



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



ASL Ogliastra
Azienda socio-sanitaria locale

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI LANUSEI

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

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Riportare le indicazioni relative al progetto PNRR contenute nel Piano Operativo Regionale.

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità di Lanusei
Sede	Via dottor Giuseppe Pilia - Comune di Lanusei.
CUP	B64E26000280005
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	31/05/2025

* da intendersi quale data di attivazione di tutti i servizi minimi previsti dal DM 77/2022



2. Introduzione e servizi offerti

La Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - *Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale* - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*” del PNRR, prevede, tra le altre cose, l'attivazione degli **Ospedali di Comunità**. L'Ospedale di Comunità (OdC) come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020, LR 24 del 11/9/2021 e DM 77/2022), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio. L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare), per un periodo indicativamente non superiore a 4-6 settimane. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20.02.2020, non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità sociosanitarie già esistenti, che hanno altre finalità e destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”).

La legge di riforma sanitaria regionale, ai sensi dell'art. 45, comma 1, ha istituito l'Ospedale di comunità (Odc), “al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non hanno necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi”. Spetta alle istituende Aziende socio-sanitarie locali organizzare, “nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti oppure attraverso l'utilizzo di idonee strutture ex tra-ospedaliere” (art 45 LR 24 del 11/09/2020).

L'investimento 1.3) del PNRR prevede il rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, a gestione prevalentemente infermieristica, che rappresenta una struttura intermedia tra il domicilio e gli ospedali per acuti, destinata ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. (Allegato n. 1 alla Delib. G.R. n. 09/22 del 24.3.2022).

Questo progetto intende delineare quindi le linee di intervento per l'attivazione di un Ospedale di Comunità presso il P.O. “Nostra Signora della Mercedes” di Lanusei con 13 posti letto.

 Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU	 Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	 REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 ASL Ogliastra Azienda socio-sanitaria locale
--	---	---	--

Tutto ciò anche in considerazione del fatto che attualmente sono già presenti i seguenti spazi, servizi e dotazione strumentale:

- ampia e congrua disponibilità dei locali siti nel III piano ala Est del Presidio
- dotazione strumentale clinica necessaria e prevista (defibrillatore, ecografo nel Presidio, saturimetro, emogasanalizzatore, elettrocardiografo.)
- U.O. di Riabilitazione Fisica Ospedale-Territorio
- disponibilità degli Specialisti Ambulatoriali presenti ad erogare prestazioni sui pazienti ricoverati nell'antistante Casa della Comunità
- U.O. di Chirurgia al Presidio con disponibilità dello specialista chirurgo tutti i giorni 7 giorni su 7
- U.O. di Medicina al Presidio al piano sottostante per le consulenze Internistiche
- U.O. Cardiologia al Presidio per le consulenze
- Servizio di Radiologia e di Laboratorio Analisi operanti in Presidio h 24 in presenza e reperibilità notturna

L'obiettivo generale

- fornire un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico- degenerative in fase di riacutizzazione che non richiedono ricovero nel setting ospedaliero per acuti.

Gli obiettivi specifici:

- contribuire alla presa in carico del paziente fragile e con comorbidità, mettendo in campo i servizi sociali e sanitari disponibili per favorire il ritorno e la permanenza al proprio domicilio, pianificando adeguatamente una dimissione ed una domiciliarità protette;
- ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti;
- prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali;
- ritardare e possibilmente ridurre gli ingressi a carattere definitivo nelle strutture residenziali e semiresidenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali del paziente dopo un'evenienza acuta.
- favorire la centralità della persona, consolidando il recupero funzionale e le condizioni psico-fisiche, attraverso interventi orientati all'informazione ed educazione del paziente e dei care-giver, promuovendo la partecipazione attiva al proprio progetto di cura secondo i propri valori e priorità di salute.
- accompagnare il paziente con fragilità individuale e/o sociale nella prima fase del post ricovero, prevenendo le complicanze e favorendo il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio ove possibile o di ricorso a servizi assistenziali territoriali e residenziali;

 Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU	 Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	 REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 ASL Ogliastro Azienda socio-sanitaria locale
--	---	---	--

- valorizzare e ottimizzare l'azione di tutti gli attori coinvolti nella promozione e nel mantenimento della salute, in particolare il MMG, familiari/caregiver/volontariato, coinvolgendoli nei percorsi di cura e riabilitazione al fine di garantire una continuità assistenziale dopo la dimissione;
- favorire un approccio globale ai problemi della persona (integrando risposte sanitarie e risposte sociali) e migliorare la qualità dell'assistenza sul territorio, assicurando la continuità assistenziale mediante l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche;
- migliorare l'utilizzo delle risorse strutturali (recupero di immobili sanitari), finanziarie (riduzione dei costi impropri), umane (mantenimento di strutture sanitarie in zone disagiate).

