

**DECRETO N. 578 DEL 29/04/2026  
DEL DIRETTORE GENERALE**

**OGGETTO: PNRR - M6C1 - 1.3- REALIZZAZIONE OSPEDALE DI COMUNITA' DI MANTOVA - CUP E67H21009340002 - APPROVAZIONE VERBALE DI CONSEGNA ANTICIPATA, ATTESTAZIONE COMPLETAMENTO DELL'INTERVENTO, ATTIVAZIONE DEI SERVIZI E APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE**

## IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che:

- con D.G.R. n. XI/5373 del 11.10.2021 “Attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatico e approvazione della fase n.1: identificazione delle strutture idonee di proprietà del Servizio Socio Sanitario Regionale” la Regione Lombardia ha individuato la localizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità demandando alle A.S.S.T. la predisposizione dei progetti di fattibilità da trasmettere a Regione Lombardia per l’approvazione;
- la Regione Lombardia, con nota Protocollo G1.2021.0059999 del 15/10/2021, di trasmissione della D.G.R. n. XI/5373 dell’11.10.2021, ha fornito le prime indicazioni attuative e le scadenze per la presentazione delle progettazioni di fattibilità tecnico-economica per la realizzazione delle Case e degli Ospedali di Comunità dell’A.S.S.T. di Mantova;
- Regione Lombardia, con D.G.R. n. XI/6080 del 07.03.2022 ha approvato le tabelle che individuano la localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali, prevedendo per l’A.S.S.T. di Mantova n. 9 Case della Comunità, n. 5 Ospedali di Comunità e n. 6 Centrali Operative Territoriali;
- tra i suddetti interventi è stata prevista la realizzazione dell’Ospedale di Comunità di Mantova per un importo pari ad € 2.415.000,00;
- Regione Lombardia, con D.G.R. n. XI/6426 del 23.05.2022 “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR – missione 6 component 1 e component 2 e PNC – approvazione del Piano Operativo Regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC – individuazione dei soggetti attuatori esterni*”, ha approvato il Piano Operativo Regionale (POR) che ricomprende l’aggregato di tutte le iniziative progettuali della Missione 6 Component 1 e 2, rinviando a successivo provvedimento le relative assegnazioni e impegni di spesa;
- con decreto n. 11696 del 04.08.2022 Regione Lombardia ha assegnato e impegnato a favore della A.S.S.T. di Mantova l’importo pari a € 2.415.000,00 per la realizzazione dell’Ospedale di Comunità di Mantova;
- con Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze n. 52 del 02.03.2023, a seguito di istanza di accesso al fondo per l’avvio delle opere indifferibili di cui all’articolo 26, comma 7, del decreto-legge n. 50/2022, sono state assegnate all’A.S.S.T. di Mantova, per la realizzazione dell’Ospedale di Comunità di Mantova, ulteriori fondi per un importo pari ad € 192.153,17;
- con decreto n. 429 del 14.04.2025 questa A.S.S.T. ha formulato istanza di rimodulazione dell’intervento di realizzazione dell’Ospedale di Comunità di Mantova, che determina un nuovo importo di progetto pari ad € 2.631.368,05 oltre ai fondi FOI;
- Con D.G.R. n. XII/4940 del 04.08.2025 “*Piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR - Missione 6 Component 1, Component 2 e PNC – presa d’atto degli esiti del Tavolo Istituzionale del contratto istituzionale di sviluppo sulle rimodulazioni al Piano Operativo Regionale – VI rimodulazione – approvazione dell’aggiornamento del Piano Operativo Regionale*” Regione Lombardia ha approvato l’istanza di rimodulazione trasmessa dall’A.S.S.T. di Mantova, prevedendo per l’Ospedale di Comunità di Mantova un nuovo

importo di progetto pari ad € 2.631.368,05 oltre ai fondi FOI;

TENUTO CONTO che la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova è finanziata dall'Unione Europea – NextGenerationEU nell'ambito della Missione 6 Component 1 Investimento 1.3;

DATO ATTO che:

- il Responsabile Unico del Procedimento per l'intervento in parola è stato individuato con atto n. 242 del 16.03.2022 nell'Ing. Simona Vallicelli, Dirigente della Struttura Complessa Gestione Tecnico Patrimoniale;
- con decreto n. 1198 del 30.12.2022 è stato approvato il Progetto di Fattibilità Tecnico Economica relativo all'Ospedale di Comunità di Mantova;
- con decreto n. 287 del 30.03.2023 è stata affidata a Artelia Italia s.p.a., mediante adesione ad Accordo Quadro Invitalia, la progettazione definitiva comprensiva del coordinamento della sicurezza in fase di progettazione, dell'Ospedale di Comunità di Mantova;
- con decreto n. 1050 del 29.09.2023 è stato approvato il progetto definitivo per la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova;
- con decreto n. 716 del 29.06.2023, rettificato con atto n. 1050 del 29.09.2023, sono stati affidati al R.T.I. formato da Operazione s.r.l. (mandataria) e Aedinovis s.r.l. (mandante), mediante adesione ad Accordo Quadro Invitalia, i lavori in appalto integrato per la realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova;

CONSIDERATO che:

- il contratto d'appalto è stato sottoscritto dalle parti in data 29.09.2023;
- con decreto n. 874 del 19.08.2024 è stato approvato il progetto esecutivo dell'Ospedale di Comunità di Mantova;

DATO ATTO che in data 20.08.2024 è avvenuta la consegna dei lavori alla ditta appaltatrice;

VISTO il verbale di consegna anticipata dei lavori, conservato in atti, prot. n. 27743/2026, con il quale viene attestato il completamento dell'intervento di realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova, pur restando da ultimare alcune opere non vincolanti ai fini dell'attivazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova;

RITENUTO di approvare il verbale di consegna anticipata dei lavori di realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova, conservato in atti, prot. n. 27743/2026;

DATO ATTO che i servizi dell'Ospedale di Comunità di Mantova, in conformità agli standard definiti all'Allegato 1, Sezione 11, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, sono stati attivati, come attestato con la "Dichiarazione di attivazione dei servizi dell'Ospedale di Comunità di Mantova" (Allegato n. 1);

VISTO altresì il "Documento di presentazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova",

predisposto secondo il modello di riferimento, conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR, Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3, e i relativi allegati (Allegato n. 2);

RITENUTO:

- di attestare il completamento dell'Ospedale di Comunità di Mantova e l'attivazione dei relativi servizi, in conformità agli standard definiti all'Allegato 1, Sezione 11, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, come attestato con la "Dichiarazione di attivazione dei servizi dell'Ospedale di Comunità di Mantova" (Allegato n. 1);
- di approvare il "Documento di presentazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova" con i relativi allegati (Allegato n. 2) che definisce il contesto di riferimento relativo all'attivazione dei servizi dell'Ospedale di Comunità di Mantova;

RITENUTO altresì:

- di trasmettere il presente atto all'Esperto indipendente nominato con decreto n. 1439 del 27.11.2025, per gli adempimenti conseguenti ai fini dell'attestazione del raggiungimento del target;
- di procedere, una volta conclusa la fase di competenza dell'Esperto indipendente, secondo le indicazioni regionali e ministeriali, al caricamento della documentazione sulla piattaforma SMAF e successivamente sulla piattaforma REGIS, nonché ad aggiornare, se necessario, le anagrafiche NSIS delle strutture nell'applicativo regionale FMIN attraverso la compilazione del modello STS.11;

PRESO ATTO dell'attestazione di regolarità e di legittimità del presente provvedimento espressa da PANARELLI CESARINO Direttore della Struttura GESTIONE ACQUISTI, e da PANARELLI CESARINO, responsabile del procedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri o proventi a carico dell'Azienda;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

## **DECRETA**

- 1.** di approvare il verbale di consegna anticipata dei lavori di realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova, conservato in atti, prot. n. 27743/2026, con il quale viene attestato il completamento dell'intervento di realizzazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova, pur restando da ultimare alcune opere non vincolanti al fine dell'attivazione dell'Ospedale di Comunità di Mantova;
- 2.** di attestare il completamento dell'Ospedale di Comunità di Mantova e l'attivazione dei relativi servizi, in conformità agli standard definiti all'Allegato 1,

Sezione 11, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, come attestato con la “Dichiarazione di attivazione dei servizi dell’Ospedale di Comunità di Mantova” (Allegato n. 1);

3. di approvare il “Documento di presentazione dell’Ospedale di Comunità di Mantova” e i relativi allegati (Allegato n. 2) che definisce il contesto di riferimento relativo all’attivazione dei servizi dell’Ospedale di Comunità di Mantova;
4. di trasmettere il presente atto all’Esperto indipendente nominato con decreto n. 1439 del 27.11.2025, per gli adempimenti conseguenti ai fini dell’attestazione del raggiungimento del target;
5. di procedere, una volta conclusa la fase di competenza dell’Esperto indipendente, secondo le indicazioni regionali e ministeriali, al caricamento della documentazione sulla piattaforma SMAF e successivamente sulla piattaforma REGIS, nonché ad aggiornare, se necessario, le anagrafiche NSIS delle strutture nell’applicativo regionale FMIN attraverso la compilazione del modello STS.11;
6. di pubblicare il presente provvedimento all’Albo on line sul sito istituzionale aziendale, ai sensi dell’art. 32 della L. n. 69/2009 e dell’art. 17 della L.R. 33/2009, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

PRESO ATTO dei pareri di

DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
DIRETTORE SANITARIO  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

AVALDI GUIDO  
LORENZONI MARIANNA  
BELLANI ANGELA

DIRETTORE GENERALE  
GEROLA ANNA

(atto firmato digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge)

## Dichiarazione di attivazione dei servizi dell'Ospedale di Comunità

### Informazioni Intervento

MISSIONE: Missione 6 Salute

COMPONENTE: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

INVESTIMENTO: M6C1 I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)

TARGET: M6C1-11 – Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche

CODICE MISURA: M6C1 I1.3

CODICE PRATT (REGIS): 1000000098

Denominazione Ospedale di Comunità e indirizzo: Ospedale di Comunità di Mantova – Strada Lago Paiolo, 10

CUP: E67H21009340002

Soggetto attuatore (Regione/PA) LOMBARDIA

Soggetto attuatore esterno/delegato A.S.S.T. DI MANTOVA

La sottoscritta, ANNA GEROLA, nata a MOGLIA, il 08/02/1963, C.F. GRLNNA63B48F267N, in qualità di DIRETTORE GENERALE dell'A.S.S.T. di Mantova, in relazione all'intervento identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

### DICHIARA CHE

- L'opera/fornitura è stata completata in conformità alle previsioni del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 sottoscritto tra Ministero della Salute e Regione Lombardia e dei relativi allegati al CIS (Piano Operativo Regionale e Action plan).
- I servizi dell'Ospedale di Comunità - in conformità gli standard definiti all'allegato 1, sezione 11, del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 - sono attivi, a partire dalla data del 30.04.2026.
- L'opera/fornitura è conforme ai requisiti previsti per l'investimento M6C1 I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) e del Target europeo M6C1-11 – Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche descritti nell'Allegato alla Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (Council Implementing Decision - CID).
- L'intervento è conforme agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dalle normative nazionali e regionali di riferimento, tenuto conto anche degli orientamenti Agenas (“Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'ospedale di Comunità” - Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor).
- È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di “non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali” (“Do No Significant Harm” - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, ulteriormente chiarito con Circolare della Ragioneria Generale dello Stato del 14 maggio 2024, n. 22 “Aggiornamento Guida operativa per il rispetto

del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente (cd. DNSH)" che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022, nonché con Linee guida emanate dall'UMPNNR con prot. 460 del 6/02/2025 UMPNNR-MDS-P.

- Per la realizzazione dell'intervento sono stati rispettati i principi trasversali previsti dal PNRR, ove applicabili.
- È stato assicurato il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa europea e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 241/2021. e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, come modificato dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.
- È stato garantito il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'art. 34 del Regolamento (UE) n. 241/2021, in linea con le Linee Guida per l'utilizzo dei loghi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, Missione 6 Salute, per le azioni di informazione e comunicazione a cura dei Soggetti Attuatori e beneficiari emanate dall'UMPNNR.
- La documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento del Target M6C1-11 relativo all'investimento M6C1 I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità), per quanto di competenza, sarà correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa al correlato indicatore target secondo le indicazioni dell'UMPNNR (Indicatore target ReGiS T0267) e secondo l'iter procedurale fissato da Regione Lombardia.
- La documentazione inserita nel sistema informativo ReGiS, per quanto di competenza, è coerente rispetto al valore realizzato dichiarato del target ed è idonea a confermare il soddisfacente conseguimento del target M6C1-11.
- Sono stati correttamente eseguiti, e superati con esito positivo, i controlli necessari ad assicurare la correttezza, affidabilità e completezza degli atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento di milestone/target oggetto di rendicontazione (es. sulle procedure di selezione e/o di gara/affidamento), in conformità con la normativa di riferimento.
- Sono state eseguite con esito positivo tutte le verifiche previste, conformemente alle normative vigenti.
- Le attrezzature e le strumentazioni mediche e diagnostiche necessarie al funzionamento del servizio sono state installate e sono operative.
- Le eventuali procedure e autorizzazioni richieste da enti esterni per l'avvio del servizio sono state regolarmente ottenute.

Luogo e data

Mantova, 29/04/2026

Il Direttore Generale

Dott.ssa Anna Gerola

ANNA  
GEROLA  
29.04.2026  
13:25:23  
GMT+01:00



# DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI MANTOVA

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

## 1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Denominazione della struttura	<b>Ospedale di Comunità di Mantova</b>
Sede	Via Albertoni 1, Mantova
CUP	E67H21009340002
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione con miglioramento sismico ed energetico e adeguamento antincendio
Data di inizio funzionamento*	30/04/2026

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

## 2. Introduzione e servizi offerti

**(\*rif. Check list: b1. Allegati: 1. SCIA Ospedale di Comunità di Mantova; 2. DGR XI / 5723 del 15/12/2021 Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali; 3. SU\_DEL\_DECDG\_1043\_2022 Potenziamento della rete territoriale di ASST Mantova in attuazione della LR 22/2021)**

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sociosanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti afferenti al Distretto di Mantova.

