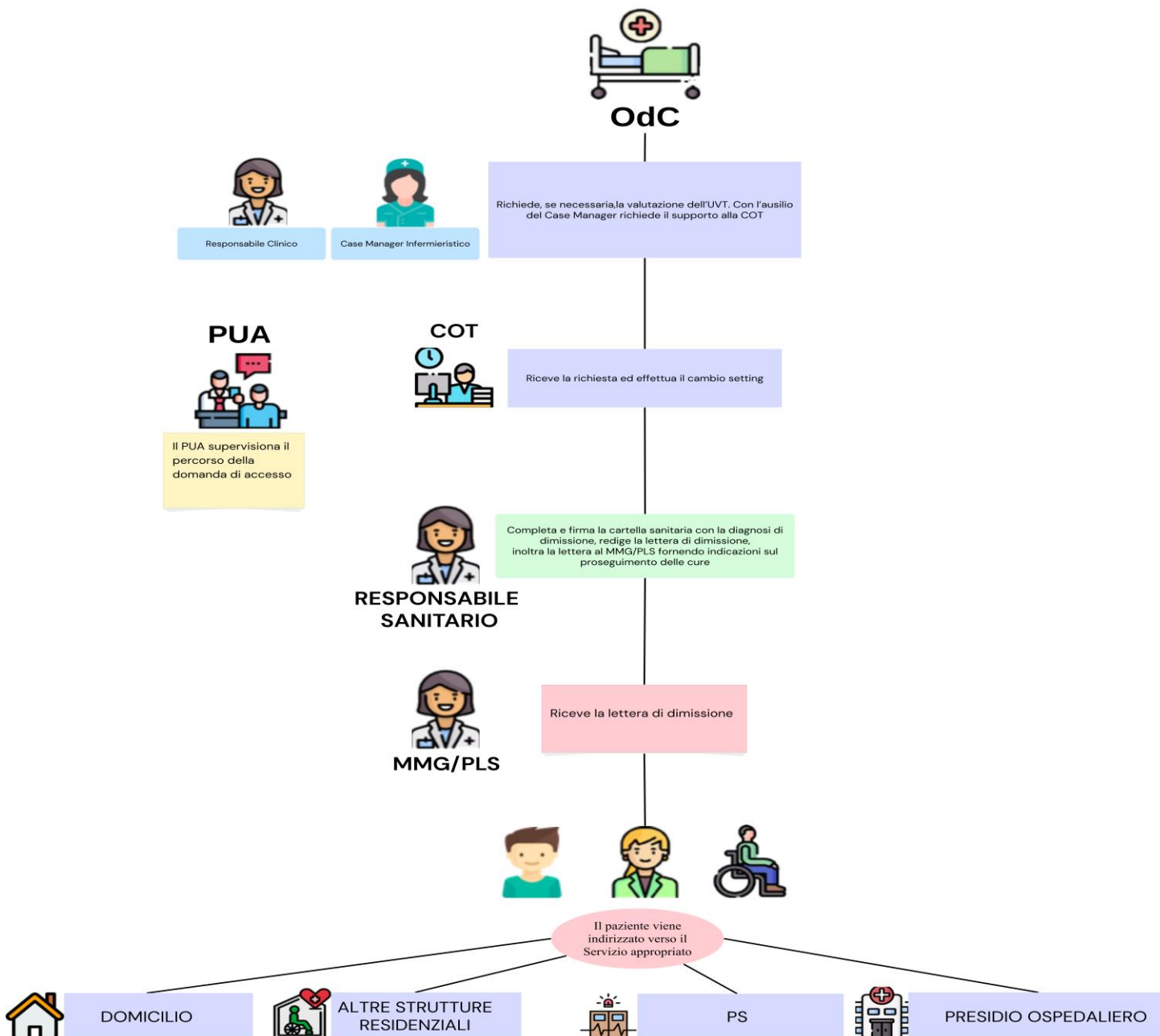




**PERCORSO DI ACCESSO IN ODC**



**PERCORSO DI DIMISSIONI DALL'ODC**



## 8. Partecipazione della Comunità

L'Ospedale di Comunità nasce come struttura inserita attivamente nel tessuto sociale del territorio di riferimento, dove la comunità locale partecipa attivamente alla vita del reparto attraverso attività di volontariato. La partecipazione della comunità nell'OdC mira ad integrare risorse locali per potenziare l'assistenza sanitaria territoriale. Questo approccio intende coinvolgere attivamente cittadini, associazioni, volontariato e terzo settore nella gestione dei servizi.

Le strategie operative per definire i meccanismi di coinvolgimento delle associazioni di cittadini, volontariato e terzo settore prevedono :

- Attività di socializzazione e animazione con organizzazione di momenti di lettura, laboratori ricreativi all'interno degli spazi dedicati dell'OdC.
- Supporto ai familiari o caregiver con supporto psicologico e di orientamento pratico per eventuale dimissione protetta.
- Patti di collaborazione con il Terzo settore, definendo la presenza regolamentata di volontari e con i Comuni.
- Collaborazione attraverso percorsi personalizzati con comunità locale, parrocchie, associazioni per la creazione di una rete di protezione sociale utile per evitare che il paziente una volta dimesso si ritrovi isolato. Questo permette anche di avviare interventi utili al contrasto alla solitudine.
- Apertura degli orari con la definizione di orari di visita flessibili ed estesi per permettere alla comunità affettiva (familiare o caregiver) di seguire attivamente il percorso di ripresa del paziente con addestramento ed educazione terapeutica alla famiglia.

## PLANIMETRIA ODC LA MADDALENA

L'area evidenziata fa riferimento alla locazione temporanea dell'OdC descritta.