Descrizione del progetto

La sede è localizzata presso il Presidio Ospedaliero Nostra Signora della Mercede al terzo piano ala est con 13 Posti letto:

Descrizione generale del bacino di utenza

La provincia dell'Ogliastro ha una popolazione residente, al 01/01/2025, di **53.984** abitanti, conta 23 comuni e si estende per 1854 km² (il 7,7% del territorio sardo). Risulta essere la provincia meno, popolata d'Italia, con un Indice di vecchiaia di 265,7. L'indice di vecchiaia rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2025 l'indice di vecchiaia per la provincia dell'Ogliastro dice che ci sono 265,7 anziani ogni 100 giovani.

Il grafico sottostante, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia dell'Ogliastro per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2025. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione, ma quelli riferiti allo stato civile sono ancora in corso di validazione.

La popolazione è riportata per **classi quinquennali** di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



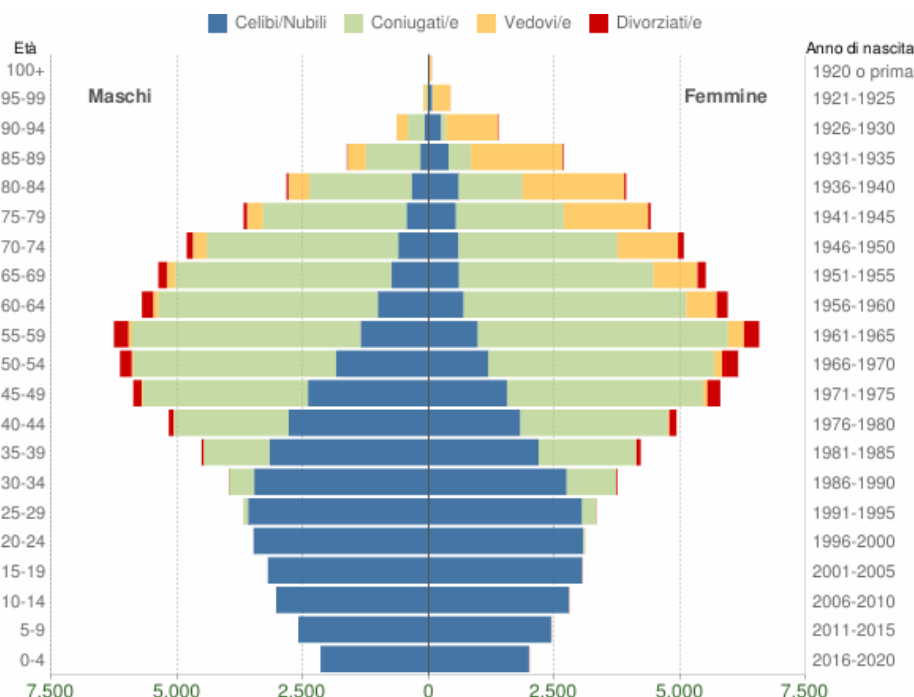
Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



ASL Ogliastra
Azienda socio-sanitaria locale



Popolazione per età, sesso e stato civile, dati Istat 2025 Ogliastra

L'analisi demografica rileva l'invecchiamento della popolazione che è causa dell'aumento della patologia cronica e degenerativa che deve trovare risposte efficaci ed efficienti sul territorio:

3. Organizzazione del Personale

lo standard organizzativo previsto ai sensi del DM 77/2022 per la struttura di 13 posti letto da inserire nell'ambito del P.O. di Lanusei, in area individuata al terzo piano sarà il seguente:

- n. 1 Coordinatore infermieristico
- n. 7 Infermieri (di cui 1 case manager)
- n. 6 Operatori Socio Sanitari
- n. 1 Terapista della riabilitazione per i pazienti che necessitano di riattivazione motoria.
- n. 1 assistente sociale per favorire la transizione del paziente verso il setting di cura più appropriato per le sue condizioni sanitarie e sociali (in mancanza di tale figura, verrà condiviso l'assistente sociale del Presidio)
- Medici dipendenti/convenzionati che assicurano assistenza medica per almeno 4,5 ore al giorno dal lunedì al sabato.

I requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici sono quelli previsti dalla normativa vigente in materia di accreditamento delle strutture sanitarie.

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multi professionale ed inter professionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo ad un medico identificato dalla

Direzione Sanitaria e può essere identificato tra i Dirigenti medici o in convenzione es: medico di assistenza primaria (DM 77/2022 e Conferenza Stato Regioni del 20/02/2022).

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita in fase di prima attivazione a un dirigente medico supportato da altre figure sanitarie (es. medici in convenzione, dirigenti medici, medici a contratto).

Il Responsabile Clinico dell'OdC è garante della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo o con registrazioni di variabili in ingresso e alla dimissione, garantisce assieme al coordinatore infermieristico un'adeguata gestione del rischio clinico attivando sistemi e procedure per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali secondo le procedure aziendali vigenti;

Al momento dell'ingresso espone il piano assistenziale al paziente e/o ai familiari e/o legale rappresentante, comprensivo dei tempi di degenza previsti. È disponibile a colloqui con i familiari in orari e modalità concordate.

Contatta il medico curante del paziente prima della dimissione, che può avvenire, in caso di necessità di controlli successivi, con le modalità della cosiddetta "dimissione protetta", favorendo un accesso dello stesso nella struttura per concordare le modalità di dimissione, le necessità assistenziali e curando direttamente l'eventuale prescrizione di ausili.

Compila, per la parte di propria competenza, la cartella clinica fino alla chiusura della stessa e redige la lettera di dimissione.

Si relaziona con le Unità Operative dell'Ospedale per acuti di riferimento, con il quale sarà steso un protocollo d'intesa finalizzato alla creazione di una corsia preferenziale nei rapporti con l'OdC, soprattutto in relazione ad eventuali consulenze specialistiche, alla gestione di possibili criticità organizzativo-gestionali ed alla definizione di protocolli terapeutici condivisi.

Assicura un monitoraggio clinico quotidiano, anche il sabato e la domenica, attraverso procedure codificate di passaggio di consegne cliniche e di accessibilità alla documentazione clinica da parte delle figure medico sanitarie che dovessero alternarsi negli orari notturni, festivi e prefestivi.

Gli accessi del medico vanno documentati nella cartella clinica, e il piano assistenziale personalizzato va stilato in sinergia con l'infermiere care-manager e gli altri professionisti, incluso il fisiatra che eventualmente contribuisce, ove necessario, ad associare un piano riabilitativo aggiuntivo al piano assistenziale. Il piano va verificato attraverso meeting periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ed aggiornato o modificato in base alle condizioni cliniche e alla traiettoria funzionale del paziente.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati; nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 garantendo ammissioni per 5 giorni su 7 e dimissioni nei 6 giorni della settimana (compreso il sabato) mentre nel turno notturno (20-08) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio/Presidio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna e festiva urgente dai dirigenti medici della U.O. di Medicina Interna operanti nella struttura.

La gestione dei percorsi organizzativo/assistenziali è in capo ad un coordinatore infermieristico. Egli:

- collabora col Responsabile clinico dell'Odc alla gestione del rischio clinico attuando

sistemi e procedure per identificare, prevenire e ridurre gli “eventi avversi” relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali secondo le procedure aziendali vigenti;

- collabora col Responsabile clinico dell'Odc alla definizione degli obiettivi, dei criteri e degli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività assistenziale e organizzativa;
- garantisce la continuità delle attività assistenziali e dei relativi percorsi assistenziali;
- è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale assistenziale.
- assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione e l'implementazione di protocolli specifici;
- assicura i rapporti funzionali con le diverse strutture organizzative aziendali coinvolte nel funzionamento dell'OdC.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere case-manager di OdC, che svolge funzioni di:

- collaborazione alla valutazione multidisciplinare degli assistiti e alla stesura del piano assistenziale individuale insieme con i Medici di riferimento, stabilendo gli obiettivi dell'intervento assistenziale, verificandone l'attuazione e l'efficacia;
- predispone, in collaborazione con gli infermieri dell'OdC, il piano di educazione terapeutica del caregiver utilizzando per l'addestramento, se del caso, le stanze all'interno dell'OdC.
- coordinamento dei percorsi di continuità assistenziale, finalizzati al rientro al domicilio; rientro a domicilio in assistenza domiciliare; di trasferimento presso altra struttura residenziale o riabilitativa. L'infermiere case manager si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore con il supporto degli Operatori Socio-Sanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti coinvolti (es. assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti).

