

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI ITTIRI

(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 Ittiri |
| Sede | Via Ospedale snc Ittiri |
| CUP | Codice J84E26000010007 |
| Tipologia di intervento PNRR | Ristrutturazione |
| Data di inizio funzionamento* | 25/05/2026 |

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

2. Introduzione e servizi offerti

L'intervento riguarda la ristrutturazione edilizia del primo piano dell'ex Ospedale "Alivesi" sito a Ittiri (SS) in via Ospedale s.n.c., con riqualificazione dell'immobile, riconvertendolo in Ospedale di Comunità (OdC), con le caratteristiche tecniche e distributive adeguate sia alla normativa di riferimento (DGR 16/14 dell'08/04/2026) che alle necessità specifiche rappresentate dalla Direzione Sanitaria della ASL 1 – Sassari.

La struttura sanitaria si estende su un'area urbana sita nel Comune di Ittiri, un comune di 7730 abitanti dell'entroterra, con un indice di vecchiaia pari a 260, a circa 20 km dal capoluogo di Provincia Sassari, raggiungibile attraverso la Strada Provinciale, nel quale sono presenti i servizi essenziali al cittadino, raggiungibile pedonalmente e tramite mezzi propri, vista la disponibilità di ampio parcheggio. Afferisce al Distretto Socio-Sanitario di Alghero, del Coros, del Villanova e del Meilogu, il quale si riferisce ad una popolazione totale di 76051 abitanti, distribuiti in 23 comuni, con un indice di vecchiaia pari a 266,6.

L'Ospedale di Comunità di Ittiri è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Tale struttura si integra con le strutture ospedaliere di riferimento a livello territoriale e il PUA del Distretto di residenza dell'utente, attraverso la COT, accogliendo pazienti con requisiti specifici per tale struttura, ovvero a bassa

intensità clinica e per il recupero funzionale, a gestione prevalentemente infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso.

La ripartizione funzionale prevista è la seguente:

- Locali per l'accoglienza familiari, l'accettazione amministrativa
- Palestra/locale attrezzato per la fisioterapia e la riabilitazione funzionale
- Sala d'attesa per i familiari e visitatori
- Spogliatoi per il personale divisi per genere dotati di bagno
- Deposito sporco
- Deposito pulito
- archivio
- Camere di degenza per complessivi 15 posti letto attuali, su 8 stanze, adeguate per portatori di disabilità, ciascuna dotata di postazione multifunzionale per pasti e attività di tempo libero e servizi igienici dedicati. In previsione attivabili totali 19 posti letto su 11 stanze.
- Bagno assistito
- Ambulatorio per le visite mediche, la valutazione multidimensionale e i controlli clinici programmati;
- Locale di lavoro per il personale
- Locale per la preparazione della terapia farmacologica;
- Magazzino sanitario/deposito farmaci e presidi
- Deposito pulito
- Deposito sporco
- Vuotatoio/lavapadelle
- Area soggiorno/sala pasti per i pazienti.
- Bagni per l'utenza

Nello stesso stabile, al primo sottopiano, è previsto un locale per accogliere le salme e i familiari.

Verranno esternalizzati servizio mortuario, i servizi di pulizia, lavanderia e stireria e preparazione pasti.

Mediante l'utilizzo combinato delle aree suddette, sarà possibile soddisfare i requisiti minimi organizzativi obbligatori previsti per l'Ospedale di Comunità entro i termini stabiliti dal PNRR.

Obiettivi e mission:

L'Ospedale di Comunità di Ittiri (OdC) è ubicato nel Distretto Socio Sanitario di Alghero, ASL1 Sassari, è una struttura sociosanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale, strategicamente finalizzata ad esercitare a una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero, così concorrendo a ridurre i ricoveri impropri e al potenziamento della capacità di presa in carico territoriale. È rivolta alle persone con patologie acute di lieve entità o con patologie croniche riacutizzate che non necessitano di ricoveri in reparti per acuti ma che hanno comunque bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio, nonché assistenza e sorveglianza continuative che non possono essere garantite a domicilio per carenza o inadeguatezza (strutturale o familiare).

L'Ospedale di Comunità di Ittiri è una struttura extra ospedaliera a carattere temporaneo (20-30gg) che garantisce una risposta assistenziale di tipo residenziale. L'OdC mira, nel breve tempo di ricovero previsto, alla valorizzazione di ogni risposta psico-fisica e di ogni potenzialità esistente del paziente, al fine di favorire e/o ripristinare l'autonomia e facilitare di conseguenza le sue relazioni familiari e sociali. Ciò avviene attraverso la riattivazione funzionale delle attività, la stabilizzazione e l'adattamento ad una nuova condizione di disabilità a causa della quale è avvenuto il ricovero.

Tale finalità verrà perseguita attraverso un approccio globale multidimensionale con interventi mirati ai bisogni di ciascun paziente, sia dal punto di vista socio-sanitario che relazionale, mediante l'attività costante di un team di professionisti (assistente sociale, infermiere, tecnici della riabilitazione, medici, operatori sociosanitari), senza trascurare il coinvolgimento dei familiari e dei caregiver.

La strategia aziendale punta ad una politica di sistema che ha come fondamenti: il miglioramento della qualità del servizio offerto, l'attenzione all'unicità del paziente, la condivisione delle scelte organizzative, il lavoro d'equipe, la sinergia tra il riconoscimento dei bisogni del Territorio e la loro soddisfazione secondo i dettami della cosiddetta Sanità di Iniziativa, un'alternativa di ricovero intermedio con funzione di transizione tra ospedale per acuti e domicilio.

La struttura opererà per:

- stabilizzare i quadri clinici;
- recuperare l'autonomia funzionale e relazionale;
- favorire il reinserimento domiciliare;
- supportare le famiglie nel periodo di adattamento;
- prevenire re-ricoveri e accessi inappropriati al Pronto Soccorso;
- ricovero intermedio e quindi di supporto alle Unità Operative Ospedaliere per pazienti con setting RSA/Comunità Integrate/Hospice

L'Ospedale di Comunità si inserisce organicamente nella rete dell'assistenza territoriale dell'ASL di Sassari e in particolare del Distretto di Alghero.