L'OdC di Mantova, situato all'interno presidio ospedaliero dell'ASST di Mantova, serve il bacino di utenza del Distretto Mantovano, che comprende 14 Comuni per una popolazione complessiva di 157.031 abitanti. Fa parte e si colloca all'interno del Presidio Ospedaliero Carlo Poma dell'ASST di Mantova e si allinea con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle DGR regionali (tra cui 5723/2021, 6080/2022, 6760/2022 e la più recente DGR 1435/2023), attraverso l'integrazione nel Polo Ospedaliero orientato alla rete territoriale e alla presa in carico della cronicità. La struttura risponde

alla normativa potenziando i servizi di prossimità e adeguando la rete di offerta socio-sanitaria, agendo come snodo tra acuzie e territorio.

**\* b1 (allegato 1: SCIA Ospedale di Comunità di Mantova)**

E' stata inviata la SCIA per la richiesta di accreditamento per 30 posti letto.

L'OdC di Mantova offre un servizio rivolto alle persone con patologie acute di lieve entità o con patologie croniche riacutizzate che non necessitano di ricoveri in reparti per acuti ma richiedono comunque interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio, con necessità di assistenza e sorveglianza continuativa che non può essere garantita a casa del paziente, per carenza o inadeguatezza della struttura o del sostegno familiare.

L' OdC ha la finalità di evitare ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati e di favorire dimissioni protette in luoghi idonei alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e all'addestramento del degente e/o suo caregiver all'autonomia e autocura o, in caso di persone non autosufficienti e in assenza di caregiver adeguato, come ricovero in attesa di trovare un setting di cura e assistenza stabile. Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza ed empowerment del paziente e/o familiare alla capacità di autocura ed il riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

È un'unità di degenza che eroga ricoveri brevi finalizzati:

- alla prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- alla stabilizzazione e all'accompagnamento del paziente verso il domicilio, o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

È pertanto una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. L'OdC svolge pertanto una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero. L' obiettivo del ricovero deve essere chiaro e formalizzato nel Piano di Assistenza Individuale (PAI) formulato sulla base di una valutazione multidimensionale per definire i bisogni clinici e assistenziali, la durata del ricovero, i trattamenti e i risultati attesi; l'obiettivo del ricovero deve essere condiviso col paziente/famigliare, con il proponente del ricovero ed il responsabile clinico dell'OdC.

### 3. Organizzazione del Personale

(\*rif. Check list: **b2 – b3** Allegati: **4. Modello organizzativo OdC Mantova; 5. Carta dei Servizi Ospedale di Comunità ASST Mantova; 6. RELAZIONE GENERALE ORGANIZZATIVA E GESTIONALE OdC MANTOVA; 7. 2024019\_PdCOdCASST Ospedale di Comunità ASST di Mantova (Piano di Cura Ospedale di Comunità ASST Mantova);**

I pazienti ricoverati in OdC Mantova, sono prevalentemente:

- fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- affetti da multimorbilità, 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, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio.

#### **\* b2 (allegati: Modello organizzativo OdC Mantova)**

Date le caratteristiche del target di pazienti e dei 30 posti letto previsti, il funzionamento, la cura e l'assistenza ai pazienti ricoverati presso l'OdC di Mantova è assicurata da:

- infermieri
- 1 infermiere coordinatore
- operatori socio sanitari
- 1 medico responsabile clinico presente almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7
- fisioterapista che assicura l'attività riabilitativa, in collegamento funzionale con il reparto di Riabilitazione Specialistica presente all'interno del Polo Ospedaliero

Il personale di reparto si prende cura del paziente in tutte le fasi del periodo di accoglienza presso la struttura, curando tutti i passaggi, dalla fase di accoglienza alla dimissione protetta.

Durante la degenza vengono effettuate:

- assistenza diretta e indiretta da parte del personale infermieristico e OSS,
- monitoraggio del quadro clinico, relativi aggiornamenti terapeutico/assistenziali ed eventuale esecuzione di indagini bioumorali e/o strumentali che si rendono necessari;
- eventuale programma riabilitativo, se previsto;

- eventuale valutazione da parte di consulenti e specialisti ospedalieri, se necessario;
- rivalutazione del piano terapeutico-assistenziale e dei bisogni individuali del paziente che coinvolgono l'intero team di cura;
- colloqui strutturati con i familiari;
- incontri educazionali rivolti ai pazienti e ai caregivers fino al raggiungimento dell'autonomia gestionale del paziente/caregiver, in base agli obiettivi prefissati (MOD02PdCOdCASST Educazione sanitaria caregiver);
- possibilità di avvalersi di consulenze specialistiche presenti presso la Casa di Comunità/Struttura ospedaliera di riferimento.

E' prevista la gestione delle criticità. Qualora il paziente presenti la necessità di intervento di emergenza / urgenza verrà attivato nel minor tempo possibile il medico di reparto reperibile, e/o anestesista reperibile o in sua assenza saranno adottate le procedure più idonee (secondo le indicazioni aziendali (PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU.

Viene data informazione al paziente (quando possibile) e al caregiver in merito all'evoluzione del quadro clinico e dei provvedimenti attuati.

L'eventuale riaffiorare di instabilità cliniche o l'insorgenza di situazioni emergenziali rilevate dal medico di reparto (in turno o chiamato in reperibilità o dall'infermiere in turno) possono essere gestite tramite una consulenza da parte degli specialisti ospedalieri e/o organizzando l'invio del paziente nel reparto di competenza.

**\* b3 (Allegati: 2024019 PdCOdCASST Ospedale di Comunità ASST di Mantova (Piano di Cura Ospedale di Comunità ASST Mantova) – sub 3076033093049450306 RELAZIONE GENERALE ORGANIZZATIVA E GESTIONALE OdC MANTOVA)**

L'OdC è operativo 7 giorni su 7 e l'assistenza è garantita dal personale sopra descritto con turnazione di seguito indicata:

**\*b4 (Allegato: RELAZIONE GENERALE ORGANIZZATIVA E GESTIONALE OdC MANTOVA)**

- personale infermieristico: è garantita l'assistenza nelle 24 ore 7 giorni su 7 con turnazione: Giorno (7:00 – 19:00), notte (19:00 – 07:00), smonto, riposo, riposo. E' previsto 1 infermiere Giorno e 1 infermiere Notte. Presenza di 1 infermiere diurno (8.00-16:00) dal lunedì al venerdì.

- personale OSS: è garantita l'assistenza nelle 24 ore 7 giorni su 7 con turnazione: mattino/pomeriggio/notte/smonto notte/riposo. Sono previsti 2 OSS il mattino, 2 il pomeriggio e 1 la notte.

**- b.5 (RELAZIONE GENERALE ORGANIZZATIVA E GESTIONALE OdC MANTOVA)**

personale medico: l'assistenza medica viene fornita da personale medico afferente ad ASST Mantova, con funzione di responsabile clinico dell'unità di offerta, da medici afferenti al Distretto

di Mantova nel turno 8-20 per un minimo di 4,5 ore al giorno da lunedì a sabato. Nel turno 20-8 e nei giorni prefestivi e festivi, è garantita la presenza di medici di Continuità Assistenziale presenti al Padiglione 1 B, padiglione adiacente all'Ospedale di Comunità. La partecipazione della medicina generale all'attività dell'OdC di Mantova si può configurare, allo stato attuale, come un'attività clinica esercitata in continuità con l'assistenza assicurata dal medico di medicina generale a livello domiciliare per il singolo paziente. In relazione alla evoluzione della normativa (ACN e AIR) potranno essere introdotte forme diverse di partecipazione dei MMG.

L'assistenza riabilitativa viene garantita da personale afferente al Servizio Cure Domiciliari (C-DOM) presente al piano terra del medesimo edificio ed in collegamento funzionale con l'Ospedale di Comunità. Il personale fisioterapico viene attivato nel caso di pazienti eleggibili a riabilitazione e su richiesta del medico di reparto.

## 4. Definizione Macro-Aree

**(\*rif. Check list: b8 – b.11 allegato: 08\_Planimetria OdC Mantova)**

L'OdC di Mantova è collocato al primo piano del Padiglione 10 del Presidio Ospedaliero Carlo Poma di Mantova ed è funzionalmente collegato alla Casa di Comunità di Mantova, situata al piano terra del medesimo padiglione. Gli spogliatoi destinati al personale sono ubicati al piano seminterrato dello stesso padiglione e sono condivisi con la Casa di Comunità.

Le attività amministrative e le attività di supporto all'attività di degenza (servizio di cucina, gestione biancheria/lavandolo, servizio di sanificazione, servizio di gestione rifiuti sanitari, servizio mortuario), sono in comune con quelli già espletati nel P.O. Carlo Poma di Mantova.

Inoltre, per le attività diagnostiche e specialistiche, l'OdC fa riferimento alle strutture presenti nel medesimo presidio, in particolare alla UOC di Radiologia/Diagnostica per Immagini, alla UOC Servizio di Medicina di Laboratorio, ai poliambulatori specialistici e al servizio di Cure Domiciliari, con possibilità di attivazione di personale con qualifica di fisioterapista.

**\*rif. b. 8 (allegati: planimetria OdC Mantova)**

Per quanto riguarda i locali e la loro destinazione d'uso, sono stati rispettati i criteri definiti nella DGR 1435/2023 e descritti nell'allegata planimetria. In particolare, sulla base di una razionale organizzazione aziendale, del corretto utilizzo degli spazi e di esigenze di carattere igienico-sanitario, gli spogliatoi destinati al personale dell'Ospedale di Comunità sono ubicati al piano -1 del medesimo padiglione che ospita la struttura e sono utilizzati in condivisione con la Casa di Comunità. Tale

assetto organizzativo garantisce un appropriato percorso del personale, evitando l'accesso alle aree assistenziali in abiti civili.

**\*Rif. b.11** I locali dell'OdC sono così definiti:

- N.1 locale per visite e medicazioni
- N.1 locale per medici
- N.1 locale di lavoro per personale di assistenza diretta
- N.1 locale per coordinatore inf.co
- N. 2 locali Soggiorno
- N. 2 Locali deposito pulito e locale deposito sporco
- N. 2 locali deposito attrezzature
- spazio attesa per visitatori
- bagni per utenti e per personale dedicati
- le utilities sono presenti nel PO (BAR, servizi alberghieri e amministrativi)
- tisaneria
- bagno assistito
- locale per attività motorie e
- n. 14 stanze con due posti letto
- n. 2 stanza con un posto letto

## 5. Modello organizzativo

(Allegati: 5. CARTA DEI SERVIZI OSPEDALE DI COMUNITÀ ASST MANTOVA; 7. 2024019\_PdCOdCASST Ospedale di Comunità ASST di Mantova (Piano di cura); 9.PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dalla\_\_OdC al domicilio; 10. SU\_DEL\_DECDG\_795\_2022.pdf (Decreto attivazione COT); 11. 20240710\_MOD01PdCOdCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità-Link perCustomer: [https://www.asst-mantova.it/contenuto-web/-/asset\\_publisher/aPLQFlnD1pDc/content/la-customer-satisfaction-arriva-via-sms](https://www.asst-mantova.it/contenuto-web/-/asset_publisher/aPLQFlnD1pDc/content/la-customer-satisfaction-arriva-via-sms))

L'OdC di Mantova accoglie prevalentemente pazienti residenti all'interno del Distretto Mantovano, la cui popolazione è caratterizzata da una elevata percentuale di soggetti fragili (anziani, grandi anziani) e pazienti affetti da patologie croniche.

Criteri clinici di accesso:

- Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:
  - a) 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;

- b) programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- c) intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- d) assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica);
- e) paziente in grado di esprimere consenso informato.

- Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- a) paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- b) assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- c) intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- d) percorso diagnostico completato;
- e) prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- f) programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- g) consenso informato del paziente.

Criteri di esclusione dei pazienti:

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 5$  o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definitiva;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici

Modalità di accesso all'OdC.

La presa in carico dell'utente prevede la presentazione della domanda di inserimento che deve essere indirizzata al Coordinatore infermieristico dell'OdC e può avvenire: dal domicilio su proposta del MMG (anche su segnalazione da parte dell'IfEC); da altre strutture o degenze ospedaliere su proposta dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero; direttamente dal P.S., previo accordo con l'OdC e secondo le modalità previste; tramite la COT.

L'Ospedale di Comunità fornisce riscontro motivato al richiedente entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta, tramite mail. Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza, documentata nel FASAS, potrà prolungarsi ulteriormente.

All'ingresso in Struttura il paziente viene preso in carico secondo le modalità di valutazione multidimensionale, in base alla quale viene impostato il PAI (bisogni rilevati, definizione di obiettivi terapeutici ed assistenziali, programma terapeutico e assistenziale, indicatori di risultato, durata presumibile della degenza) ed è individuato un piano provvisorio di continuità assistenziale con la partecipazione del case-manager e la mediazione della COT (dimissione domiciliare, eventuali servizi da attivare, setting assistenziale più appropriato), con privilegio, in ogni caso, del rientro a domicilio e del reinserimento sociale.

Il programma terapeutico/assistenziale è tipicamente multidisciplinare/multiprofessionale, con il coinvolgimento del Team della Struttura (Medico, Infermiere, Operatori Socio Sanitari, Case manager) e previa consulenza, delle professionalità presenti in azienda (Fisioterapista, Dietista, Psicologo, Logopedista, Tutela Giuridica, Protesica integrativa), in relazione alle necessità che si verificano durante il processo di cura. Ove necessario è possibile avvalersi dell'apporto dell'assistente sociale inserito nell'équipe valutazione multidimensionale della Casa di Comunità di Mantova.

L'utilizzo di queste figure è orientato a stimolare il mantenimento o recupero dell'autonomia nelle ADL.

Il programma terapeutico-assistenziale è rimodulato nel corso della degenza, nei processi e negli esiti, che sono regolarmente condivisi con il paziente ed il suo entourage socio-familiare, allo scopo di individuare i migliori percorsi, nel rispetto delle scelte individuali. I progetti di cura sono centrati sul recupero della massima autonomia funzionale, con preservazione della qualità di vita e del funzionamento sociale del paziente, sia nel corso del ricovero sia, successivamente, nel processo di continuità delle cure.