L'Infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica. Le sue principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati/disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. Svolge le seguenti attività:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- utilizza strumenti e tecniche di comunicazione efficace finalizzate all'empowerment dell'assistito e della famiglia/caregiver;
- agisce sia individualmente, sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di

 Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU	 Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	 REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 ASL Ogliastra Azienda socio-sanitaria locale
--	---	---	--

supporto.

L'Operatore Socio-Sanitario (OSS) è l'operatore che svolge l'attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario.

Favorisce inoltre il benessere e l'autonomia dell'assistito. Le principali attività dell'OSS sono:

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

Le competenze dell'OSS sono:

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

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

- attua i piani di lavoro;
- aiuta i pazienti totalmente o parzialmente dipendenti nelle attività di vita quotidiana (igiene personale, cambio della biancheria, aiuto nell'espletamento delle funzioni fisiologiche e nella deambulazione etc tc.);
- osserva e collabora alla rilevazione dei bisogni;
- effettua piccole medicazioni e sostituzione delle stesse;
- aiuta per la corretta assunzione dei farmaci prescritti;
- attua interventi di prevenzione di lesioni da decubito;
- osserva, riconosce e riferisce alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'assistito può presentare (pallore, sudorazione, etc.);
- cura il lavaggio, l'asciugatura e la preparazione del materiale da sterilizzare;
- garantisce il trasporto del materiale biologico sanitario e dei campioni per gli esami diagnostici secondo protocolli stabiliti, nonché degli assistiti, anche allettati, in barella o carrozzina;
- attua interventi di primo soccorso;
- assiste la somministrazione delle diete;
- collabora alla composizione della salma;
- aiuta nelle attività di animazione e che favoriscono la socializzazione, recupero e mantenimento di capacità cognitive e manuali;
- effettua il disbrigo di pratiche burocratiche.

Il Fisioterapista, su indicazione del Responsabile Clinico della struttura o del consulente fisiatra, garantisce interventi di mobilizzazione e riattivazione motoria anche attraverso gli strumenti e gli spazi della riabilitazione presenti al piano.

Devono essere assicurate le principali consulenze specialistiche (cardiologica, fisiatrica, geriatria, pneumologica e chirurgica) anche con la collaborazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni.

È garantito l'accesso del MMG dei pazienti alla struttura per favorire il colloquio con il personale e per contribuire alla realizzazione e prosecuzione del piano assistenziale individualizzato (PAI).