Utenti:

L'OdC accoglierà pazienti:

- dimessi da reparti ospedalieri per acuti;
- in condizioni cliniche stabili ma non autosufficienti;
- fragili o cronici con necessità assistenziali a breve termine.

Categorie specifiche di pazienti ammissibili (DM 77/2022):

- fragili con riacutizzazioni minori;
- multimorbidi clinicamente stabilizzati;
- bisognosi di addestramento (paziente/caregiver).

Prestazioni Erogate:

- assistenza infermieristica continuativa H 24 7 giorni su 7;
- assistenza medica H 4/6 ore diurne 6 giorni su 7;
- assistenza medica in reperibilità telefonica medici C.A. (7 giorni su 7 nelle ore notturne e sabato e domenica H24);
- trattamento farmacologico; gestione e richieste presidi;
- riabilitazione;
- supporto sociale e counselling;
- educazione clinico-terapeutica rivolta al familiare/caregiver;
- integrazione con la Centrale Operativa Territoriale di competenza e gestione amministrativa delle liste d'attesa dei pazienti.

Riferimento normativo e collocazione nel sistema sanitario territoriale:

Gli Ospedali di Comunità trovano il loro fondamento nel processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6 Salute, e disciplinato dal Decreto Ministeriale n. 77/2022, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.

La Delibera Regionale n. 27/34 del 21.05.2025 si inserisce in tale cornice normativa, recependone i principi e declinandoli in funzione delle specificità organizzative e demografiche del contesto regionale. L'Allegato 2, in particolare, rappresenta il documento tecnico di riferimento per la definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e funzionali degli OdC.

Gli OdC si configurano come strutture sanitarie intermedie, collocate tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero per acuti. Essi svolgono una funzione fondamentale di "snodo" nella rete dei servizi, contribuendo alla continuità assistenziale e alla deospedalizzazione.

Nello specifico, gli OdC:

- sono destinati a pazienti che non necessitano di cure ospedaliere intensive ma che non possono essere adeguatamente assistiti al domicilio;
- operano in stretta integrazione con le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità e i Medici di Medicina Generale;
- favoriscono percorsi di dimissione protetta dagli ospedali per acuti, riducendo i ricoveri impropri e le riammissioni.

Secondo quanto previsto dall'Allegato 2 della Delibera, l'OdC è caratterizzato da:

- una gestione prevalentemente infermieristica, con responsabilità clinica in capo al medico di riferimento (MMG o altro dirigente medico o contrattualizzato);
- un numero contenuto di posti letto (generalmente tra 15 e 20), modulato in base al fabbisogno territoriale;
- un approccio multiprofessionale, con il coinvolgimento di infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali e altre figure sanitarie.

L'assistenza è orientata a:

- stabilizzazione clinica;
- recupero funzionale;
- gestione delle cronicità riacutizzate;
- accompagnamento nei percorsi di fine vita a bassa intensità clinica.

L'accesso agli OdC avviene tramite:

- dimissione da ospedale per acuti;
- invio da parte del Medico di Medicina Generale;
- attivazione attraverso la Centrale Operativa Territoriale.

Elemento centrale è il principio di appropriatezza, che richiede una valutazione multidimensionale del paziente effettuata in sede di UVT, convocata presso il PUA del Distretto di residenza del paziente e la conseguente definizione di un progetto assistenziale individualizzato (PAI).

Gli Ospedali di Comunità rappresentano un pilastro della sanità territoriale, contribuendo a:

- ridurre la pressione sugli ospedali per acuti;
- migliorare la presa in carico dei pazienti fragili e cronici;
- garantire continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- promuovere modelli di assistenza più prossimi ai bisogni della popolazione.

Descrizione generale del bacino di utenza:

Il Distretto socio-sanitario di Alghero, del Coros, del Villanova, del Meilogu rappresenta un'articolazione territoriale dell'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) di Sassari, con funzioni di governo della domanda di salute, integrazione socio-sanitaria e coordinamento dei servizi territoriali.

Include 23 Comuni per una estensione totale di 1325 chilometri quadrati nella parte nord-ovest della Sardegna. Il territorio è caratterizzato da una viabilità garantita attraverso l'asse principale, Strada Statale 131-Carlo Felice. Alghero è il comune più densamente popolato con 41765 abitanti, punto di riferimento sanitario del territorio grazie alla presenza del Presidio Ospedaliero "Ospedale Civile". Le aree interne sono a bassa densità abitativa.

Il bacino di utenza del Distretto si caratterizza per una popolazione di 76051 abitanti.

A livello aziendale, la popolazione complessiva della ASL di Sassari è pari a circa 314.320 abitanti, con una densità abitativa relativamente bassa e una distribuzione territoriale dispersa.

Si registra un calo demografico costante dal 2020, con un aumento dell'indice di vecchiaia, attualmente al 293,75%, ben oltre la media nazionale del 182%. Questi dati evidenziano una crescente necessità di servizi sanitari mirati per una popolazione sempre più anziana.

L'OdC di Ittiri serve primariamente il territorio del Distretto di Alghero e si pone in stretta relazione con il Presidio Ospedaliero di Alghero, tramite le COT accoglierà richieste da tutta la rete ospedaliera, compresa l'Azienda Ospedaliero-Università di Sassari, e dalla rete sanitaria territoriale aziendale/regionale.

3. Organizzazione del Personale

Organigramma

La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e la responsabilità igienico-sanitaria è in capo al Direttore del Distretto.

La responsabilità clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN o contrattualizzato.

La responsabilità gestionale organizzativa complessiva va in capo all'IFO di Macroarea, che svolge funzioni di collegamento con i responsabili sanitari, clinici e assistenziali, e la Direzione Aziendale. La responsabilità assistenziale è in capo al coordinatore infermieristico.