La degenza in struttura assume grande rilevanza per la costruzione delle basi dell'interrelazione di Cura, pertanto, compatibilmente con le risorse disponibili, viene prestata molta attenzione agli aspetti alberghieri (comfort ed igiene degli ambienti), scelta appropriata dei "compagni" di stanza (sulla scorta di caratteristiche anagrafiche, cognitivo comportamentali, necessità assistenziali), presentazione dell'équipe assistenziale, illustrazione, al paziente ed ai familiari, dell'organizzazione e delle regole della struttura.

L'accoglienza è affidata al personale infermieristico ed OSS e si provvede, inoltre, alla compilazione del "Modulo per la privacy", documento ufficiale che informa le regole di comunicazione dei dati sensibili al paziente (o tutore o amministratore di sostegno) ed ai suoi familiari/entourage sociale. Le ammissioni in reparto sono programmate nei giorni feriali (dal lunedì al venerdì), dalle 8.30 alle 16.00 (festivi esclusi, tranne casi esplicitamente concordati).

La prima valutazione sanitaria ed assistenziale a cura del Medico di Reparto e dell'Infermiere sono effettuate il prima possibile il giorno dell'ingresso, con contestuale redazione della cartella clinica integrata, per i rispettivi ambiti di competenza. In base alla valutazione viene poi formulato un PAI, che deve prevedere anche l'addestramento del paziente e/o caregiver al fine di favorire l'empowerment e la gestione del percorso di cura.

Il servizio di customer satisfaction è pensato da ASST Mantova per raccogliere le preziose opinioni dei cittadini sui servizi offerti. Un'iniziativa che rientra nel costante impegno dell'azienda per migliorare la qualità delle prestazioni.

L'utente riceve un sms con l'invito a partecipare al sondaggio proposto dall'Urp-Ufficio relazioni con il pubblico. Cliccando sul link fornito nel messaggio, si verrà indirizzati a un questionario digitale.

Il percorso di dimissione del paziente è gestito in collegamento con gli operatori della COT e della Casa della Comunità di Mantova.

Il percorso viene di seguito sinteticamente descritto:

- Il Case Manager dell'OdC, entro quattro giorni dall'ingresso del degente, invia la scheda BRASS alla COT di Mantova o di riferimento in base alla residenza del paziente, con informazioni aggiuntive riguardanti bisogni assistenziali (esiti della valutazione dell'equipe OdC), data presumibile della dimissione e setting di destinazione (verrà privilegiato, ove possibile, il rientro a domicilio con il supporto dei servizi domiciliari presenti sul territorio).
- La COT di Mantova o quella di residenza, acquisita la segnalazione da parte dell'OdC, raccoglie ulteriori informazioni riguardante eventuali servizi già attivi e programma una visita in reparto coinvolgendo i componenti dell'EVM, coerentemente con i bisogni segnalati.

Durante l'accesso presso l'OdC, il personale della COT:

- recepisce informazioni riguardanti le condizioni cliniche, la terapia farmacologica in atto, schema terapeutico alla dimissione, prescrizioni, appuntamenti e controlli successivi alla dimissione.
- prende atto dei bisogni assistenziali post dimissione effettuando la valutazione multidimensionale utilizzando scale validate mirate allo specifico caso.
- programma, se necessario, con il caregiver/amministratore di sostegno, la visita domiciliare prima della dimissione, allo scopo di valutare le condizioni abitative e le capacità del caregiver misurate sulla complessità assistenziale del paziente
- Informa l'OdC in merito all'esito del sopralluogo domiciliare per la programmazione delle dimissioni
- stila il PI e lo inoltra alla COT di riferimento in base alla residenza del paziente per l'attivazione dei servizi.

La COT attiva i servizi necessari in coerenza con il PI e attiva l'IFeC per il primo accesso post dimissioni.

Inoltre, in fase di stesura del PAI viene indicato la data di dimissione ed il setting di cura più appropriato in base ai bisogni del paziente, alla presenza ed adeguatezza del care-giver nonché alle condizioni abitative e sociali, privilegiando, quando possibile, il rientro a domicilio, eventualmente attraverso l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliare e servizi integrativi necessari e possibili. Nel percorso di dimissione riveste un ruolo attivo il case-manager, che valuta ed attiva i servizi necessari post-dimissione in concerto con la COT di riferimento (servizi di supporto diagnostico, servizi di specialistica ambulatoriale, cure domiciliari).

In caso di dimissione in Strutture di Lungodegenza o RSA si privilegia, quando possibile, il criterio di prossimità al nucleo familiare e le preferenze individuali.

In ogni caso, sono redatte:

- 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 (medicazioni, sostituzioni c.v. etc.)

## 6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

(\*Check list rif. b.6 – b.10) (allegati: 12. FASAS\_OdC; 13. Guida alla compilazione\_FASAS\_OdC; 14.Flusso\_SIOC\_RL\_2026)

**\*Rif b.6 (Allegati: Guida alla compilazione FASAS OdC; FASAS OdC)**

Lo strumento documentale che integra le informazioni sanitarie e socio-assistenziali di un paziente durante la sua permanenza presso l'OdC è il FASAS (Fascicolo Socio-Assistenziale e Sanitario).

Esso funge da vera e propria cartella clinica/assistenziale "ponte", fondamentale negli Ospedali di Comunità che si collocano tra l'ospedale per acuti e il domicilio.

Le caratteristiche e funzioni principali del FASAS sono:

- integrazione delle cure: Contiene il Piano Assistenziale Individuale (PAI), i dati clinici, le prestazioni infermieristiche e le valutazioni socio-assistenziali;
- gestione del percorso: documenta la stabilizzazione dei pazienti, spesso anziani o con patologie croniche, che non necessitano più di cure ospedaliere intensive, ma non sono ancora in grado di gestirsi a casa.
- continuità dell'assistenza: facilita il passaggio di informazioni tra i vari operatori

- chiusura e conservazione: al momento della dimissione, il FASAS viene completato, controllato e archiviato, in forma cartacea.

In sintesi, il FASAS è fondamentale per garantire la continuità assistenziale e la corretta gestione del paziente in un ambiente a bassa intensità clinica ma ad alta intensità assistenziale come l'Ospedale di Comunità. Esso è presente in modalità cartacea.

La chiusura del FaSAS\_OdC viene identificata con il termine di dimissione medica ed infermieristica dall'OdC del paziente. Segue il flusso OdC. Il FaSAS\_OdC viene archiviato nel rispetto dell'attuale normativa presso un locale idoneo per la sicurezza dei documenti sensibili, adibito a tale funzione, fino a nuove indicazioni regionali.

Per l'Ospedale di Comunità di Mantova, è inoltre già in uso la componente core della cartella clinica informatizzata (Galileo) per la gestione delle consulenze, richieste esami, produzione della documentazione clinico-assistenziale ed essa è regolarmente utilizzata nei percorsi di presa in carico dei pazienti. È inoltre in corso l'attivazione di ulteriori sezioni della medesima cartella clinica, in analogia a quanto già in uso nei reparti ospedalieri, al fine di assicurare la completa gestione digitale dell'intero percorso del paziente anche negli Ospedali di Comunità.

Si evidenzia inoltre che la cartella clinica Galileo è aderente agli standard previsti per il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 così come gli applicativi per la produzione dei referti di laboratorio e diagnostica per immagini, garantendo la corretta produzione, strutturazione e interoperabilità della documentazione sanitaria secondo la normativa vigente.

Sono altresì in corso gli adeguamenti per la produzione dei flussi ministeriali.

Dal punto di vista informatico e digitale, l'OdC di Mantova sarà supportato altresì dalla piattaforma digitale del territorio (SGDT, in attesa che vengano ultimate e rese disponibili una serie di funzioni e applicazioni che permetteranno di eseguire la valutazione multidimensionale del paziente, e la relativa programmazione e pianificazione delle attività sul paziente stesso. Attraverso SGDT sarà possibile anche la programmazione e gestione della capacity dell'OdC, al fine di consentire il lavoro delle COT che medieranno l'accesso dei pazienti sia su segnalazione dei reparti ospedalieri che dei MMG del territorio distrettuale.

#### **\*Rif b.10 (Allegati: Flusso SIOC RL 2026)**

Nelle more della rilevazione dell'attività erogata dagli OdC e con riferimento al decreto della Direzione Generale Welfare n. 13092 del 25/09/2025 di recepimento del DM 4 agosto 2025 relativo, Regione Lombardia ha adottato il sistema informativo degli ospedali di comunità (SIOC) per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità.

Il nuovo tracciato decorre dal 01/01/2026 e la prima scadenza utile per l'invio tramite SMAF coincide con la scadenza ordinaria del primo trimestre 2026.

## 7. Integrazione con altri Servizi

(\*Check list rif. b.7-b.9) (Allegati: 15. SU\_DEL\_DECDG\_617\_2024 (Decreto attivazione COT Mantova); 16. procedura "PGCOT -30\_01\_2026 Procedura Centrale Operativa Territoriale; 9. protocollo PR01PdCOdCASST "Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall'OdC al domicilio"; 17. PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti; 18. Decreto n. 1017 del 10/09/2025 del direttore generale oggetto: Servizi di telemedicina - assetto organizzativo aziendale - modifica decreto n. 991 del 05/09/2025)

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.

**\*rif. b.9 (Allegati: procedura "PGCOT -30 01 2026 Procedura Centrale Operativa Territoriale - SU DEL DECDG 617 2024 (Decreto attivazione COT Mantova)**

Il luogo di coordinamento della transizione tra i diversi setting assistenziali è individuato nella Centrale Operativa Territoriale (COT) della ASST, che si avvale dell'utilizzo dell'applicativo regionale SGDT, attualmente utilizzato per la registrazione del paziente e la formulazione del PAI e come strumento per garantire il coordinamento del percorso di cura e la transizione dell'utente tra i vari setting. La procedura "Centrale Operativa Territoriale PGCOT Rev.3 delinea il percorso della COT di ASST Mantova per i percorsi di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, in un processo di integrazione fra ospedale e territorio, rivolto in particolar modo ai pazienti che hanno necessità di presa in carico domiciliare, dimessi dai reparti dei Presidi Ospedalieri e dagli OdC.

**\*rif. b.7 (Allegati: PR01PdCOdCASST " Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall'OdC al domicilio")**

Il protocollo "Gestione continuità assistenziale" definisce precisamente le modalità operative di segnalazione tra OdC e COT per assicurare la continuità assistenziale ai pazienti dimessi da OdC al domicilio. La presenza degli Infermieri di Famiglia e Comunità sul territorio consente il monitoraggio al domicilio dei pazienti. Inoltre, è presente e attiva una collaborazione con l'ambito territoriale sociale per la gestione dei servizi socio-assistenziali)

**\*rif. b.9 (Allegati:PGCOT -30 01 2026 Procedura Centrale Operativa Territoriale)**

Attraverso la COT è possibile gestire i raccordi tra OdC e Strutture intermedie attraverso l'accesso al Portale regionale PRIAMO.

In OdC il percorso di cura personalizzato è possibile grazie all'attivazione di consulenze specialistiche attraverso il portale aziendale Galileo.

Le dimissioni da OdC come sopra dettagliate al punto 5- sono gestite secondo quanto previsto dal documento: dimissioni protette dei pazienti fragili dalle strutture della Asst di Mantova verso il domicilio o strutture socio-sanitarie. Il documento è stato prodotto dal gruppo di lavoro interistituzionale Asst e Ambiti Sociali con l'obiettivo di assicurare l'effettiva continuità di cura ed assistenza e l'integrazione tra gli interventi sociosanitari e socioassistenziali.

In OdC per i pazienti che necessitano di cure palliative è prevista l'attivazione, tramite il portale Galileo, della consulenza del medico palliativista aziendale e se necessario il trasferimento in Hospice attraverso l'attività della COT in raccordo con la Rete Locale di Cure Palliative.

**\*rif. b.9(Allegati: PG01MQ07 Procedura Trasporti Secondari Adulti)**

In OdC è prevista la gestione delle criticità. Qualora il paziente presenti la necessità di intervento di emergenza / urgenza verrà attivato nel minor tempo possibile il medico di reparto e/o anestesista reperibile o in sua assenza saranno adottate le procedure più idonee (secondo le indicazioni aziendali (PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU.

**\*rif. b.7 (Allegati: Telemedicina SU DEL DECDG 1017 2025)**

Presso l'OdC di Mantova sono presenti attività di monitoraggio dei pazienti attraverso servizi di telemedicina. Questo servizio è garantito per i pazienti dimessi dall'OdC che necessitano di monitoraggio dei parametri per garantire la continuità assistenziale attraverso la teleassistenza. La teleassistenza è dedicata ai pazienti fragili che necessitano di case management.