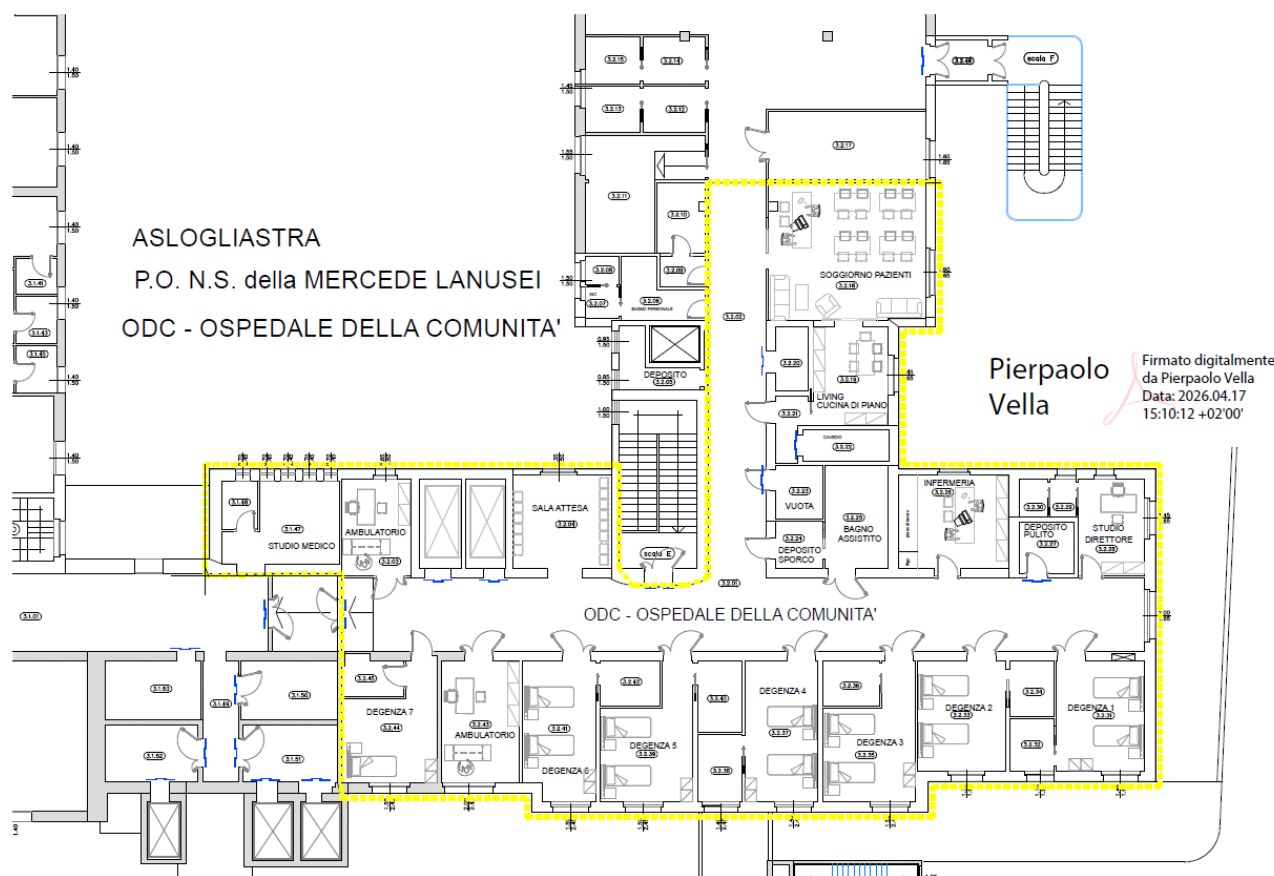
L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE

4. Definizione Macro-Aree

Lo schema distributivo è riportato nella seguente planimetria, nella quale si possono individuare le seguenti aree e i seguenti spazi:

- **Macro-Area degenza:** le stanze di degenza previste sono n. 6 stanze doppia e n. 1 stanza singola (il 10% delle stanze, così come previsto dai criteri minimi). Le stanze sono dotate di impianto di distribuzione dei gas medicali, e sono locali ad uso medico di tipo 1. Saranno disponibili anche gli spazi per gli ambulatori medici, per il coordinatore e gli spazi destinati alla riabilitazione, limitrofi agli spazi destinati all'Ospedale di Comunità;
- **Macro-Area generali e logistici:** sono presenti aree non sanitarie che permettono il funzionamento della struttura come servizi di accoglienza per gli utenti (sala d'attesa), spogliatoi, aree relax, cucinotto, depositi di materiale, deposito pulito e deposito sporco, bagno assistito, locale soggiorno e mensa.



5. Modello organizzativo

Criteri di eleggibilità persone assistite

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, pazienti temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale, affetti da aggravamento dello stato generale, ma con progetto sociale di assistenza già stabilito e programmato, realizzabile in tempi congrui con la permanenza in tale setting di ricovero (15-30 giorni);
- 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;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, o di monitoraggio o che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver non erogabili a domicilio o prima del ritorno al domicilio;
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanzarsi in:
 - valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); Fisiatra

 Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU	 Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	 REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 ASL Ogliastro Azienda socio-sanitaria locale
--	---	---	--

- b. counselling ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale;
- c. interventi fisioterapici finalizzati alla prosecuzione di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

In particolare, possono essere trattate le seguenti patologie:

- Broncopneumopatie croniche in fase di riacutizzazione (in assenza di Insufficienza respiratoria significativa e quindi di monitoraggio emogasanalitico);
- Broncopolmoniti non complicate, a lenta risoluzione;
- Vasculopatie croniche o acute/subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate in pazienti che, dopo il ricovero, non presentano le condizioni per un rientro immediato al domicilio;
- Patologie cardiache croniche con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico;
- Malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- Malattie croniche del fegato e malattie da malassorbimento in corso di cicli terapeutici; esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counselling;
- Pazienti fragili con necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto, preparazione ed esecuzione di un esame endoscopico, posizionamento PEG, PEJ, etc. (purchè sia organizzato con personale dedicato un sistema di trasporto del paziente dall'OdC al presidio sede dell'esame);
- Malattie degenerative del S.N.C. (M. di Parkinson, Demenza senile, Alzheimer) con necessità di riattivazione motoria e/o stabilizzazione del quadro psicocomportamentale (se disponibili spazi e personale dedicati);
- Esiti non stabilizzati di traumi e vasculopatie acute cerebrali in corso di riabilitazione (se disponibile il fisioterapista);
- Anemie a diagnosi nota in assenza di criticità;
- Osteoporosi complicata da crollo vertebrale;
- Pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento (sempre se presente il fisioterapista);
- Ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
- Cicli di terapia programmati in pazienti affetti da Sclerosi Multipla, Arteriopatia obliterante cronica, processi infettivi che necessitino di terapia antibiotica con farmaci in classe H (se non eseguibili a domicilio), etc.;