Personale:

- Medico;
- Coordinamento infermieristico;
- Infermieri;
- Tecnici della riabilitazione (fisioterapisti);
- Operatori Socio Sanitari (OSS);

Lo standard del personale dell'Ospedale di Comunità di Ittiri composto da 19 posti letto (attualmente 15) è:

Personale infermieristico e di supporto (assistenza H24 – 7/7 gg):

- n. 7-9 Infermieri, di cui n. 1 Coordinatore infermieristico
- ❖ copertura minima: n. 7 infermieri full-time (252 ore settimanali complessive)

articolazione turni:

- turno 08:00–14:00 → n. 2 infermieri
- turno 14:00–20:00 → n. 2 infermieri
- turno 20:00–08:00 → n. 1 infermiere
- n. 1 Infermiere Case Manager (36 ore settimanali – 5/7 gg)
- n. 1 Infermiere con Funzione Organizzativa (IFO) – 36 ore settimanali

- ❖ n. 6 OSS full-time (216 ore settimanali complessive)

articolazione turni:

- turno 08:00–14:00 → n. 1 OSS almeno per turno
- turno 14:00–20:00 → n. 1 OSS almeno per turno
- turno 20:00–08:00 → n. 1 OSS almeno per turno

Personale sanitario area riabilitativa e psicosociale:

- n. 1 Fisioterapista – 36 ore settimanali ciascuno (6/7 gg)

Personale medico:

- n. 1 Medico con copertura complessiva di 4/6 ore al dì (fascia oraria 08:00–20:00), per 6/7 gg, assistenza notturna e nei giorni festivi/prefestivi garantita in pronta disponibilità.

Funzionigramma

La pianificazione delle attività di assistenza e supporto avverrà secondo protocolli specifici, che possono essere definiti individuando e distribuendo le responsabilità secondo il seguente schema:

Medico:

- responsabile clinico, gestisce e supervisiona l'attività clinica;
- cura la documentazione sanitaria;
- gestisce ingressi e dimissioni, monitorando patologie e comorbidità;
- coordina consulenze, rapporti con MMG, Presidi ospedalieri e Distrettuali;
- collabora con la Direzione e coordina l'équipe interna multidisciplinare e con il personale delle COT ASL 1 Sassari.

Coordinatore Infermieristico:

- sovrintende le attività assistenziali;
- gestisce accoglienza e intestazione cartella clinica;
- coordina assegnazione operatori e raccolta informazioni;
- informa familiari e uffici competenti, supervisiona la presa in carico.

Infermiere:

- valuta e accoglie l'ospite;
- registra parametri vitali, collabora nella definizione della classe assistenziale;
- compila la scheda clinico-assistenziale e pianifica gli interventi di competenza;
- effettua valutazioni quotidiane.

Tecnico della Riabilitazione:

- valuta e accoglie il paziente;
- compila la sezione riabilitativa della cartella;
- redige e aggiorna il programma riabilitativo;
- gestisce ausili e informazione a OSS e Personale Infermieristico su mobilità e alimentazione.

Operatore Socio-Sanitario:

- accompagna e assiste il paziente all'ingresso;
- riceve e registra indicazioni dal coordinamento infermieristico;
- garantisce continuità assistenziale nei turni successivi.

Tutte le figure parteciperanno alle riunioni di équipe multidisciplinari per la definizione e il monitoraggio del PAI.

4. Definizione Macro-Aree

In conformità a quanto previsto dal Documento di Indirizzo per il meta-progetto dell'Ospedale di Comunità elaborato da Agenas (2022), si definisce di seguito la suddivisione funzionale della struttura in macro-aree, quale riferimento per la progettazione organizzativa e strutturale.

1. Macro-Area Degenza

La Macro-Area Degenza costituisce il nucleo sanitario centrale dell'Ospedale di Comunità ed è destinata all'erogazione delle prestazioni assistenziali in regime di ricovero a bassa intensità clinica.

Essa comprende:

- **Aree di degenza:**
Presenti 19 posti letto (temporaneamente 15), dotati di servizi igienici assistiti, sistemi di chiamata infermieristica e presidi per la sicurezza del paziente. Le camere garantiscono accessibilità, comfort alberghiero e adeguati standard di umanizzazione degli spazi.
- **Postazioni infermieristiche:**
collocate in posizione strategica rispetto alle aree di degenza, con visibilità diretta o indiretta sui moduli di ricovero e dotate di sistemi informativi per la gestione clinico-assistenziale.
- **Ambulatori e locali per attività cliniche:**
spazi dedicati a visite mediche, valutazioni multidimensionali, attività specialistiche e colloqui con pazienti e caregiver. Sono dotati di attrezzature di base e garantire riservatezza e funzionalità.
- **Aree per la riabilitazione e il recupero funzionale:**
ambienti attrezzati per attività fisioterapiche individuali e di gruppo, comprensivi di palestra riabilitativa, spazi per terapia occupazionale e percorsi per il training motorio.
- **Locali di supporto sanitario:**
includono medicherie, depositi per materiale sanitario pulito e sporco, locali per la preparazione delle terapie, nonché spazi per la gestione dei farmaci in sicurezza.
- **Spazi per la socializzazione e la permanenza dei pazienti:**
aree comuni destinate alla permanenza diurna, finalizzate al mantenimento delle capacità relazionali e al benessere psico-sociale.

La progettazione della Macro-Area Degenza garantisce percorsi separati pulito/sporco, accessibilità universale, sicurezza dei pazienti e integrazione funzionale tra le diverse componenti assistenziali.

2. Macro-Area Servizi Generali e Logistici

La Macro-Area Servizi Generali e Logistici comprende l'insieme delle funzioni di supporto, non direttamente sanitarie, ma indispensabili al corretto funzionamento della struttura.