## ELENCO ALLEGATI

1. SCIA Ospedale di Comunità di Mantova
2. DGR XI / 5723 del 15/12/2021 Ulteriori determinazioni in merito all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza - missione 6c1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali
3. SU\_DEL\_DECDG\_1043\_2022 - POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE DELL'ASST DI MANTOVA IN ATTUAZIONE DELLA L.R. N.22/2021
4. Modello Organizzativo Aziendale OdC Mantova
5. CARTA DEI SERVIZI OSPEDALE DI COMUNITÀ ASST MANTOVA
6. RELAZIONE GENERALE ORGANIZZATIVA E GESTIONALE OdC MANTOVA
7. 2024019\_PdCOdCASST Ospedale di Comunità ASST di Mantova (Piano di Cura Ospedale di Comunità ASST Mantova)
8. Planimetria OdC Mantova
9. PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dalla\_\_OdC al domicilio
10. SU\_DEL\_DECDG\_795\_2022 (Decreto di attivazione COT)
11. 20240710\_MOD01PdCOdCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità MODULO Proposta ammissione Ospedale di Comunità
12. FaSAS\_OdC\_con scheda IIA+News2
13. Guida alla compilazione\_FASAS-OdC
14. Flusso\_SIOC\_RL\_2026
15. DECDG\_617\_2024.COT\_MN (Decreto attivazione COT Mantova)
16. PGCOT -30\_01\_2026 Procedura Centrale Operativa Territoriale
17. PG01MQ07 Procedura Trasporti Secondari Adulti
18. telemedicina SU\_DEL\_DECDG\_1017\_2025

Link per Customer: [https://www.asst-mantova.it/contenuto-web/-/asset\\_publisher/aPLQFInD1pDc/content/la-customer-satisfaction-arriva-via-sms](https://www.asst-mantova.it/contenuto-web/-/asset_publisher/aPLQFInD1pDc/content/la-customer-satisfaction-arriva-via-sms)

**Direzione Strategica**

direzionestrategica@pec.asst-mantova.it  
direzionestrategica@asst-mantova.it  
tel. 0376 464464 | fax 0376 750950  
Strada Lago Paiolo, 10 – 46100 Mantova

**SEGNALAZIONE CERTIFICATA DI INIZIO ATTIVITÀ (SCIA)  
CON CONTESTUALE RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO DI UNITÀ D’OFFERTA  
SOCIOSANITARIA  
ai sensi della D.G.R. del 31 ottobre 2014, n. 2569 e s.m.i.**

**A Regione Lombardia  
Direzione Generale WELFARE  
[welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it)**

**All’ATS Val Padana  
[protocollo@pec.ats-valpadana.it](mailto:protocollo@pec.ats-valpadana.it)**

**E, p.c.**

**Al Comune di Mantova  
[comune.mantova.aoo@legalmail.it](mailto:comune.mantova.aoo@legalmail.it)**

**IL SOTTOSCRITTO**

ANNA GEROLA, GRLNNA63B48F267N, nata a Moglia (MN) l’08/02/1963, residente in VIA VERDI, 19 – 46024 MOGLIA

**in qualità di legale rappresentante del soggetto gestore**

ASST di MANTOVA, P.Iva 02481840201, sede legale Strada Lago Paiolo, 10 – 46100 Mantova, telefono 03762011, indirizzo PEC [protocollogenerale@pec.asst-mantova.it](mailto:protocollogenerale@pec.asst-mantova.it),

**consapevole delle conseguenze penali e amministrative previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi**

**SEGNALA**

specificare la sola voce di interesse:

messa in esercizio di nuova unità d’offerta;

riguardante la seguente tipologia di unità di offerta sociosanitaria:

Ospedale di Comunità

Ospedale di Comunità di Mantova, Viale Albertoni, 1 - 46100 – Mantova, Palazzina n.10, tel. 03762011, [protocollogenerale@pec.asst-mantova.it](mailto:protocollogenerale@pec.asst-mantova.it), n. 30 posti letto.

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova**

Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova | [www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)  
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

## E NE CHIEDE CONTESTUALMENTE L'ACCREDITAMENTO

### DICHIARA

- che l'unità d'offerta è in possesso dei requisiti di esercizio e di accreditamento generali e specifici, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal D.P.R. 14/01/1997, nonché dalla D.G.R. n. 2569 del 31/10/2014 e dalla DGR n. 1435 del 27/11/2023
- che i documenti e le certificazioni comprovanti il possesso dei requisiti generali e specifici della unità d'offerta sono a disposizione presso la sede operativa per le successive verifiche
- che l'attività è esercitata a titolo di *gestione diretta di un bene di proprietà*
- che il proprietario dell'immobile sede dell'attività è *ASST di Mantova*
- che il titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività è di *proprietà*
- che per la realizzazione dell'immobile sede dell'attività sono stati impiegati finanziamenti PNRR e in parte finanziamenti regionali (CUP E67H21009340002)

### **ALLEGA, SOLO PER LA ATS, LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

- Per dichiarazione sostitutiva di atto notorio circa la presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti): Decreto di insediamento dell'organo di controllo economico e relativa composizione (Decreto n. 1355 del 20/11/2025 "Nomina del Collegio Sindacale dell'azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova per il triennio 2025-2028");
- Atto relativo al titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività - Decreto n. 5214 del 07.06.2016 "Attuazione della L.R. 23-2015 - ASST di Mantova - Assegnazione del patrimonio immobiliare";
- Planimetria quotata in scala 1:100, con destinazioni d'uso dei locali e degli spazi come previste dalle norme di settore, così come da nota ATS Val Padana prot. n. 77960/24 del 13/09/2024 "ACCREDITAMENTO - TAVOLA TIPO";
- Relazione generale organizzativa e gestionale a firma del Direttore di Distretto Mantovano e del Direttore Socio Sanitario;
- Elenco nominativo del personale a standard, firmato dal legale rappresentante, con indicazione della qualifica, del titolo di studio, del ruolo svolto, del rapporto di lavoro, del monte ore settimanale;
- Dichiarazione del legale rappresentante attestante l'assenza di incompatibilità per il personale del ruolo sanitario operante a qualsiasi titolo presso la struttura
- Atto di nomina del legale rappresentante;
- Atto costitutivo del soggetto gestore;
- Nota ASST prot.n.19328 ad oggetto *Individuazione delle responsabilità nell'ambito dell'Ospedale di Comunità di Mantova*,
- Dichiarazione in materia di eliminazione barriere architettoniche

#### **Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova**

Strada Lago Paiolo 10 – 46100 Mantova | [www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)  
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201

Per quanto riguarda la documentazione SGTEC si ritiene valido quanto già inviato con nota ASST prot. n. 25479/2026 del 20/04/2026 ad oggetto *TRASMISSIONE ISTANZA N. I-553/2026 PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO DEL POLIAMBULATORIO DELLA CASA DELLA COMUNITÀ DI MANTOVA – DISTRETTO MANTOVANO – INTEGRAZIONE DOCUMENTALE.*

Il sottoscritto si impegna a comunicare agli enti in indirizzo qualsiasi variazione dei dati sopraindicati, ad esclusione dell'elenco nominativo del personale.

La presente segnalazione riguarda esclusivamente la messa in esercizio di unità d'offerta sociosanitaria e non sostituisce eventuali adempimenti previsti da altre normative (es.: SCIA per VVFF, SCIA edilizia, SCIA per attività di preparazione e/o somministrazione di alimenti e bevande, autorizzazione in deroga ai sensi dell'articolo 65 del D.Lgs n. 81/2008, ecc.)

*Mantova, 28/04/2026*

*Timbro e firma del legale rappresentante*

*Il Direttore Generale Dr.ssa Anna Gerola*



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 5723

Seduta del 15/12/2021

Presidente

**ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

RICCARDO DE CORATO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI

ALESSANDRA LOCATELLI

LARA MAGONI

ALESSANDRO MATTINZOLI

FABIO ROLFI

FABRIZIO SALA

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN MERITO ALL'ATTUAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA - MISSIONE 6C1: RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE - LOCALIZZAZIONE DEI TERRENI E DEGLI IMMOBILI DESTINATI ALLA REALIZZAZIONE DI CASE DI COMUNITÀ, OSPEDALI DI COMUNITÀ E CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Giovanni Pavesi

Il Dirigente Matteo Corradin

L'atto si compone di 27 pagine

di cui 19 pagine di allegati

parte integrante



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**VISTA** la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 “*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*”, come modificata dalla l.r. “*Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30.12.2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*”, approvata dal Consiglio Regionale il 30 novembre 2021 e in particolare l'articolazione del modello organizzativo del polo ospedaliero e territoriale;

### **RICHIAMATI:**

- il documento dell'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) prot. 2020/0007526 del 16.12.2020, avente ad oggetto “La riforma del sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Analisi del modello e risultato raggiunti a cinque anni dall'avvio”;
- il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, coordinato con la legge di conversione 1° luglio 2021, n. 101, recante: «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti.»; che approva il piano nazionale per gli investimenti complementari al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e che, con riferimento al tema della Salute, è focalizzato su due obiettivi: il rafforzamento della rete territoriale e l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con il rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e lo sviluppo della telemedicina;
- il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, coordinato con la legge di conversione 29 luglio 2021, n. 108, recante: «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure.»;
- il Decreto 06 agosto 2021 del Ministero dell'Economia e delle Finanze “Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;
- il decreto-legge 6 novembre 2021, n. 152 “Disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose.”

**DATO ATTO** che è in corso un processo di revisione della richiamata legge regionale n. 33/2009, riguardante alcune aree di miglioramento dell'assetto organizzativo del sistema sociosanitario Lombardo, in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute, di AGENAS e con il PNRR, che ha posto l'accento, tra l'altro, sul potenziamento dell'area territoriale;



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

**RICHIAMATE** le seguenti deliberazioni di Giunta regionale che, in coerenza con le indicazioni di AGENAS e con il PNRR, individuano i temi chiave del futuro impianto normativo, tra i quali è previsto il rafforzamento della rete erogativa di prestazioni sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali quali le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità:

- DGR n. XI/4811 del 31 maggio 2021 recante oggetto “Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23”;
- DGR n. XI/4885 del 14 giugno 2021 recante oggetto “Ulteriori determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23”;
- DGR n. XI/5068 del 22 luglio 2021 recante oggetto “Proposta di progetto di legge recante: “Modifiche al titolo I e al titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, N. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;

### **RICHIAMATI ALTRESÌ:**

- la DGR n. XI/5066 del 19 luglio 2021 recante oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per gli investimenti in sanità per il periodo 2021-2028 – aggiornamenti a seguito DGR XI/4385/2021”;
- la DGR n. XI/5160 del 02 agosto 2021 recante oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per gli investimenti in sanità per il periodo 2021-2028 – approvazione schede tecniche a seguito DGR XI/5066/2021”;
- la DGR n. XI/5161 del 02 agosto 2021 recante “oggetto Programma regionale straordinario investimenti in sanità – ulteriori determinazioni conseguenti alla deliberazione di giunta regionale n. XI/4386/2021 e stanziamento contributi – Il provvedimento”;
- la DGR n. XI/5195 del 06 settembre 2021 recante oggetto “Approvazione delle linee di progetto per l’attuazione di case e ospedali di comunità nella città di Milano”;
- il Decreto del Direttore Generale della DG Welfare n. 11825 del 08/09/2021 recante oggetto “Costituzione del gruppo di lavoro per la definizione dei criteri per l’applicazione del “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” (PNRR) in Regione Lombardia”;

**RICHIAMATA** in particolare, la DGR n. XI/5373 dell’11 ottobre 2021 recante oggetto “Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - missione 6c1:



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatico e approvazione della fase n. 1: identificazione delle strutture idonee di proprietà del Servizio Socio Sanitario Regionale” con la quale tra l'altro:

- si approvavano gli interventi sugli edifici di proprietà del SSR nel numero di 115 Case di Comunità e 53 Ospedali di Comunità;
- si stabiliva che le ATS erano tenute a far pervenire entro il 1 dicembre 2021 alla Direzione Generale Welfare i progetti di fattibilità tecnico-economica degli interventi sugli edifici di cui al precedente punto da approvarsi entro il 31 dicembre 2021;
- si rinviava a successivo provvedimento l'identificazione delle strutture di cui alla Fase 2, da intendere quali terreni o strutture, nelle zone prive di edifici SSR idonei di cui alla FASE n. 1, di proprietà degli Enti Locali ritenuti idonei per svolgere la funzione di Casa di Comunità o Ospedale di Comunità;
- si dava mandato alla Direzione Generale Welfare di verificare, oltre alle strutture che saranno identificate nella FASE n. 2, le strutture esistenti idonee, già utilizzate dal SSR per l'erogazione di attività sanitaria-sociosanitaria ma non di proprietà (ad esempio comodati gratuiti con amministrazioni pubbliche), e di individuare i criteri per l'inserimento degli eventuali interventi all'interno del finanziamento PNRR;
- si dava mandato alle ATS di procedere alla valutazione dell'individuazione delle strutture di cui alla Fase 2, sentiti gli Enti locali del territorio;

**DATO ATTO** che la Missione 6C1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”, al fine di rafforzare l'assistenza sanitaria della Rete territoriale, prevede l'attivazione di:

- Case di Comunità che costituiscono punto di riferimento continuativo per la popolazione e permettono di garantire la presa in carico della comunità;
- Ospedali di Comunità, strutture di ricovero di cure intermedie, che collochino tra il ricovero ospedaliero tipicamente destinato al paziente acuto e le cure territoriali. Gli Ospedali di Comunità sono finalizzati a ricoveri brevi destinati a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, di livello intermedio tra la rete territoriale e l'ospedale;



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

- Centrali Operative Territoriali, modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza;

**PRESO ATTO** che le ATS, previa interlocuzione con le ASST e gli Enti Locali interessati, hanno comunicato la localizzazione dei terreni e degli immobili da destinare alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, in ottemperanza a quanto disposto dalla richiamata DGR n. XI/5373/2021;

**PRESO ATTO** della documentazione pervenuta dalle ATS, agli atti dei competenti uffici della DG Welfare;

**CONSIDERATO** che le proposte vagliate dalle ATS sono state ritenute coerenti con il PNRR da parte del Gruppo di lavoro identificato con Decreto del Direttore Generale della DG Welfare n. 11825 del 08/09/2021 recante oggetto "Costituzione del gruppo di lavoro per la definizione dei criteri per l'applicazione del "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR) in Regione Lombardia";

**RITENUTO** pertanto di approvare le tabelle di cui all'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, relative alla localizzazione dei terreni e degli immobili da destinare alla realizzazione di Case di Comunità nel numero di 218, Ospedali di Comunità nel numero di 71 e Centrali Operative Territoriali nel numero di 101;

**RITENUTO** di confermare la graduale e progressiva attivazione dei servizi di almeno due Case di Comunità e di un Ospedale di Comunità in ciascuna delle ATS lombarde a partire dal 31 dicembre 2021;

**STABILITO** che l'allegato di cui alla DGR n. XI/5373/2021 si intende superato dall'allegato al presente provvedimento;

**RITENUTO** altresì di confermare che i progetti di fattibilità tecnico-economica sugli edifici di proprietà del SSR, secondo le "Linee guida per la redazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica da porre a base dell'affidamento



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

*di contratti pubblici di lavori del PNRR e del PNC” del Ministero delle Infrastrutture e della mobilità sostenibili, elaborati dalle ASST titolari e verificati preliminarmente dalle ATS, dovranno essere approvati dalla Direzione Generale Welfare entro il 31.12.2021;*