Non è previsto il ricovero di pazienti pediatrici.

 Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU	 Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	 REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 ASL Ogliastra Azienda socio-sanitaria locale
--	---	---	--

Criteri di accoglibilità

- ☐ assenza di problematiche acute in atto;
- ☐ condizione clinica stabile (Scala MEWS < 0 = 2)
- ☐ inquadramento diagnostico definito;
- ☐ programma terapeutico delineato;
- ☐ invio della modulistica prevista per l'accoglimento in Ospedale di Comunità, completa in tutte le sue parti.

Criteri di non accoglibilità

- ☐ presenza di problematiche acute in atto;
- ☐ instabilità clinica (Scala MEWS > 2);
- ☐ inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami dirimenti per la definizione/modificazione dei criteri di accoglibilità);
- ☐ programma terapeutico non ben delineato;
- ☐ paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia (se non presenti personale e spazi dedicati);
- ☐ unica motivazione all'ingresso la presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale;
- ☐ pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto;
- ☐ modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" non valutabile perché incompleto.

Se, tra la data di invio del modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" e la data stabilita di trasferimento, sopraggiungono complicanze è compito del Medico dell'U.O. richiedente comunicare, via mail o telefono, la sospensione del trasferimento. In particolare, il trasferimento del paziente deve essere sospeso se, nelle 48 ore precedenti, è presente uno dei seguenti aspetti:

- ☐ Frequenza cardiaca a riposo <40 o ≥ 130 bpm;
- ☐ Pressione arteriosa sistolica <70 o ≥ 200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg;
- ☐ Temperatura ascellare > 38,5 °C;
- ☐ Frequenza respiratoria < 9 o ≥ 30 ;
- ☐ Stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- ☐ Sanguinamento in atto;
- ☐ Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- ☐ Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- ☐ Insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile.

Nel caso di sospensione del trasferimento, nel momento in cui il paziente rientrerà nei criteri di accoglibilità, dovrà essere inviata nuova richiesta di inserimento.

È ormai in fase di realizzazione la interoperabilità attraverso la COT di tutti i processi di richiesta inserimento/dimissione-trasferimento. Il sistema Garsia è ormai operativo presso le COT e attraverso esso avverrà il passaggio documenti clinici, moduli e richieste.

Modalità di Accesso

La richiesta d'inserimento in Ospedale di Comunità dovrà essere presentata alla COT previa valutazione da parte del Punto Unico d'Accesso (PUA/UVT/PASS Ospedaliero) operante presso il Distretto Sociosanitario di residenza della persona (con priorità di arruolamento in questa fase sperimentale verso i residenti nella provincia di Oristano) secondo le modalità standardizzate dalle ultime procedure percorso PUA/UVT, dai seguenti soggetti:

- MMG che ha in cura il paziente;
- Medico di continuità assistenziale
- Specialista ambulatoriale
- Unità Operativa Ospedaliera presso cui la persona si trova ricoverata;
- Altre strutture territoriali residenziali in cui il soggetto non autosufficiente è ospitato.
- Pediatra di Libera Scelta

La richiesta e l'inserimento in ODC deve essere registrata e tracciabile dalla COT di riferimento al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria.

Per stabilire l'effettiva eleggibilità per l'OdC e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto si deve procedere attraverso una valutazione con opportuni criteri di eleggibilità clinico-assistenziali mediante un sistema di valutazione integrato medico ed infermieristico, attraverso le scale di valutazione; VMD, CIRS, BARTHEL, SCHEDA DI RICHIESTA INSERIMENTO IN OdC, Scheda Sociale (allegate). che saranno opportunamente inserite all'interno del SISAR al fine di digitalizzare la procedura.