Essa include:

- **Area accoglienza e front-office:**
spazi destinati alla ricezione degli utenti e dei visitatori, comprensivi di punto informativo, area di attesa e servizi amministrativi di base;
- **Spogliatoi e servizi per il personale:**
locali distinti per genere e profilo professionale, dotati di armadietti, servizi igienici e docce, conformi alle normative in materia di sicurezza sul lavoro;
- **Aree relax e spazi di ristoro:**
ambienti dedicati al benessere del personale e, ove previsto, degli utenti e dei familiari, con funzioni di pausa e recupero;
- **Magazzini e depositi:**
spazi per lo stoccaggio di materiali sanitari ed economici, distinti per tipologia (pulito/sporco, farmaci, dispositivi medici), con adeguati sistemi di tracciabilità e gestione delle scorte;
- **Locali tecnici e impiantistici:**
ambienti destinati agli impianti tecnologici (elettrici, idraulici, climatizzazione, gas medicali), progettati per garantire continuità operativa, sicurezza e facilità di manutenzione;
- **Percorsi logistici:**
sistemi di collegamento interni dedicati alla movimentazione di materiali, biancheria, rifiuti e pasti, con separazione funzionale dai percorsi sanitari e degli utenti.

3. Integrazione funzionale tra le Macro-Aree

Le due macro-aree verranno integrate mediante una chiara organizzazione dei percorsi e dei flussi (utenti, operatori, materiali), assicurando:

- separazione dei circuiti sporco/pulito;
- riduzione delle interferenze tra attività sanitarie e logistiche;
- ottimizzazione dei tempi di percorrenza;
- elevati standard di sicurezza e controllo.

5. Modello organizzativo

In questa sezione sono descritti i principali elementi che caratterizzano il modello organizzativo dell'OdC, in conformità con la normativa nazionale e regionale di riferimento (cfr. Documenti collegati). In particolare:

Criteri di eleggibilità e di esclusione dei pazienti:

Criteri di Accesso:

All'interno dell'OdC accederanno soggetti appartenenti alla categoria dei pazienti fragili della popolazione che, pur avendo un inquadramento diagnostico già esaurito, un programma terapeutico già definito e un quadro clinico nel complesso stabilizzato, hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, ma con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro i 30 giorni).

In generale, le modalità di accesso sono distinte in:

- diagnosi o prognosi già definita;
- eventuale punteggio scala e/ di valutazione;
- programma di trattamento già stilato e/o condiviso con il paziente e la famiglia;
- pazienti necessitanti supporto riabilitativo-rieducativo.

In particolare, in base alle indicazioni del DM 77 i pazienti degli OdC sono suddivisi in quattro categorie:

- 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;
- pazienti prevalentemente affetti da multi-morbilità, provenienti da strutture ospedaliere, 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, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno a 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 e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi diagnostici-terapeutici- assistenziali, protocolli etc, già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro al domicilio.

Criteri di Esclusione:

- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- pazienti pediatrici;
- pazienti con MMSE \leq a 17;
- pazienti con wandering;
- pazienti terminali (cure palliative in Hospice)
- patologie psichiatriche acute;
- pazienti con monitoraggio intensivo continuo;
- pazienti con IIA troppo basso o troppo alto (classi 1 e 4);
- ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica.

Procedure e Percorsi:

- accoglienza e valutazione multidimensionale;
- somministrazione test clinici e funzionali;
- elaborazione Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- verifiche PAI;
- riunioni programmate con familiari (ingresso, metà degenza, dimissione).

Gestione degli ingressi in OdC:

Modalità di Accesso e dotazione sistema informativo:

Le modalità di accesso all'Ospedale di Comunità di Ittiri saranno regolate dalle Centrali Operative Territoriali (COT) aziendali (sulla base della residenza del paziente) per quanto riguarda le transizioni tra Ospedale e Territorio, secondo quanto previsto dalla normativa regionale e dal DM 77/2022.

Le transizioni Ospedale-OdC di Ittiri saranno tracciate correttamente sulla piattaforma Garsia, permettendo la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica e assistenziale erogata.

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.

L'accesso potrà avvenire dalle Unità Operative Ospedaliere che identificano attraverso il PASS di competenza il paziente che presenta i criteri di accesso per l'OdC.

Accesso da Unità Operative Ospedaliere:

- Le UU.OO. per acuti, una volta definita la dimissibilità clinica del paziente e la necessità di ricovero presso OdC, inoltrano richiesta alla COT, allegando:
- Scheda BRASS
- Scheda di contatto OdC Ittiri.
- La COT trasmette la documentazione al PUA-UVT del Distretto di residenza dell'utente, che entro 48 ore esprime un parere motivato (positivo o negativo) in merito all'accesso in OdC o individua e indica altro setting assistenziale;
- Una volta espresso il parere da parte dell'UVT, il PUA invia il riscontro alla COT, attraverso la compilazione di processi informatici presenti nella piattaforma Garsia che permettono l'interoperabilità tra le strutture e la transizione dell'utente/paziente presso il setting indicato in corso di valutazione UVT.

Accesso dal Territorio:

Gli accessi dal Territorio non sono ancora gestiti dalla COT. In questo caso:

- La documentazione deve essere inviata dal Medico di Medicina Generale direttamente al PUA-UVT che una volta effettuata la valutazione invierà comunicazione alla COT
- Le modalità restano equivalenti a quelle previste per l'accesso ospedaliero, con l'invio delle medesime schede (BRASS, SVAMA, contatto).

I Pazienti che dal Territorio che potranno essere ammessi all'OdC sono pazienti che:

- per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;
- necessitano di un programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal Medico di Medicina Generale (MMG) o Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM);
- richiedono intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- presentano assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- consenso informato del paziente.

Requisiti per l'accesso:

- programma terapeutico definito;
- stabilità clinica;
- valutazione dell'Indice di Intensità Assistenziale (IIA).

Questa procedura assicura l'appropriatezza dei ricoveri, la tracciabilità delle richieste e la corretta assegnazione delle risorse disponibili.