**STABILITO** di dare mandato alla DG Welfare:

- di definire le modalità di attuazione relative alla realizzazione e all'attivazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali su terreni o immobili di proprietà degli Enti locali, di cui all'allegato al presente provvedimento, nonché il cronoprogramma di attivazione;
- di elaborare il modello organizzativo di Casa di Comunità, dell'Ospedale di Comunità e della Centrale Operativa Territoriale, considerati anche i riferimenti e le indicazioni nazionali;

**RITENUTO** inoltre di:

- riservarsi di modificare il quadro programmatico a seguito della definizione delle effettive disponibilità delle quote derivanti dal PNRR;
- precisare che il presente provvedimento non costituisce alcuna assegnazione di contributi e che le aziende sanitarie assegnatarie potranno iscrivere i relativi crediti nei propri bilanci solo a seguito dell'adozione di successivi atti di Giunta di eventuale assegnazione dei finanziamenti e di specifici decreti di impegno di spesa;
- dare mandato alla Direzione Generale Welfare di inviare il presente provvedimento al Ministero della Salute per avviare le interlocuzioni volte alla approvazione del programma definitivo;

**VAGLIATE** e fatte proprie le suddette motivazioni;

**Ad unanimità di voti**, espressi nelle forme di legge;



# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

### **DELIBERA**

1. di approvare le tabelle di cui all'allegato 1, parte integrante del presente provvedimento, relative alla localizzazione dei terreni e degli immobili da destinare alla realizzazione di Case di Comunità nel numero di 218, Ospedali di Comunità nel numero di 71 e Centrali Operative Territoriali nel numero di 101;
2. di dare mandato alla DG Welfare:
  - di definire le modalità di attuazione relative alla realizzazione e all'attivazione delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali su terreni o immobili di proprietà degli Enti locali di cui all'allegato 1, nonché il cronoprogramma di attivazione;
  - di elaborare il modello organizzativo della Casa di Comunità, dell'Ospedale di Comunità e della Centrale Operativa Territoriale, considerati anche i riferimenti e le indicazioni nazionali;
3. di confermare la graduale e progressiva attivazione dei servizi di almeno due Case di Comunità e di un Ospedale di Comunità in ciascuna delle ATS lombarde a partire dal 31 dicembre 2021;
4. di riservarsi di modificare il quadro programmatico a seguito della definizione delle effettive disponibilità delle quote derivanti dal PNRR;
5. di precisare che il presente provvedimento non costituisce alcuna assegnazione di contributi e che le aziende sanitarie assegnatarie potranno iscrivere i relativi crediti nei propri bilanci solo a seguito dell'adozione di successivi atti di Giunta di eventuale assegnazione dei finanziamenti e di specifici decreti di impegno di spesa;
6. di stabilire che l'allegato di cui alla DGR n. XI/5373/2021 si intende superato dall'allegato al presente provvedimento;
7. di dare mandato alla Direzione Generale Welfare di inviare il presente provvedimento al Ministero della Salute per avviare le interlocuzioni volte alla approvazione del programma definitivo;



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

---

8. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL) e sul portale istituzionale di Regione Lombardia [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it) e di trasmettere lo stesso alle ATS.

IL SEGRETARIO  
ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

**REGIONE LOMBARDIA**  
**ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1**  
**RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**

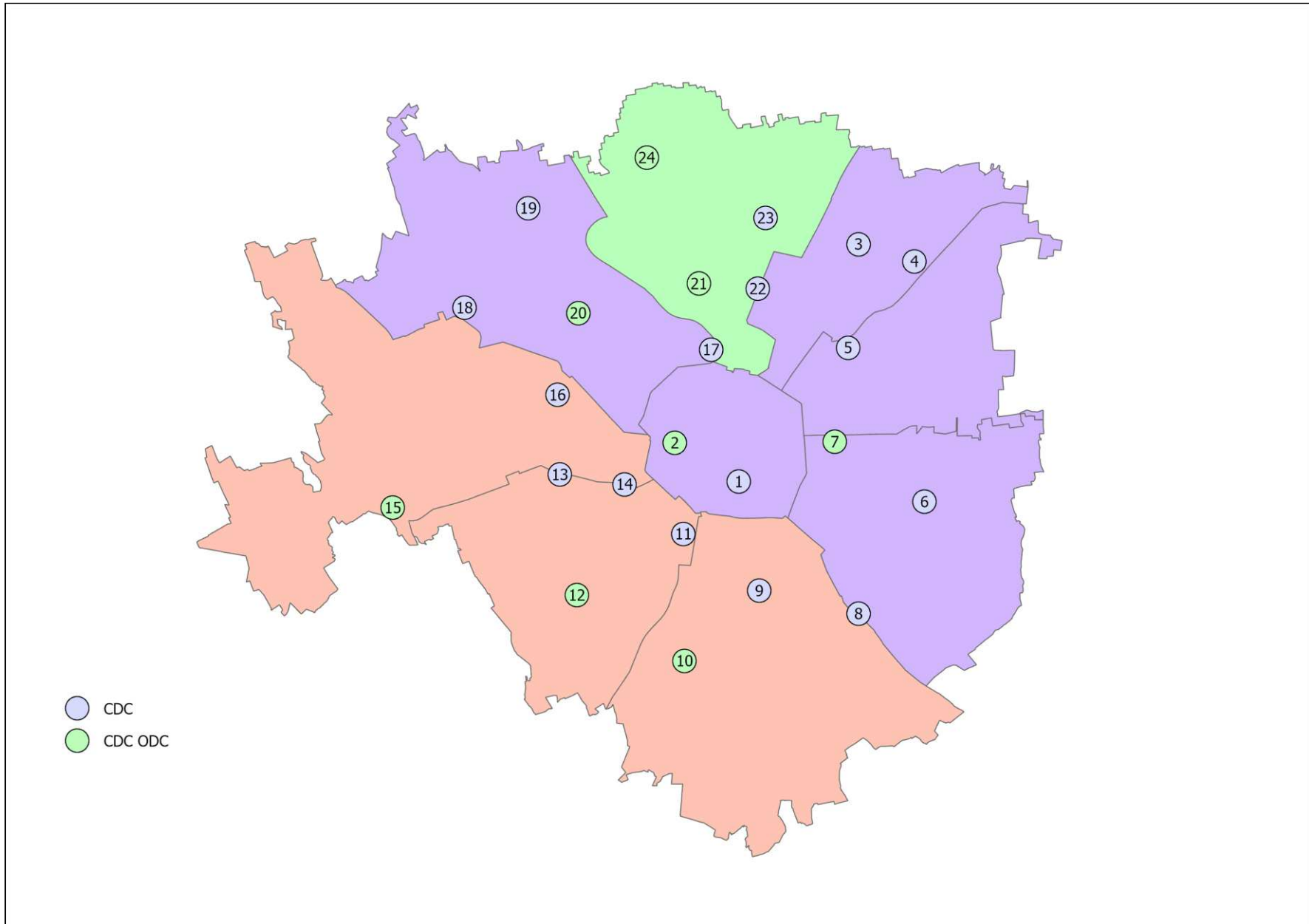
**REALIZZAZIONE DI CDC, ODC E COT**  
**LOCALIZZAZIONE DEI TERRENI E DEGLI IMMOBILI**

ATS	CDC	ODC	COT
CITTA' METROPOLITANA DI MILANO	71	23	36
BERGAMO	20	6	12
BRESCIA	26	7	12
BRIANZA	26	7	11
INSUBRIA	31	8	14
MONTAGNA	18	7	2
PAVIA	11	4	5
VAL PADANA	15	9	9
<b>Totale</b>	<b>218</b>	<b>71</b>	<b>101</b>

Legenda: Casa di Comunità = CDC; Ospedale di Comunità = ODC; Centrale Operativa Territoriale = COT

<b>ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO (Area del Comune di Milano)</b> <b>ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1</b> <b>RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE</b> <b>(CDC - ODC - COT )</b>							
RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	NORD MILANO	Milano	Via Rugabella, 4	SSR	X		X
2	NORD MILANO	Milano	Via Sassi, 4	SSR	X	X	X
3	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Mercato di Gorla - V.le Monza ang. Via Monte S. Gabriele	Comune Milano	X		
4	NORD MILANO	Milano	Via Don Orione, 2	SSR	X		X
5	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Ricordi, 1; via Doria, 52	SSR	X		X
6	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Salomone, ang. Bonfadini	Comune Milano	X		
7	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Viale Piceno, 60	Città Metropolitana di Milano	X	X	X
8	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Barabino, 4/8; Via dei Cinquecento, 19	Comune Milano	X		
9	SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via Ghini	Comune Milano	X		
10	SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via De Andre'	Comune Milano	X	X	
11	NORD MILANO	Milano	Via Gola, 22	SSR	X		X
12	SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via Faenza ang via Chiodi	Comune Milano	X	X	
13	ASP GOLGI REDAELLI	Milano	Via Caterina da Forlì, 55	APS Golgi Redaelli	X		X
14	NORD MILANO	Milano	Via Stromboli, 19	SSR	X		X
15	SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via Valsesia	Comune Milano	X	X	
16	SANTI PAOLO E CARLO	Milano	Via Monreale, 13	SSR	X		X
17	NORD MILANO	Milano	Via Farini, 9	In uso SSR	X		X
18	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Betti	Comune Milano	X		
19	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	Via Aldini, 72/74	Comune Milano	X		
20	FATEBENEFRATELLI SACCO	Milano	P.le Accursio, 7	SSR	X	X	X
21	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA (ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA)	Milano	V.le Jenner, 44	SSR	X	X	X
22	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	Milano	V.le Zara, 81	SSR	X		X
23	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	Milano	Via Moncalieri 15	Comune Milano	X		
24	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	Milano	Via Ippocrate, 45	SSR	X	X	X
<b>TOTALE</b>					<b>24</b>	<b>8</b>	<b>14</b>

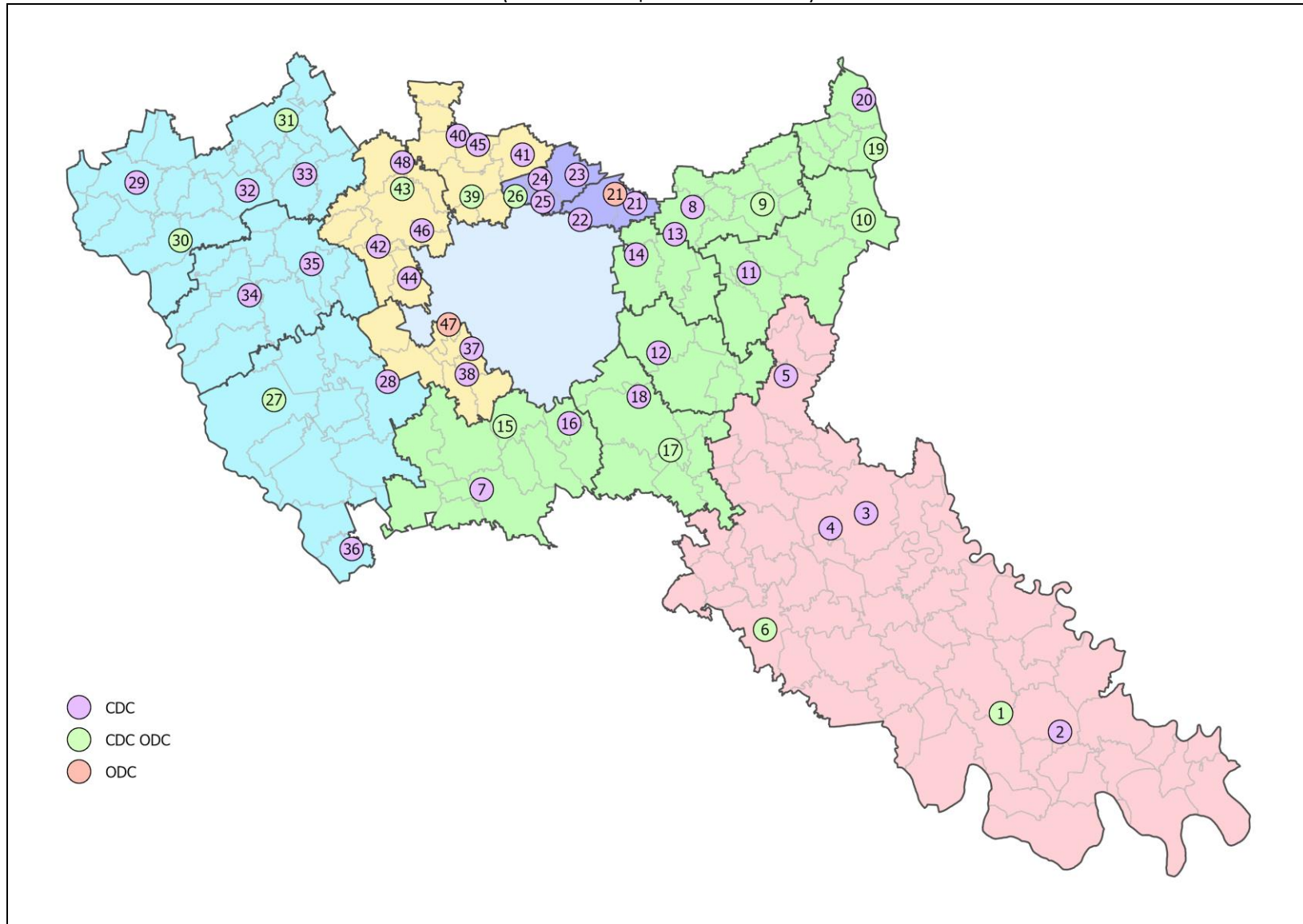
MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO  
(Area del Comune di Milano)



**ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO (Area Metropolitana e Lodi)**  
**ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1**  
**RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**(CDC - ODC - COT)**

RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	LODI	Casalpusterlengo	via Flemming, 1	SSR	x	x	
2	LODI	Codogno	viale Gandolfi 27/33	SSR	x		x
3	LODI	Lodi	via Massena snc	SSR	x		
4	LODI	Lodi	Via Einstein - Loc. Cascina Codazza	Ente Locale	x		
5	LODI	Zelo Buon Persico	piazza Don Pozzoni, 1	Ente Locale	x		
6	LODI	Sant'Angelo Lodigiano	via F. Cortese, strada provinciale, 19	SSR	x	x	x
7	MELEGNANO E MARTESANA	Lacchiarella	via per Cascina Coriasco	Ente Locale	x		
8	MELEGNANO E MARTESANA	Cernusco S/N	via Goldoni/SP 121	Ente Locale	x		
9	MELEGNANO E MARTESANA	Gorgonzola	via Bellini, 5	SSR	x	x	x
10	MELEGNANO E MARTESANA	Cassano d'Adda	via Quintini di Vona, 41	SSR	x	x	x
11	MELEGNANO E MARTESANA	Liscate	via Brambilla 4/6	Ente Locale	x		
12	MELEGNANO E MARTESANA	Peschiera Borromeo	via Matteotti, 25	Ente Locale	x		
13	MELEGNANO E MARTESANA	Pioltello	via S. Francesco, 16	SSR	x		x
14	MELEGNANO E MARTESANA	Segrate	via Amendola s.n.c.	Ente Locale	x		
15	MELEGNANO E MARTESANA	Rozzano	via Guido Rossa - Perseghetto	Ente Locale	x	x	x
16	MELEGNANO E MARTESANA	Opera	via Salvador Allende	Ente Locale	x		
17	MELEGNANO E MARTESANA	Melegnano	via S. Francesco - via Campania	Ente Locale	x	x	
18	MELEGNANO E MARTESANA	San Giuliano Milanese	via Cavour, 15	Ente Locale	x		x
19	MELEGNANO E MARTESANA	Vaprio d'Adda	via Don Moleffa, 22	SSR	x	x	x
20	MELEGNANO E MARTESANA	Trezzo d'Adda	p.le Gorizia, 2	SSR	x		x
21	NORD MILANO	Cologno Monzese	via Pergolesi, 12	Ente Locale		x	x
21	NORD MILANO	Cologno Monzese	via Boccaccio, 17	Ente Locale	x		
22	NORD MILANO	Sesto San Giovanni	via Oslavia, 1	Ente Locale	x		x
23	NORD MILANO	Cinisello B.mo	via Terenghi 2	SSR	x		x
24	NORD MILANO	Cusano M.no	via Ginestra 1	SSR	x		
25	NORD MILANO	Bresso	via Centurelli 46	Ente Locale	x		
26	NORD MILANO	Cormano	via Somalia s.n.c.	Ente Locale	x	x	
27	OVEST MILANESE	Abbiategrosso	piazza Lodovici, 5	Ente Locale	x	x	x
28	OVEST MILANESE	Gaggiano	Via Marconi	Ente Locale	x		
29	OVEST MILANESE	Castano Primo	via Moroni	Ente Locale	x		
30	OVEST MILANESE	Cuggiono	via Badi 2/4 e via Rossetti	SSR	x	x	x
31	OVEST MILANESE	Legnano	via Candiani, 2	SSR	x	x	x
32	OVEST MILANESE	Busto Garolfo	via XXIV Maggio, 19	Ente Locale	x		
33	OVEST MILANESE	Parabiago	via F.lli Rosselli 12	Ente Locale	x		x
34	OVEST MILANESE	Magenta	via Donatore di Sangue, 50	SSR	x		x
35	OVEST MILANESE	Vittuone	via Isonzo	Ente Locale	x		
36	OVEST MILANESE	Motta Visconti	via Alda Negri 13/15	Ente Locale	x		
37	RHODENSE	Corsico	via dei Lavoratori 42	SSR	x		x
38	RHODENSE	Buccinasco	via Vivaldi	Ente Locale	x		
39	RHODENSE	Bollate	via Piave 20 (Pad. 63-70)	SSR	x	x	x
40	RHODENSE	Garbagnate	via per Cesate 62 - Pal. B	SSR	x		x
41	RHODENSE	Paderno Dugnano	viale dell Repubblica, 13	Ente Locale	x		
42	RHODENSE	Cornaredo	Via Vanzago	Ente Locale	x		
43	RHODENSE	Passirana di Rho	via Settembrini 1	SSR	x	x	x
44	RHODENSE	Settimo Milanese	via Libertà, 33	Ente Locale	x		
45	RHODENSE	Senago	Via san Bernardo 9	Ente Locale	x		
46	RHODENSE	Pero	Via Giovanna D'Arco, 1-3	Ente Locale	x		
47	RHODENSE	Cesano Boscone	Piazza Moneta, 1	In uso SSR		x	
48	RHODENSE	Lainate	Via Juan Manuel Fangio	Ente Locale	x		x
<b>TOTALE</b>					<b>47</b>	<b>15</b>	<b>22</b>

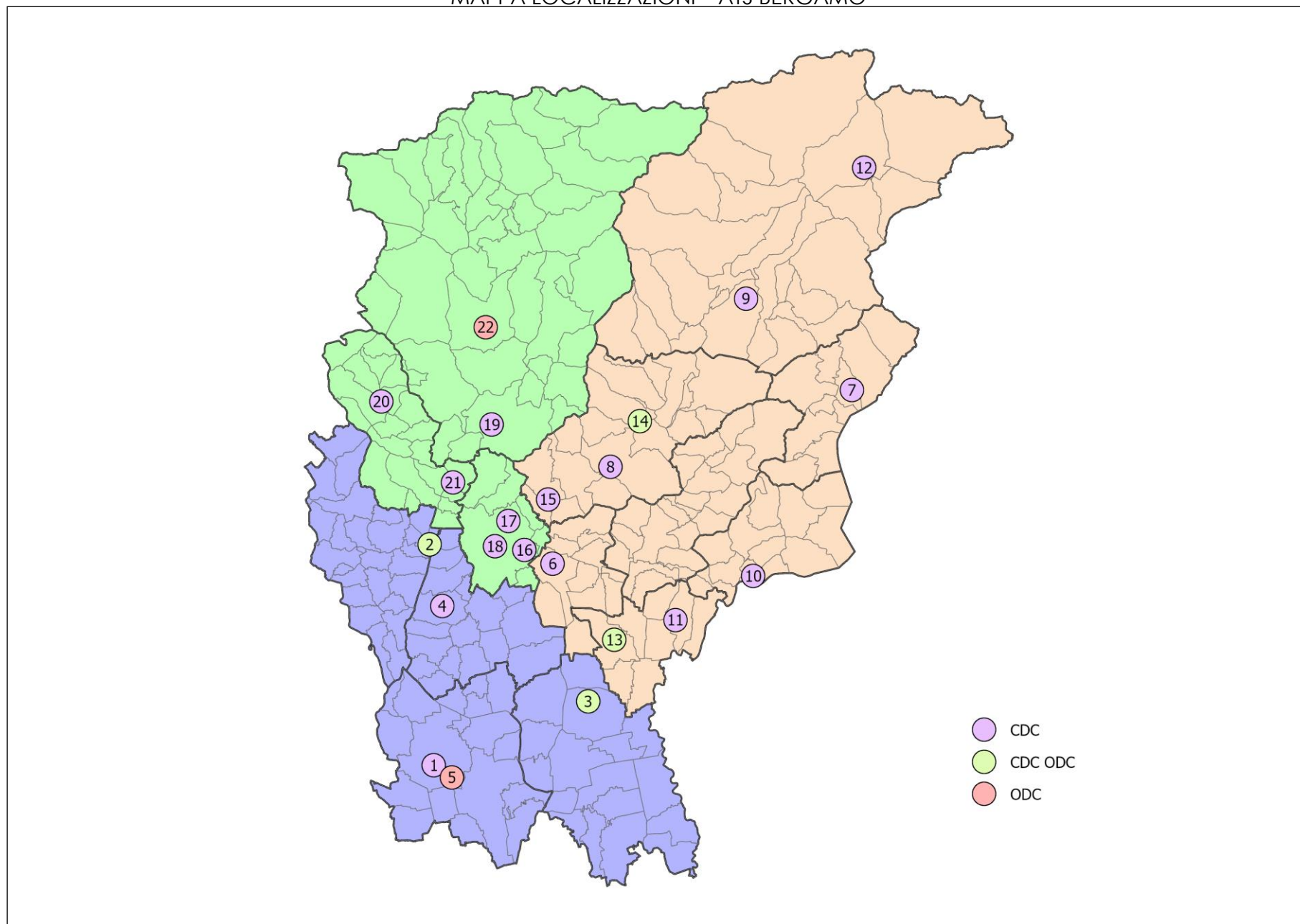
MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS CITTA' METROPOLITANA DI MILANO  
(Area Metropolitana e Lodi)



**ATS BERGAMO**  
**ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1**  
**RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**(CDC - ODC - COT)**

RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	BERGAMO OVEST	Treviglio	Via Matteotti	SSR	X		X
2	BERGAMO OVEST	Ponte San Pietro	Piazza Libertà 5	SSR	X	X	X
3	BERGAMO OVEST	Martinengo	Piazza Maggiore 11	SSR	X	X	X
4	BERGAMO OVEST	Dalmine	Via Betelli	SSR	X		X
5	BERGAMO OVEST	Treviglio	Piazzale Luigi Meneguzzo	SSR		X	
6	BERGAMO EST	Seriate	Via Marconi 38	Ente locale	X		X
7	BERGAMO EST	Lovere	Piazzale Bonomelli	Ente locale	X		
8	BERGAMO EST	Albino	Via Sant'Anna 3	Ente locale	X		
9	BERGAMO EST	Clusone	Via Somvico	Ente locale	X		X
10	BERGAMO EST	Sarnico	Via Faccanoni	SSR	X		X
11	BERGAMO EST	Grumello del Monte	Via Nembrini 2	SSR	X		
12	BERGAMO EST	Vilminore di Scalve	Via Polini 7	Ente locale	X		
13	BERGAMO EST	Calcinate	Piazzale Ospedale 3	SSR	X	X	X
14	BERGAMO EST	Gazzaniga	Via Manzoni 130	SSR	X	X	X
15	BERGAMO EST	Alzano Lombardo	Via Paleocapa 4	Ente locale	X		
16	PAPA GIOVANNI XXIII	Bergamo	Via Borgo Palazzo 130	SSR	X		X
17	PAPA GIOVANNI XXIII	Bergamo	Via Girardelli 9	Ente locale	X		
18	PAPA GIOVANNI XXIII	Bergamo	Via Garibaldi 13/15	SSR	X		
19	PAPA GIOVANNI XXIII	Zogno	Piazza Belotti	Ente locale	X		X
20	PAPA GIOVANNI XXIII	Sant'Omobono Terme	Via Vanoncini 25	SSR	X		
21	PAPA GIOVANNI XXIII	Villa d'Almè	Via Roma 16	Ente locale	X		X
22	PAPA GIOVANNI XXIII	San Giovanni Bianco	Via Castelli 5	SSR		X	
<b>TOTALE</b>					<b>20</b>	<b>6</b>	<b>12</b>

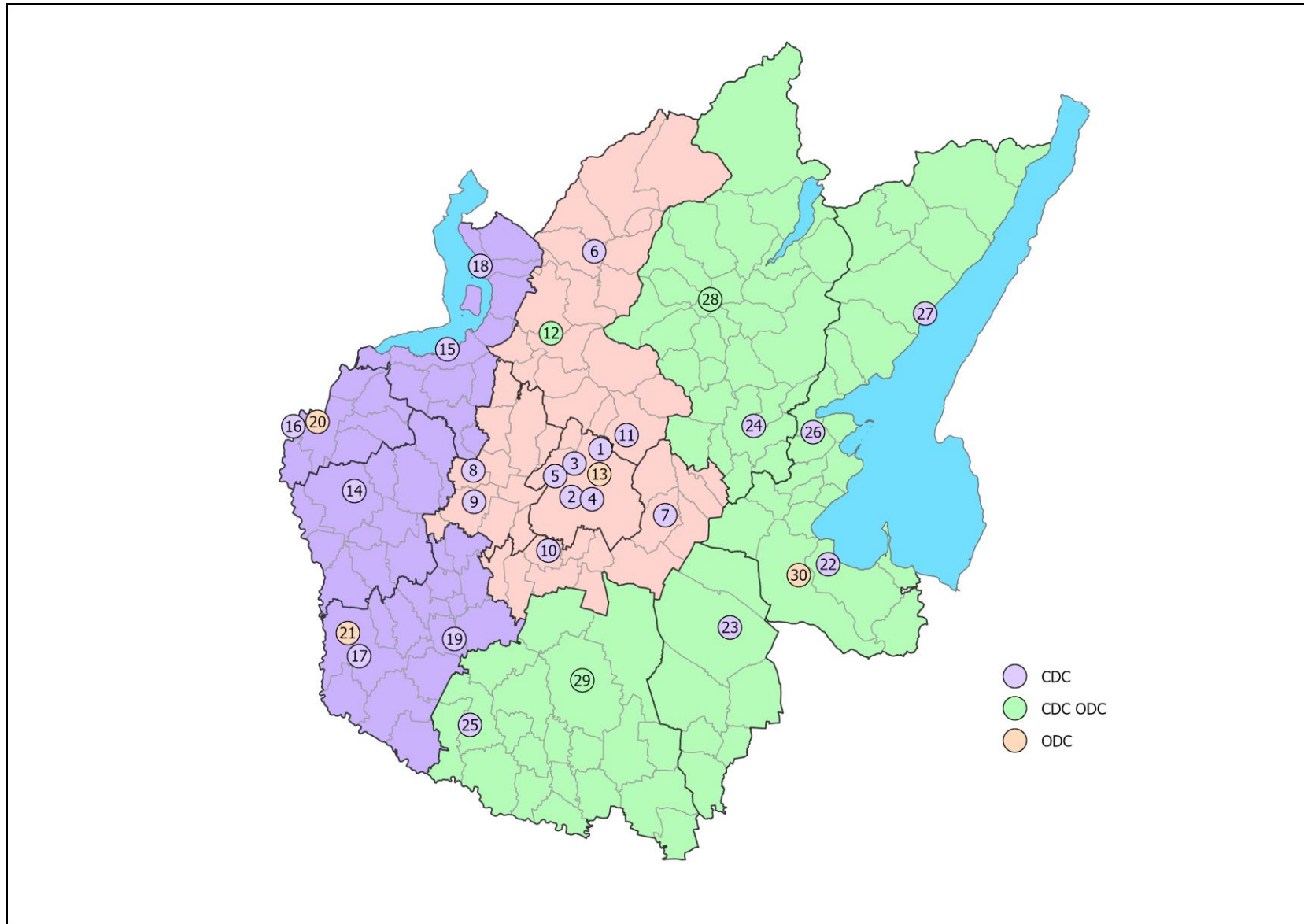
## MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS BERGAMO