Il Punto Unico d'Accesso sottopone la richiesta alla Unità di Valutazione Territoriale (UVT), che si potrà avvalere del contributo del medico referente dell'OdC e che, di norma, si esprime sull'inserimento delle persone residenti nel territorio di competenza.

Nel caso in cui l'utente provenga dal proprio domicilio o da altra struttura residenziale territoriale, la UVT si pronuncerà entro 3 giorni lavorativi.

Qualora il paziente provenga da un reparto ospedaliero, la richiesta di valutazione multidimensionale, da parte dell'Unità Operativa Ospedaliera, sarà effettuata almeno 4 giorni prima della dimissione programmata, con obbligo, per la UVT, di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta, onde permettere la dimissione ospedaliera nei tempi previsti.

L'invio delle persone non autosufficienti in Ospedale di Comunità, sia in dimissione ospedaliera, sia provenienti dal proprio domicilio o da struttura residenziale riabilitativa e/o assistenziale è determinato esclusivamente dall'Unità di Valutazione Territoriale (U.V.T.)

Pertanto, la UVT si configura come organismo strumentale di valutazione clinico diagnostica e relazionale del paziente non autosufficiente.

La UVT a conclusione della valutazione multidimensionale proporrà un Piano Assistenziale breve che conterrà l'indicazione dei tempi di permanenza in Ospedale di Comunità, che comunque non possono superare i 30 giorni; solo in casi eccezionali e per motivate condizioni cliniche o socio-sanitarie è possibile derogare di ulteriori due settimane.

Il Piano Assistenziale proposto dalla UVT conterrà la previsione di massima sul successivo percorso di rete per l'assistito alla dimissione. La documentazione clinico-assistenziale e ogni altra informazione utile, contenuta nella cartella clinica ospedaliera o di altra struttura residenziale di provenienza, saranno rese accessibili alla UVT e alla UVI (unità di valutazione interna all'OdC) al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale.

La condivisione della documentazione attraverso le procedure informatizzate in uso, oltre che garantire tale opportunità offriranno le dovute garanzie per la tutela e la sicurezza dei dati.

L'UVT di competenza invierà la proposta di inserimento in OdC alla COT e all'attenzione del referente clinico dell'OdC che, valutata in sede di U.V.I. (composto dal medico referente, e dal coordinatore infermieristico) confermerà la congruenza e curerà l'osservanza del regolamento per la gestione delle liste di attesa, che indica i criteri e le priorità di ammissione in Ospedale di comunità tenuto conto:

- delle esigenze clinico-assistenziali-riabilitative;
- delle esigenze di carattere socio-assistenziale;
- dell'ordine di arrivo della richiesta di inserimento
- delle priorità dell'Ospedale per acuti

Il ricovero in OdC è sempre programmato e finalizzato alla risoluzione di un problema attraverso interventi ad alta/bassa complessità assistenziale e bassa intensità clinica e concordato con il coordinatore infermieristico ed il medico referente della struttura.

Nel caso di dimissione da U.O. ospedaliera la valutazione dovrà essere eseguita dal medico ospedaliero che invia la documentazione per via telematica "GARSIA" alla COT. Nel caso di invio dal territorio, la valutazione dovrà essere eseguita dal MMG con la collaborazione del personale dei servizi territoriali che inviano la documentazione al PUA UVT.

Nel caso in cui l'inserimento in OdC dovesse avvenire a distanza di oltre 7 giorni rispetto alla data di presentazione della domanda, il trasferimento del paziente dovrà essere preceduto dall'invio, al responsabile clinico dell'OdC, di opportuna documentazione aggiornata sulle condizioni cliniche del paziente nelle 24 ore precedenti la dimissione e l'inserimento stesso concordato con il coordinatore infermieristico.

Il ricovero presso l'OdC può avere una durata non superiore a 30 giorni, con una degenza media compresa tra i 15-20 giorni.

Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a consentire il rientro al proprio domicilio, o ad inserire l'utente in un percorso di assistenza domiciliare, o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali/semiresidenziali, nonché indicato dalle disposizioni normative nazionali e regionali.

Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente, previo parere positivo dell'UVT di competenza che si esprimerà sulla base di relazione clinica fornita dal responsabile clinico dell'OdC.

Il permanere in OdC in assenza di una motivazione clinica può comportare il pagamento di una tariffa alberghiera giornaliera definita a livello regionale.