Obiettivi del ricovero e modalità di stesura PAI, gestione del ricovero e attivazione delle risorse necessarie per rispondere ai bisogni specifici dei pazienti e gestione delle dimissioni:

In coerenza con il modello organizzativo dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77/2022 e dal Documento di Indirizzo Agenas (2022), il ricovero presso l'Ospedale di Comunità (OdC) è finalizzato al perseguimento di specifici obiettivi clinico-assistenziali, orientati alla presa in carico di pazienti a bassa intensità clinica ma con bisogni assistenziali non gestibili al domicilio:

1. Stabilizzazione clinica del paziente

L'OdC ha come obiettivo primario la stabilizzazione di condizioni cliniche sub-acute o croniche riacutizzate, che non richiedono il setting ospedaliero per acuti ma necessitano di monitoraggio sanitario continuativo e interventi assistenziali strutturati;

2. Recupero funzionale e riabilitazione

Il ricovero è orientato al recupero dell'autonomia residua del paziente attraverso interventi riabilitativi mirati (motori, funzionali e occupazionali), con l'obiettivo di favorire il rientro al domicilio o in setting assistenziali a minore intensità;

3. Continuità assistenziale ospedale-territorio

L'OdC rappresenta uno snodo fondamentale nei percorsi di transizione assistenziale, garantendo la continuità delle cure tra il ricovero ospedaliero per acuti e il rientro al domicilio, attraverso programmi di dimissione protetta e presa in carico integrata;

4. Prevenzione dei ricoveri impropri e delle riammissioni

Attraverso una gestione appropriata dei pazienti fragili, l'OdC contribuisce a ridurre:

- i ricoveri ospedalieri non necessari;
- le riammissioni precoci;
- il sovraccarico delle strutture per acuti.

5. Gestione delle cronicità e della fragilità

Il ricovero consente una presa in carico globale del paziente cronico e fragile, mediante valutazione multidimensionale e definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), con integrazione tra componenti sanitarie e sociali.

6. Supporto ai caregiver e alla rete familiare

L'OdC svolge una funzione di sostegno ai caregiver, offrendo:

- educazione sanitaria;
- addestramento alla gestione del paziente;
- supporto nella pianificazione del rientro a domicilio.

7. Accompagnamento nei percorsi di fine vita a bassa intensità

Tra gli obiettivi rientra anche la gestione di pazienti in fase avanzata di malattia, per i quali è

indicato un setting assistenziale a bassa intensità clinica ma ad elevata intensità assistenziale e relazionale, in integrazione con la rete delle cure palliative.

8. Promozione dell'appropriatezza e della personalizzazione delle cure

Il ricovero presso l'OdC è finalizzato a garantire interventi appropriati rispetto al bisogno clinico-assistenziale, evitando sia l'ospedalizzazione inappropriata sia il ricorso insufficiente ai servizi territoriali, attraverso percorsi personalizzati e flessibili.

Gli obiettivi del ricovero in Ospedale di Comunità si inseriscono in un modello assistenziale centrato sulla persona, orientato alla prossimità delle cure, all'integrazione socio-sanitaria e alla sostenibilità del sistema. Il raggiungimento di tali obiettivi richiede un approccio multiprofessionale, una forte integrazione con i servizi territoriali e un costante monitoraggio degli esiti assistenziali.

Procedure e Percorsi.

Subito dopo l'ingresso nell'OdC di Ittiri, verrà messa in atto la procedura di valutazione multidimensionale da parte delle figure professionali preposte. Questa si avvarrà di precise fasi di lavoro:

- valutazione sanitaria: prevede la visita dell'ospite da parte del Medico e dell'Infermiere di turno e la compilazione della cartella clinica in tutte le sezioni di competenza: anamnesi, esame obiettivo, piano terapeutico farmacologico, richieste di esami o consulenze;
- somministrazione della batteria di test prevista dal protocollo;
- valutazione infermieristico/assistenziale: rilevazione parametri vitali, compilazione scheda infermieristica, annotazione dello schema terapeutico e assistenziale;
- valutazione funzionale: il tecnico della riabilitazione redige la valutazione iniziale e aggiorna il piano riabilitativo su apposita scheda;

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Il PAI è un documento programmatico multidisciplinare, finalizzato alla presa in carico globale del paziente con bisogni complessi di tipo sociosanitario. Definisce gli obiettivi assistenziali specifici, interventi mirati, tempi di attuazione e professionisti sociosanitari coinvolti, garantendo un percorso di cura personalizzato per ciascun paziente.

La stesura del PAI è a cura del medico dell'OdC, che lo redige a partire dai contributi valutativi dell'intera équipe. Il documento contiene obiettivi a breve, medio e lungo termine, ed è oggetto di verifica periodica (almeno ogni 15 giorni).

Saranno previste inoltre:

- riunioni periodiche dell'équipe per valutare l'andamento clinico e assistenziale;
- colloqui con i familiari: uno all'ingresso, uno a metà ciclo e uno in prossimità della dimissione, anche con finalità di counseling e informazione sul percorso.

Dimissioni.

Al momento della dimissione dell'ospite verso il domicilio o verso altra struttura, il Medico valuterà ed attiverà i servizi necessari post-dimissione in concerto con la COT di riferimento (servizi di supporto diagnostico, servizi di specialistica ambulatoriale, cure domiciliari), che seguirà la transizione dell'utente. Gli saranno consegnate:

- lettera di dimissione dettagliata, con sintesi del percorso terapeutico ed assistenziale nel corso della degenza, degli obiettivi di salute e degli esiti, nonché delle indicazioni terapeutiche e di follow-up;
- lettera infermieristica con indicazioni specifiche di pertinenza;
- predisposizione documento riepilogativo clinico;
- educazione terapeutica al rientro a domicilio;
- collegamento con MMG e servizi domiciliari;
- coinvolgimento dei caregiver nel follow-up.