**ATS BRESCIA**  
**ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1**  
**RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**(CDC - ODC - COT)**

RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	SPEDALI CIVILI	BRESCIA	VIA NIKOLAJEWKA, 13	SSR	x		
2	SPEDALI CIVILI	BRESCIA	VIA CORSICA, 145	SSR	x		
3	SPEDALI CIVILI	BRESCIA	VIA MARCONI	SSR	x		x
4	SPEDALI CIVILI	BRESCIA	VIA DUCA DEGLI ABRUZZI 13	SSR	x		x
5	SPEDALI CIVILI	BRESCIA	VIA MILANO	ENTE LOCALE	x		
6	SPEDALI CIVILI	TAVERNOLE	VIA AMADINI, 43	SSR	x		
7	SPEDALI CIVILI	REZZATO	VIA FRATELLI KENNEDY, 116	SSR	x		x
8	SPEDALI CIVILI	OSPITALETTO	VIA PADANA SUPERIORE, 98	ENTE LOCALE	x		x
9	SPEDALI CIVILI	TRAVAGLIATO	VIA RAFFAELLO, 24	ENTE LOCALE	x		
10	SPEDALI CIVILI	FLERO	VIA MAZZINI, 15	ENTE LOCALE	x		
11	SPEDALI CIVILI	NAVE	VIA BRESCIA, 155	ENTE LOCALE	x		
12	SPEDALI CIVILI	GARDONE V.T.	VIA PAPA GIOVANNI XXIII	SSR	x	x	x
13	SPEDALI CIVILI	BRESCIA	PIAZZALE SPEDALI CIVILI,1	SSR		x	
14	FRANCIACORTA	CHIARI	PIAZZA MARTIRI DELLA LIBERTA', 25	ENTE LOCALE	x		x
15	FRANCIACORTA	ISEO	VIA GIARDINI GARIBALDI	ENTE LOCALE	x		x
16	FRANCIACORTA	PALAZZOLO S.O.	VIA IV NOVEMBRE	ENTE LOCALE	x		
17	FRANCIACORTA	ORZINUOVI	VIALE BAINSIZZA	ENTE LOCALE	x		x
18	FRANCIACORTA	MARONE	VIA EUROPA, 10	ENTE LOCALE	x		
19	FRANCIACORTA	BARBARIGA	PIAZZA ALDO MORO	ENTE LOCALE	x		
20	FRANCIACORTA	PALAZZOLO S.O.	VIA XX SETTEMBRE, 42	SSR		x	
21	FRANCIACORTA	ORZINUOVI	VIALE CRISPI, 4	SSR		x	
22	GARDA	DESENZANO D.G.	VIA MEZZOCOLLE	SSR	x		
23	GARDA	MONTICHIARI	VIA G. FALCONE, 18-20	SSR	x		x
24	GARDA	GAVARDO	VIA GOSA	SSR	x		
25	GARDA	VEROLANUOVA	VIA GRIMANI, 16-20	ENTE LOCALE	x		
26	GARDA	SALO'	LOC. CUNETTONE	ENTE LOCALE	x		x
27	GARDA	GARGNANO	VIA REPUBBLICA, 2	SSR	x		
28	GARDA	NOZZA	VIA GEN. REVERBERI, 2	SSR	x	x	x
29	GARDA	LENO	PIAZZA DONATORI DEL SANGUE, 1	SSR	x	x	x
30	GARDA	LONATO D.G.	VIA ARRIGA ALTA, 11	SSR		x	
<b>TOTALE</b>					<b>26</b>	<b>7</b>	<b>12</b>

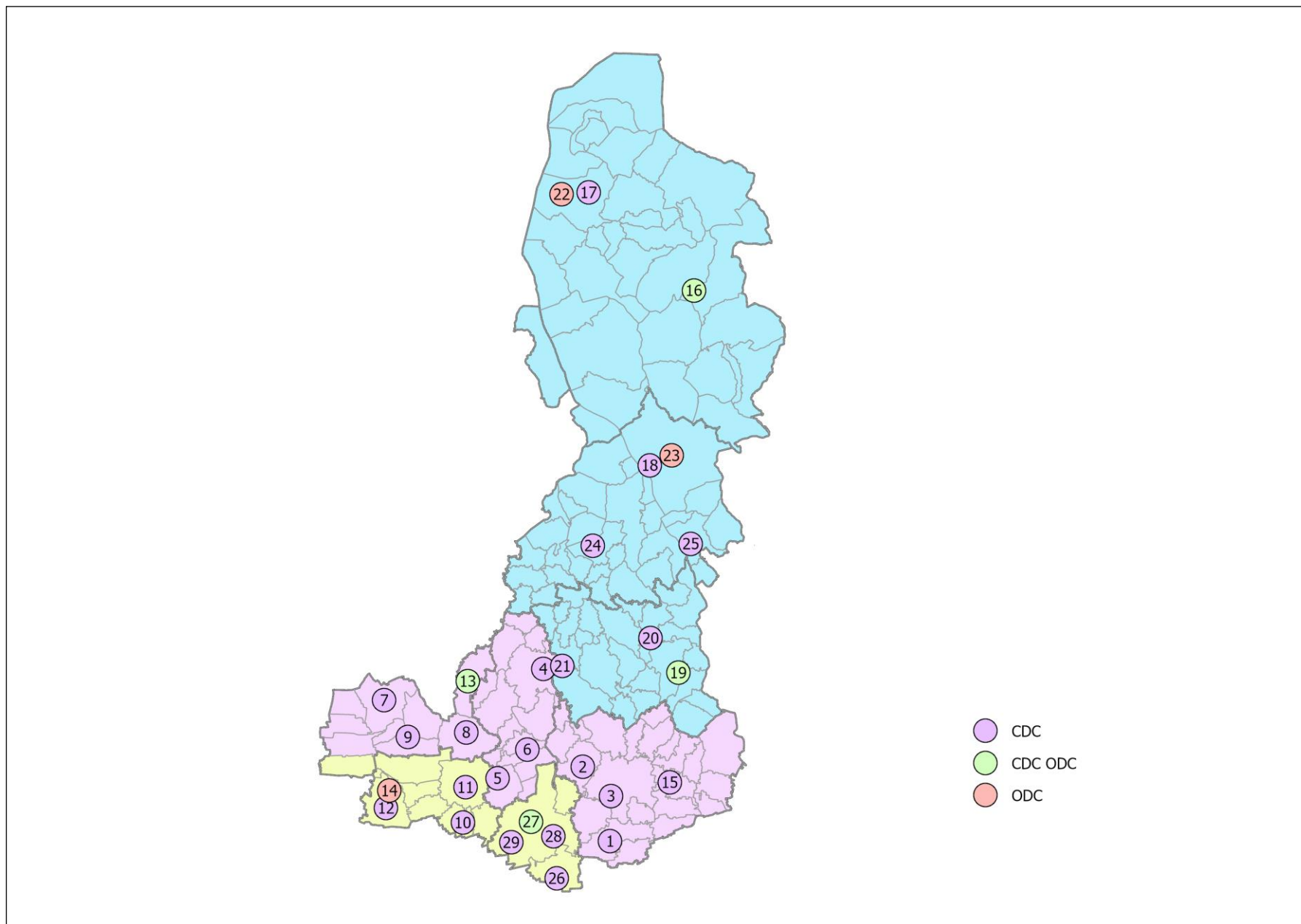
MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS BRESCIA



**ATS BRIANZA**  
**ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1**  
**RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**(CDC - ODC - COT)**

RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	BRIANZA	Agrate Brianza	Via Lecco 11	SSR	x		
2	BRIANZA	Arcore	Via Tomaselli 1	SSR	x		
3	BRIANZA	Vimercate	Via Giuditta Brambilla 11	SSR	x		x
4	BRIANZA	Besana Brianza	Via Viarana 38	SSR	x		x
5	BRIANZA	Lissone	Via Bernasconi 14	SSR	x		x
6	BRIANZA	Macherio	Via Italia 13	Ente locale	x		
7	BRIANZA	Lentate sul Seveso	Via Garibaldi 37	Ente locale	x		
8	BRIANZA	Seregno	Via Verdi 2	SSR	x		
9	BRIANZA	Cesano Maderno	Via San Carlo 2/5	SSR	x		
10	BRIANZA	Nova Milanese	Via Giussani 11	Ente locale	x		
11	BRIANZA	Desio	Via Foscolo 24	SSR	x		x
12	BRIANZA	Limbate	Via Monte Grappa 40	SSR	x		x
13	BRIANZA	Giussano	Via Milano 65	SSR	x	x	x
14	BRIANZA	Limbate	Via Monte Grappa 19	SSR		x	
15	BRIANZA	Bellusco	Via Corte dei Frati	SSR	x		
16	LECCO	Introbio	Località Sceregalli	Ente locale	x	x	
17	LECCO	Bellano	Via Carlo Alberto	SSR	x		x
18	LECCO	Lecco	Via Antonio Ghislanzoni	Ente locale	x		x
19	LECCO	Merate	Largo Mandic, 1	SSR	x	x	x
20	LECCO	Olgiate Molgora	Via Aldo Moro 8/10	SSR	x		
21	LECCO	Casatenovo	Via Montereaggio 13	SSR	x		
22	LECCO	Bellano	Via Carlo Alberto 25	SSR		x	
23	LECCO	Lecco	Via dell'Eremo 9/11	SSR		x	
24	LECCO	Oggiono	Via Vittorio Bachelet	SSR	x		
25	LECCO	Calolziocorte	Via Bergamo	SSR	x		
26	MONZA	Brugherio	Via Kennedy 28	Ente locale	x		x
27	MONZA	Monza	Via Solferino 16	SSR	x	x	x
28	MONZA	Monza	Via Oriani	Ente locale	x		
29	MONZA	Monza	Viale Romagna 40	Ente locale	x		
<b>TOTALE</b>					<b>26</b>	<b>7</b>	<b>11</b>

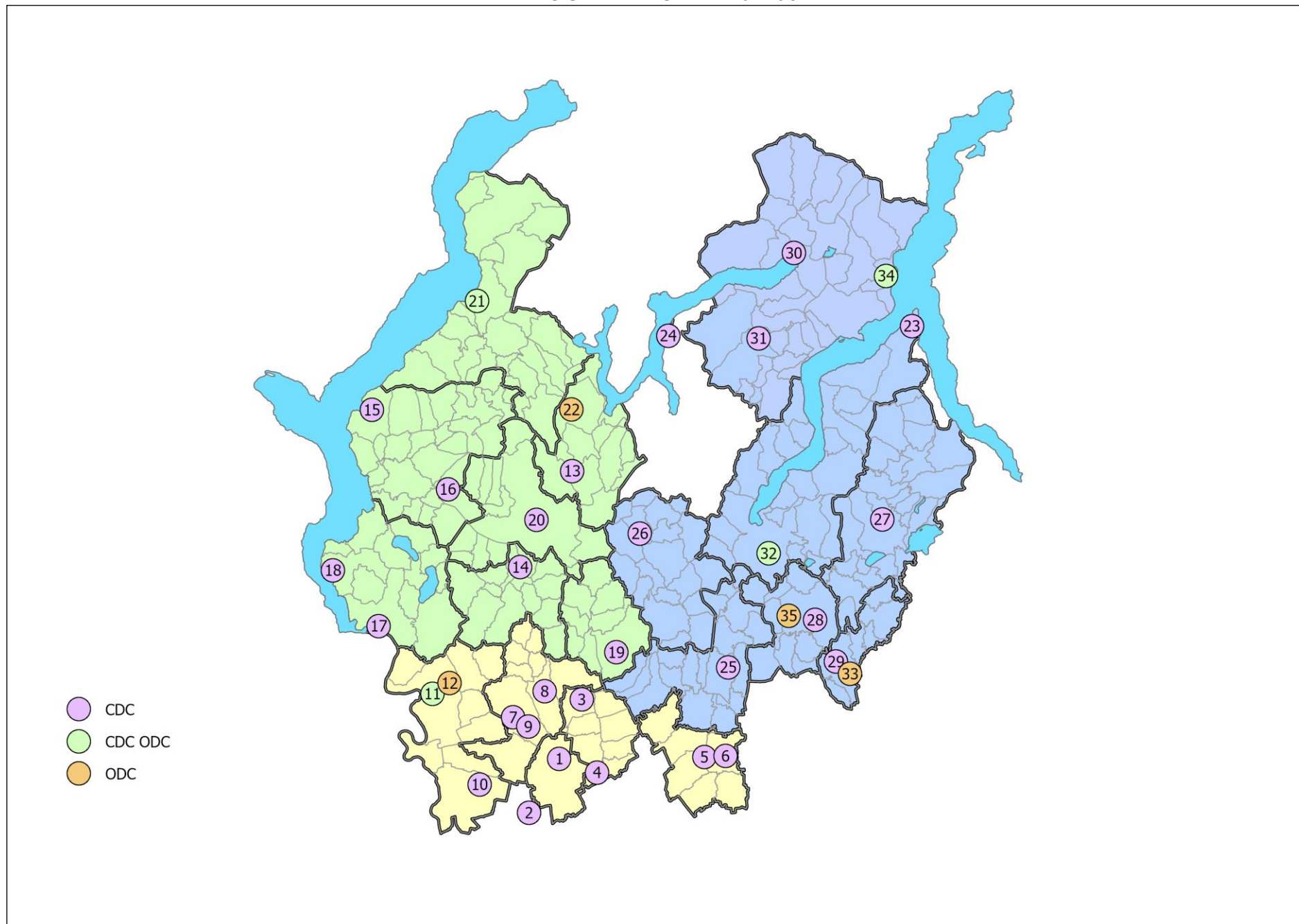
## MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS BRIANZA



**ATS INSUBRIA**  
**ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1**  
**RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**(CDC - ODC - COT )**