6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

Strumenti per la raccolta dati e sistema informativo

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.

Quest'ultimo 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.

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.

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.

Indicatori di Monitoraggio – Indicatori e standard

1. N. ricoveri inappropriati UOC Medicina (standard: -20%) rif. Secondo semestre 2026
2. N. di gg. di degenza ricoveri per mltt cronico degenerativa (standard: -20%) rif. Secondo semestre 2026
3. N. di accessi in RSA alla dimissione/ N. di accessi in RSA alla dimissione periodo antecedente UDCI (standard: -20%)
4. N. di accessi in OsCo concordati /tot accessi (standard 100%)
5. N. di persone formate/N. persone da formare (standard: 80%)
6. Attivazione OsCo entro mese di Giugno 2026
7. Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OsCo (standard?)
8. Degenza media Ospedale di Comunità (prima rilevazione)

Gli indicatori 1 e 2 hanno come denominatore lo stesso dato riferito a uno stesso periodo antecedente alla attivazione dell'OdC.

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, al fine di garantire la continuità delle cure e la tempestività degli interventi.

Di seguito vengono descritti i servizi con i quali l'OdC ha collegamento operativo e tecnologico:

- Collegamento con la COT di Tortolì
- Rete di Cure Intermedie e COT secondo le procedure già descritte relative ai criteri di accesso, le modalità di trasferimento e il raccordo tra le diverse strutture di degenza a bassa intensità
- Specialistica ambulatoriale secondo le procedure già descritte Cure Domiciliari secondo le procedure già descritte (
- Rete Locale di Cure
- Rete emergenza-urgenza secondo le procedure di seguito riportate
- I raccordi funzionali dell'OdC sono:
 - Medici di Medicina Generale
 - Case Manager continuità assistenziale
 - UU.OO. Ospedaliere
 - Farmacia Ospedaliera
 - Servizi di Cure Domiciliari Integrate (CDI)
 - Altri Servizi Aziendali
 - Strutture Residenziali (RSA, Hospice) e di Riabilitazione
 - P.U.A. UVT
 - COT

La richiesta e l'inserimento in ODC deve essere registrata e tracciabile dalla COT di riferimento al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria.

Emergenze/Urgenze

Le urgenze durante i turni diurni sono garantite da parte del personale medico assegnate alla struttura in presenza o chiamata in reperibilità.

Nei turni notturni e festivi:

- per le urgenze minori il personale infermieristico potrà ricorrere al consulto telefonico del personale medico di struttura, il quale può risolvere telefonicamente, decidere di intervenire in presenza o rimandare a consulto urgente interno ospedaliero;
- per le urgenze maggiori che richiedono la presenza del Medico immediata, il personale infermieristico ricorrerà al Medico di Guardia della U.O. di Medicina che si avvarrà della diagnostica a disposizione del Presidio (es. Radiologia, Laboratorio analisi...) e/o delle consulenze specialistiche di altri colleghi del P.O. (es. Cardiologia, Chirurgia, Ortopedia, Ginecologia, Rianimazione) qualora necessario.

 Finanziato dall'Unione europea NextGenerationEU	 Italiadomani PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA	 REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA	 ASL Ogliastra Azienda socio-sanitaria locale
--	---	---	--

L'eventuale trasferimento in urgenza presso altro setting di cura quale un reparto Ospedaliero del Presidio (es. Rianimazione, Medicina) o altro Presidio Regionale avverrà con mezzi e personale del P.O. Nostra Signora della Mercede e dell'Ospedale di Comunità, mantenendo il posto letto in OdC per un periodo massimo di 48 ore. In conformità alla Conferenza Stato Regioni del 20 febbraio 2020 potranno essere comunque attivate le procedure di emergenza del Presidio Ospedaliero.

Sommario

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità	1
2. Introduzione e servizi offerti	2
L'obiettivo generale.....	3
Gli obiettivi specifici:	3
Descrizione del progetto	4
3. Organizzazione del Personale.....	5
4. Definizione Macro-Aree	9
5. Modello organizzativo	10
Criteri di eleggibilità persone assistite	10
Criteri di accogliibilità	12
Criteri di non accogliibilità.....	12
Modalità di Accesso.....	13
6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività.....	15
Strumenti per la raccolta dati e sistema informativo.....	15
Indicatori di Monitoraggio – Indicatori e standard	15
7. Integrazione con altri Servizi	16
Emergenze/Urgenze	16 17