Emergenze-Urgenze:

- valutazione infermieristica (MEWS);
- intervento medico e attivazione 118 se necessario;
- continuità garantita dal medico di guardia;
- addestramento del personale all'uso dei presidi.

Servizio Alberghiero e Comfort:

- servizio pasti, cura della persona;
- regole per orari di visita, comportamento, alimenti.

Assistenza Sanitaria:

- Medica: lun-sab 4/6 h/die sulle 24h, Reperibilità CA notturna/ (o reperibilità telefonica del personale medico di Continuità Assistenziale);
- Infermieristica e OSS: H24 tutti i giorni.

Servizi di Supporto:

- amministrativi;
- pulizia e sanificazione ambientale;
- manutenzione ordinaria;
- assistenza spirituale e religiosa;

- servizio mortuario (in appalto);
- Integrazione con associazioni di volontariato e con i servizi sociali.

6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

In questa sezione vengono inserite informazioni relative alla gestione della documentazione clinico-assistenziale, con particolare riferimento a:

- Modalità di raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza:

Strumenti di lavoro.

Per ogni ospite viene compilata una "cartella clinica", che ha lo scopo di raccogliere e documentare tutte le informazioni riguardanti l'ospite, il progetto d'intervento e i suoi aggiornamenti, gli eventi salienti che avvengono durante la permanenza in struttura, fino al momento della dimissione.

La cartella contiene:

- tutta la documentazione clinica inoltrata dalla COT di riferimento con verbale UVT
- il consenso al trattamento dei dati sensibili;
- il consenso informato per gli interventi sanitari e per i mezzi di protezione;
- le notizie anamnestiche;
- la documentazione diagnostica relativa alle patologie riconosciute di cui soffre il soggetto;
- referti di visite specialistiche;
- carta d'identità, tessera sanitaria, esenzioni ticket;
- copia del certificato di invalidità;
- copia di eventuale decreto di nomina AdS/tutore;
- esiti di osservazioni effettuate con strumenti validati;
- tabelle di registrazione periodica di parametri di controllo secondo le necessità dell'ospite;
- diario multidisciplinare degli eventi ed interventi su cui ogni operatore annota gli accadimenti più importanti e significativi.

L'équipe dell'Ospedale di Comunità sarà dotata di procedure, basate su evidenze scientifiche, per prevenire, affrontare, gestire in modo adeguato i possibili eventi critici, ad esempio: rischio cadute, rischio piaghe da decubito, rischio infettivo, e tutti gli operatori verranno informati e formati in modo da saper operare nel rispetto delle procedure.

La raccolta delle informazioni sanitarie avviene secondo un approccio multiprofessionale e integrato, nel rispetto dei principi di appropriatezza, tracciabilità e continuità assistenziale.

- **Ambito medico:**

il medico responsabile provvede alla raccolta anamnestica completa, alla definizione dell'inquadramento diagnostico, alla prescrizione terapeutica e alla redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), con aggiornamenti periodici in base all'evoluzione clinica;

- **Ambito infermieristico:**

l'infermiere effettua la valutazione iniziale dei bisogni assistenziali (es. scale validate per

autonomia, rischio cadute, rischio lesioni da pressione), pianifica e documenta gli interventi assistenziali, monitorando quotidianamente i parametri clinici e funzionali;

- **Ambito riabilitativo:**

il fisioterapista e gli altri professionisti della riabilitazione raccolgono dati relativi allo stato funzionale e definiscono programmi riabilitativi personalizzati, documentandone l'andamento e gli esiti;

Tutte le informazioni sono condivise all'interno dell'équipe attraverso strumenti strutturati (procedura interna con cartella condivisa delle consegne) e momenti di confronto (briefing clinici, UVM), garantendo integrazione e coerenza del percorso assistenziale.

Tipologia di cartella clinico-assistenziale utilizzata ed eventuali integrazioni con applicativi Aziendali e regionali (es. Telemedicina):

L'OdC adotta una **cartella clinico-assistenziale strutturata**, integrata e parzialmente informatizzata, che consente la gestione unitaria e multidisciplinare delle informazioni sanitarie.

Caratteristiche principali:

- struttura modulare per ambiti professionali (medico, infermieristico, riabilitativo, sociale);
- tracciabilità di tutte le attività clinico-assistenziali;
- aggiornamento in tempo reale dei dati clinici e laboratoristici-strumentali

Integrazione con sistemi aziendali:

- Attualmente alcune attività di monitoraggio dei pazienti sono garantite attraverso servizi di telemedicina in collegamento funzionale;
- Tramite cruscotti digitali è garantito il rapporto interospedaliero e la rete di collaborazione con gli OdC e le CdC del territorio.

Modalità di chiusura della cartella clinica e conservazione della documentazione:

La chiusura della cartella clinico-assistenziale avviene al termine del ricovero, in occasione della dimissione del paziente.

Fasi operative:

- redazione della **lettera di dimissione**, contenente diagnosi, trattamenti effettuati, condizioni cliniche alla dimissione e indicazioni per la continuità assistenziale;
- aggiornamento e validazione finale del PAI;
- verifica della completezza e coerenza della documentazione da parte dei professionisti coinvolti.

Conservazione della documentazione:

- la cartella clinica verrà conservata secondo la normativa vigente in materia di archiviazione sanitaria e protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – GDPR e normativa nazionale);
- in formato digitale, con accesso controllato;
- rispetto dei tempi di conservazione stabiliti dalla normativa e dalle disposizioni

regionali/aziendali.

Sarà garantita la possibilità di accesso alla documentazione da parte degli aventi diritto, secondo le procedure aziendali e nel rispetto della riservatezza dei dati.

Modalità di monitoraggio, rendicontazione delle attività, alimentazione del Flusso Regionale:

Indicatori di monitoraggio dell'Ospedale di comunità di Ittiri secondo le linee guida metodologiche per l'operatività allegato 2 alla delibera G.R.n. 27/34 del 21.05.2025:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
- tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OdC;
- tasso di riospedalizzazione a 30 gg;
- degenza media in OdC;
- degenza oltre le 6 settimane (o numero di outilier);
- N° di pazienti provenienti dal domicilio,

Con Determinazione Dirigenziale n° 479 del 24 aprile 2025 è stata approvata: "La Procedura Operativa Strumenti di valutazione della qualità dei servizi dell'Ospedale di Comunità di Ploaghe. Indicatori di monitoraggio." Tale documento definisce le modalità di implementazione, raccolta, monitoraggio e valutazione degli indicatori di qualità dei servizi erogati presso l'Ospedale di Comunità (OdC), in coerenza con gli standard e i requisiti previsti dal **DM 77/2022**. L'obiettivo è garantire il miglioramento continuo, la trasparenza, la tracciabilità e la qualità dell'assistenza. Tale procedura è in fase di revisione, implementazione e deliberazione a livello aziendale, al fine di rendere uniformi e omogenee le azioni per poterla applicare presso tutti gli Ospedali di Comunità della ASL di Sassari.

La procedura coinvolgerà l'attività del Personale Medico dell'Ospedale di Comunità di Ittiri e il personale infermieristico la Centrale Operativa Territoriale (COT) di competenza per il tracciamento delle transizioni

Verrà sviluppato, come da procedura adottata presso l'OdC Ploaghe, un programma informatico, sotto forma di cartella clinica condivisa, accessibile in modalità protetta da tutti i Medici dell'OdC, dal Direttore del Distretto di Alghero o suo delegato, dall' IFO della Macroarea degli OdC di Sassari. La cartella prevede l'inserimento obbligatorio delle seguenti **variabili anagrafiche e clinico-organizzative** per ogni paziente ricoverato:

- Nome e cognome
- Data di nascita
- Numero di cartella clinica
- Provenienza del paziente:
 - Domicilio-MMG
 - Ospedale per acuti indicando l'Azienda di appartenenza
 - COT di riferimento

Classe di appartenenza (es. cronico complesso, post-acuto, paziente fragile)

- Data di ingresso in OdC
- Data di dimissione dall' OdC
- Percorso post-ospedaliero previsto (es. ADI, RSA, MMG, C.I etc)
- Degenza >6 settimane o Numero di outlier (mancato tracciamento della COT o assenza /ritardo attivazione servizi territoriali-ADI-RSA etc)

Indicatori di qualità e monitoraggio

Ogni giorno il Medico dell'OdC di Ittiri, produce un report quantitativo inserendo nella cartella condivisa i dati operativi degli ingressi e dimissioni dei pazienti dai quali si ricavano costantemente i seguenti **indicatori di performance**:

1. Tasso di ricovero della popolazione >75 anni

- Numeratore: N. ricoveri di pazienti >75 anni in OdC
- Denominatore: Popolazione >75 anni dell'area di riferimento
- Fonte: Registro accessi OdC e modulo SOSIA

2. Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in OdC

- Numeratore: N. pazienti trasferiti in ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Denominatore: Totale pazienti ricoverati in OdC
- Scopo: Valutazione di eventi critici e inappropriatelyzza

3. Degenza media in OdC

- Somma dei giorni di degenza / Totale pazienti dimessi
- Confronto mensile

4. Degenze > 6 settimane (numero di outlier)

- N. pazienti con degenza >42 giorni
- Annotare le cause di prolungamento (es. assenza di continuità tramite COT, mancate attivazioni ADI-RSA-CID etc)
- Classificazione come anomalie nel processo

5. Numero dei pazienti provenienti dal domicilio

- Misura l'efficacia della rete territoriale (MMG, assistenza domiciliare, etc.)

6. Numero dei pazienti provenienti dall'ospedale

L'alimentazione flusso regionale avviene tramite la compilazione di tutti i dati sanitari di accesso presso l'OdC a cura degli operatori sanitari e l'estrazione di tutte le informazioni contenute, andranno 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 tutte le transizioni tra i diversi servizi della rete assistenziale territoriale (Pass - OdC, OdC-OdC, Domicilio – OdC, Pass – Domicilio, Domicilio – OdC) garantendo la continuità del percorso di cura e la presa in carico globale del paziente/utente con l'ausilio e il coordinamento del PUA/UVT attraverso una valutazione multidimensionale a cui segue attivazione dei servizi assistenziali aderenti al bisogno specifico di salute dell'utente/ paziente in una logica one health.

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 attraverso il collegamento con le COT Aziendali, nodo fondamentale nella rete dei servizi territoriali.

Le COT Aziendali svolgono una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

La COT costituisce uno strumento organizzativo, innovativo e agisce in forte interconnessione con la UVT in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie, socio-sanitari, ospedaliere, e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza per il tramite del NEA 116117.

La COT è funzionale ai PASS, i quali sono individuati in ogni Presidio Ospedaliero e in ogni distretto, composti da responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale, in stretta integrazione con l'attuale organizzazione territoriale per la presa in carico dei cittadini affidata al sistema PUA/UVT. Quindi i PASS hanno il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari rilevati, in raccordo con la COT, i rapporti tra le strutture operative di assistenza dei presidi ospedalieri e la rete territoriale costituita dal sistema PUA/UVT, in modo da garantire la continuità tra i vari setting assistenziali.

La COT attraverso la presa in carico della persona favorisce la transizione dai diversi setting assistenziali facendosi carico delle necessità espresse dal professionista del setting responsabile del caso, contattando e attivando i servizi necessari alla definizione del setting di destinazione. Fornisce inoltre supporto tracciando, monitorando e registrando la transizione e il suo esito.

La COT favorisce e garantisce la transizione e l'accesso nelle RSA, centri diurni, OdC, Hospice, riabilitazione e ADI.

La COT attraverso la presa in carico della persona garantisce la transizione nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).

Da un punto di vista operativo si configurano tre tipologie di transizioni tra setting assistenziali:

- ospedale-territorio
- territorio-ospedale
- territorio-territorio
- ospedale-ospedale

A livello aziendale è in fase di stesura una procedura che, nel rispetto di quanto previsto per la rete di riorganizzazione dell'assistenza territoriale tenga conto, in base ai criteri espressi nel DM77/2022, della necessità di uniformare i percorsi in una logica di equità ed accessibilità e con l'obiettivo di garantire una presa in carico continua, integrata e multidisciplinare del cittadino, in particolare delle persone con bisogni complessi, fragili o cronici, coordinando tutti gli attori coinvolti.

In tale ottica assumono un ruolo centrale:

- 1. L'Ospedale di Comunità (OdC):** struttura sanitaria a ricovero breve e bassa intensità clinico-assistenziale, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari non gestibili a domicilio ma che non richiedono il ricovero ospedaliero. Rappresenta una soluzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale per acuti, contribuendo alla deospedalizzazione e al potenziamento delle cure primarie.
- 2. La Centrale Operativa Territoriale (COT):** struttura organizzativa e funzionale che svolge un ruolo di coordinamento tra i diversi nodi della rete territoriale, facilitando la continuità assistenziale e la presa in carico integrata. È deputata a ricevere, valutare e gestire le richieste di accesso a servizi come l'ADI, le Cure Palliative, le RSA, e l'Ospedale di Comunità, fungendo da interfaccia tra il territorio, l'ospedale e il domicilio.
- 3. Il Medico di Medicina Generale:** ha un ruolo chiave in quanto case manager territoriale del paziente, ovvero figura clinica di riferimento che garantisce la continuità delle cure, coordina gli interventi assistenziali e favorisce l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza. Il MMG, grazie alla sua prossimità, conoscenza della storia clinica e del contesto familiare del paziente, rappresenta l'anello di congiunzione tra la rete delle cure primarie, l'assistenza domiciliare e le strutture intermedie.

Tale procedura operativa avrà la finalità di definire in modo chiaro e condiviso:

- i **criteri clinico-organizzativi** per l'accesso all'Ospedale di Comunità su iniziativa del Medico di Medicina Generale (MMG);
- le **modalità di invio** della richiesta di ricovero da parte del Medico di Medicina Generale alla COT;
- le **modalità di valutazione e accoglienza** della proposta di ricovero da parte del personale afferente all'OdC;

- **i ruoli e le responsabilità** dei diversi attori coinvolti nel processo, in un'ottica di integrazione tra cure primarie e servizi territoriali.

La procedura si applicherà ai seguenti soggetti:

- Medici di Medicina Generale;
- Personale della Centrale Operativa Territoriale;
- Coordinatori sanitari e personale medico e infermieristico dell'Ospedale di Comunità;

Tale procedura sarà estesa ai pazienti inquadrabili in un setting di cure palliative, qualora si verifichi la saturazione completa dei posti letto Hospice:

- Nell'evenienza di saturazione completa dei posti letto Hospice in entrambe le strutture, al fine di liberare posti letto negli ospedali per acuti, la COT verificherà (tramite il cruscotto posti letto OdC e previo contatto con il relativo personale) la possibilità di accesso temporaneo presso l'OdC, con successivo trasferimento nel primo posto letto Hospice disponibile, previo consenso del paziente/familiare/caregiver.
- Tale possibilità verrà trasmessa a valutazione al PASS competente, che fornirà riscontro sulla base della scelta del paziente o del familiare/caregiver per ingresso temporaneo in OdC di Ploaghe. Qualora si opti per questo ricovero temporaneo la COT trasmetterà l'informazione alle due strutture Hospice, in modo da gestire in maniera coordinata il suo ricovero definitivo tra il personale dell'OdC e il personale dell'Hospice.

Gestione della richiesta di accesso da parte del personale dell'Hospice:

Una volta inviata la richiesta:

- il personale/Responsabile dell'Hospice dovrà inoltrare riscontro tramite mail dedicata alla COT, indicando data e orario di accesso presso la struttura;
- la COT trasmetterà l'informazione al PASS di competenza, che dovrà provvedere a confermare il trasferimento su piattaforma GARSIA;
- la chiusura della transizione su Garsia verso l'hospice di Ploaghe o di Sorso corrisponde all'ingresso del paziente in struttura il cui dato sarà tracciato sia sulla piattaforma Regionale che sul file condiviso.

Rete emergenza-urgenza (descrivere o allegare le procedure aziendali relative all'integrazione con la rete dell'emergenza urgenza territoriale):

L'Ospedale di Comunità (OdC), in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalla programmazione regionale vigente garantisce il raccordo funzionale e operativo con la rete dell'emergenza-urgenza territoriale, al fine di assicurare la tempestiva gestione delle condizioni cliniche acute e la sicurezza dei pazienti ricoverati, per l'OdC di Ittiri si terrà conto

temporaneamente e in previsione di documento operativo di gestione aziendale in fase di stesura di tale documento operativo:

Determina Dirigenziale n° 480 del 24 Aprile 2025 “Documento Operativo per la gestione e monitoraggio clinico dei pazienti che accedono nel Presidio Sanitario a Degenza Breve di Ploaghe (PSDBP). Indicazione delle Scale di monitoraggio, Schede Cliniche Valutative e Indicatori di efficacia”. Tale documento operativo è stato elaborato per l’individuazione precoce di situazioni di instabilità clinica dei pazienti ospiti presso l’Ospedale di comunità in modo da:

- attivare tempestivamente i servizi di emergenza territoriale;
- garantire le prime manovre di stabilizzazione in attesa del trasferimento.

Tale documento è in fase di revisione e deliberazione al fine dell’applicazione in tutto l’ambito aziendale.

Tale modello organizzativo si baserà sui principi di:

- appropriatezza dei setting assistenziali;
- tempestività dell’intervento;
- integrazione con la rete dell’emergenza (118/112);
- sicurezza del paziente.