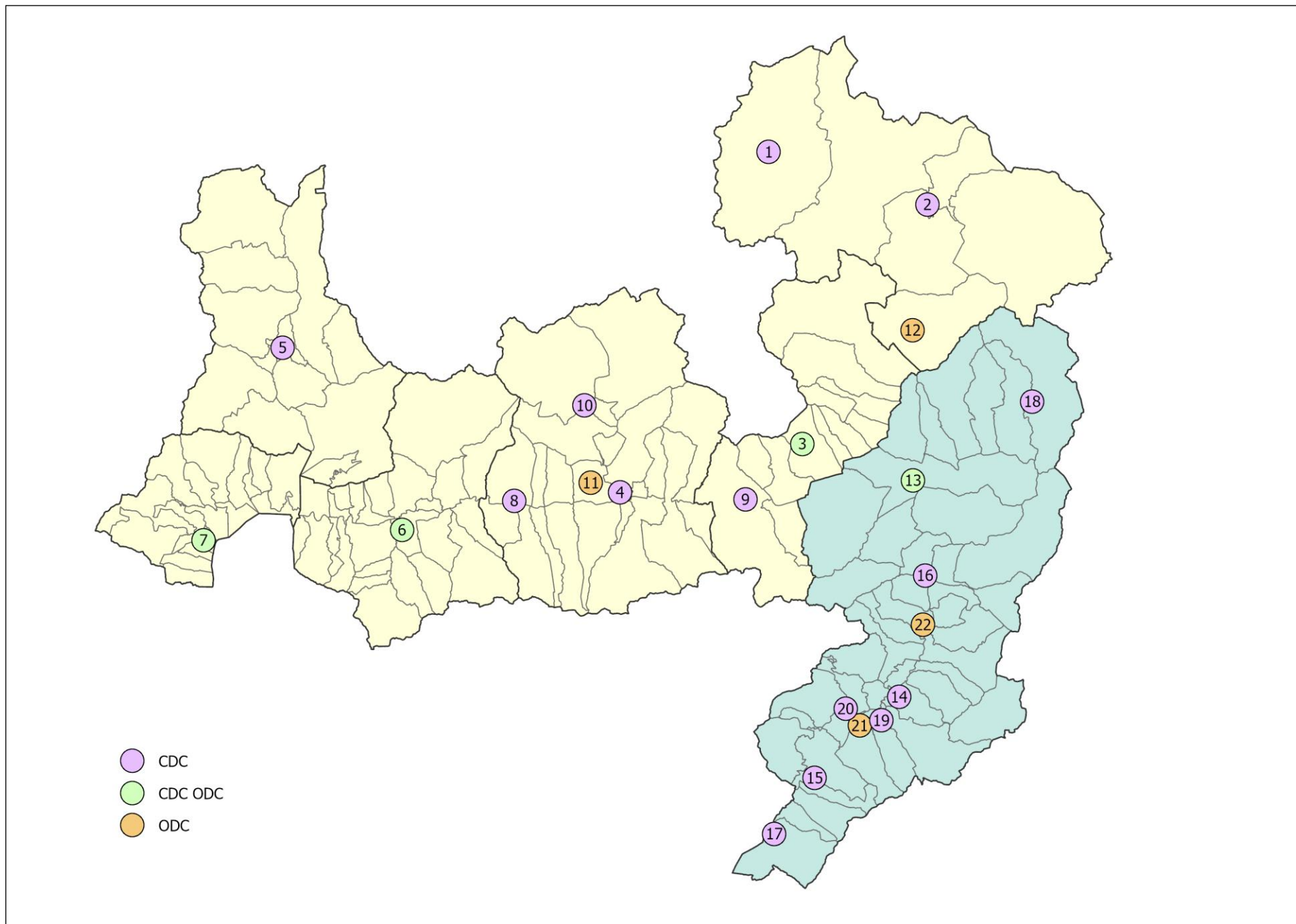
RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	VALLE OLONA	Busto Arsizio	Viale Stelvio, 3	SSR	x		
2	VALLE OLONA	Busto Arsizio	Piazza Plebiscito	SSR	x		x
3	VALLE OLONA	Fagnano Olona	Piazza Gramsci, 1	Ente locale	x		
4	VALLE OLONA	Castellanza	Via Don Minzoni, 25	SSR	x		
5	VALLE OLONA	Saronno	Via Fiume, 12	SSR	x		
6	VALLE OLONA	Saronno	Via Stampa Soncino, 4	SSR	x		x
7	VALLE OLONA	Gallarate	Corso Leonardo Da Vinci, 1	SSR	x		
8	VALLE OLONA	Cassano Magnago	Via Buttafava, 15	SSR	x		
9	VALLE OLONA	Gallarate	Villa Sironi - Piazza Giovine Italia, 2	SSR	x		x
10	VALLE OLONA	Lonate Pozzolo	Via Cavour, 21	Ente locale	x		
11	VALLE OLONA	Somma Lombardo	Via Cavour angolo Via Fuser, 2	SSR	x	x	x
12	VALLE OLONA	Somma Lombardo	Via Ospedale, 2	SSR		x	
13	SETTE LAGHI	Arcisate	Via Campi Maggiori, 23	Ente locale	x		x
14	SETTE LAGHI	Azzate	Via Acquadro, 6	Ente locale	x		
15	SETTE LAGHI	Laveno Mombello	Via Ceretti, 8	SSR	x		
16	SETTE LAGHI	Gavirate	Piazza De Gasperi, 1	Ente locale	x		
17	SETTE LAGHI	Sesto Calende	Largo Cardinal dell'Acqua, 1	In uso SSR	x		x
18	SETTE LAGHI	Angera	Via Bordini, 9	SSR	x		
19	SETTE LAGHI	Tradate	Via Gradisca, 16	SSR	x		x
20	SETTE LAGHI	Varese	Viale Monterosa, 28	SSR	x		x
21	SETTE LAGHI	Luino	Via Forlanini, 6	SSR	x	x	
22	SETTE LAGHI	Cuasso al Monte	Via Imborgnana, 7	SSR		x	
23	LARIANA	Bellagio	Via Del Lazzaretto 12	Ente locale	x		
24	LARIANA	Campione d'Italia	Corso Italia, 10	Ente locale	x		
25	LARIANA	Lomazzo	Via del Rampanone, 1	SSR	x		x
26	LARIANA	Olgiate Comasco	Piazza Italia, 8	SSR	x		x
27	LARIANA	Ponte Lambro	Via Giuseppe Verdi, 3	SSR	x		x
28	LARIANA	Cantù	Via Domea, 4	SSR	x		x
29	LARIANA	Mariano Comense	Via Isonzo, 42/b	SSR	x		
30	LARIANA	Porlezza	Via Garibaldi, 64	Ente locale	x		
31	LARIANA	Centro Valle Intelvi	Via Andreetti, 12	Ente locale	x		
32	LARIANA	Como	Via Napoleona, 60	SSR	x	x	x
33	LARIANA	Mariano Comense	Via Isonzo, 42/b	SSR		x	
34	LARIANA	Menaggio	Via Casartelli, 7	SSR	x	x	x
35	LARIANA	Cantù	Via Domea, 4	SSR		x	
<b>TOTALE</b>					<b>31</b>	<b>8</b>	<b>14</b>

## MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS INSUBRIA



<b>ATS MONTAGNA</b> <b>ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1</b> <b>RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE</b> <b>(CDC - ODC - COT)</b>							
RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	VALTELLINA/ALTO LARIO	Livigno	via Freita 1521/B	Ente locale	X		
2	VALTELLINA/ALTO LARIO	Bormio	via Agoi 8	SSR	X		
3	VALTELLINA/ALTO LARIO	Tirano	via Pedrotti 57	SSR	X	X	
4	VALTELLINA/ALTO LARIO	Sondrio	via Stelvio 35	SSR	X		X
5	VALTELLINA/ALTO LARIO	Chiavenna	via Cereria 4	SSR	X		
6	VALTELLINA/ALTO LARIO	Morbegno	via Morelli 1	SSR	X	X	
7	VALTELLINA/ALTO LARIO	Dongo	via Tre Pievi	Ente locale	X	X	
8	VALTELLINA/ALTO LARIO	Berbenno di Valtellina	via Pradelli 215	SSR	X		
9	VALTELLINA/ALTO LARIO	Tresenda	via Consorzio Valgella 1	Ente locale	X		
10	VALTELLINA/ALTO LARIO	Chiesa Valmalenco	via Roma 120	Ente Locale	X		
11	VALTELLINA/ALTO LARIO	Sondrio	via Besta 1	SSR		X	
12	VALTELLINA/ALTO LARIO	Sondalo	via Zubiani 33	SSR		X	
13	VALCAMONICA	Edolo	Piazzale Donatori di Sangue 1	SSR	X	X	
14	VALCAMONICA	Breno	via Nissolina 2	SSR	X		X
15	VALCAMONICA	Darfo Boario Terme	via Barbolini 1	SSR	X		
16	VALCAMONICA	Cedegolo	via Nazionale 103	Ente locale	X		
17	VALCAMONICA	Pisogne	Località San Gerolamo	Ente locale	X		
18	VALCAMONICA	Ponte di Legno	Piazzale Europa	SSR	X		
19	VALCAMONICA	Berzo Inferiore	Piazza Umberto I,7	Ente locale	X		
20	VALCAMONICA	Ossimo	Via Marconi 19	Ente locale	X		
21	VALCAMONICA	Esine	via Manzoni 142	SSR		X	
<b>TOTALE</b>					<b>18</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

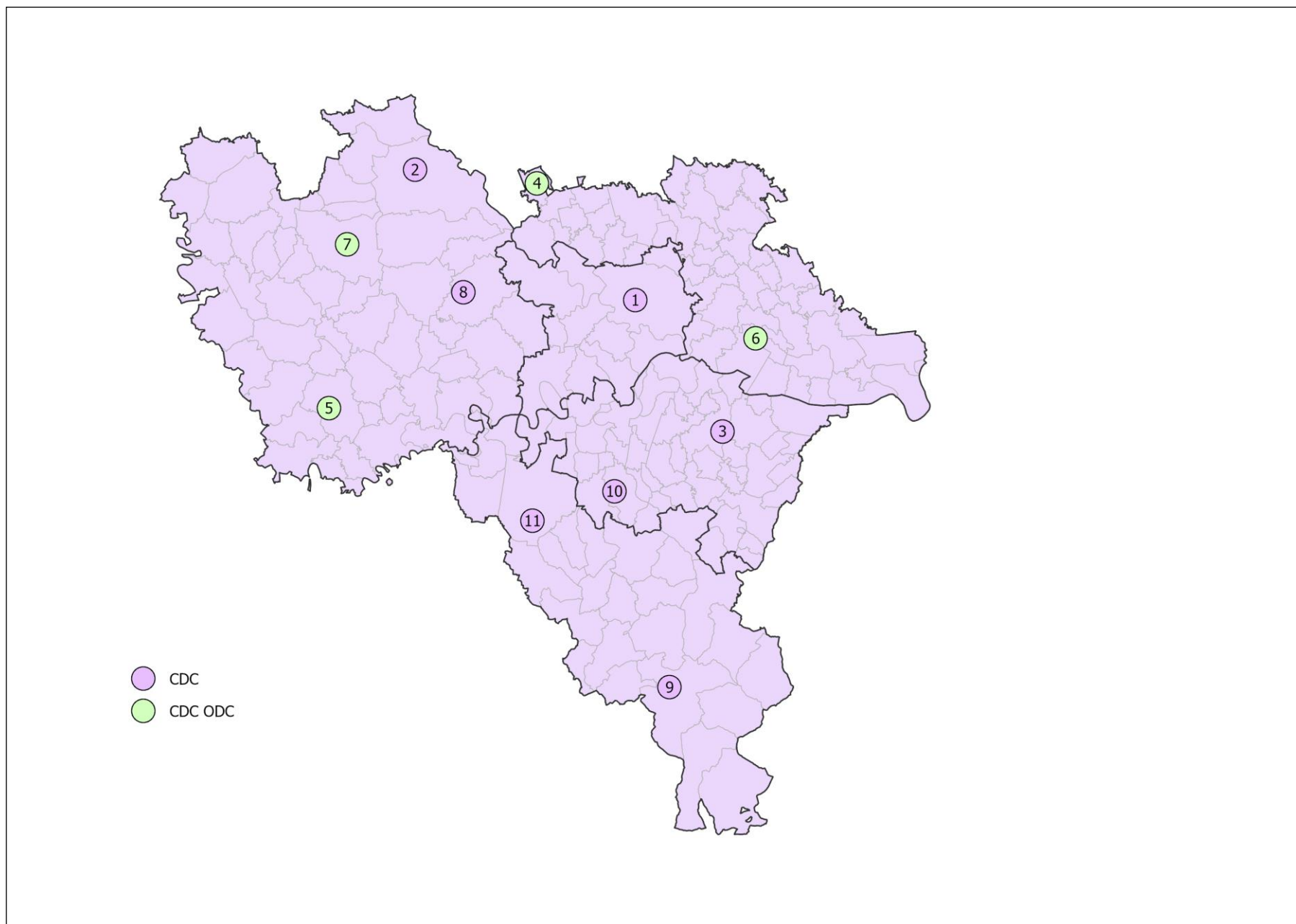
## MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS MONTAGNA



**ATS PAVIA****ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1****RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(CDC - ODC - COT )**

<b>RIFERIMENTO MAPPA</b>	<b>ASST</b>	<b>COMUNE</b>	<b>INDIRIZZO</b>	<b>PROPRIETA'</b>	<b>CDC</b>	<b>ODC</b>	<b>COT</b>
1	PAVIA	Pavia	Piazzale Golgi 19	SSR	x		x
2	PAVIA	Vigevano	Viale Montegrappa 5	SSR	x		x
3	PAVIA	Broni	Via Emilia 351	SSR	x		x
4	PAVIA	Casorate Primo	Via Dall'Orto 99	SSR	x	x	
5	PAVIA	Mede	Viale dei Mille 23	SSR	x	x	
7	PAVIA	Mortara	Strada Pavese 1113	SSR	x	x	
8	PAVIA	Garlasco	Via Borgo San Siro	Ente Locale	x		
9	PAVIA	Varzi	Via Circonvallazione 3	Ente Locale	x		
10	PAVIA	Casteggio	Via Pisani 1	Ente Locale	x		
11	PAVIA	Voghera	Viale Repubblica 88	Ente Locale	x		x
6	IRCCS SAN MATTEO	Belgioioso	Via Cavallotti 12	SSR	x	x	x
<b>TOTALE</b>					<b>11</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

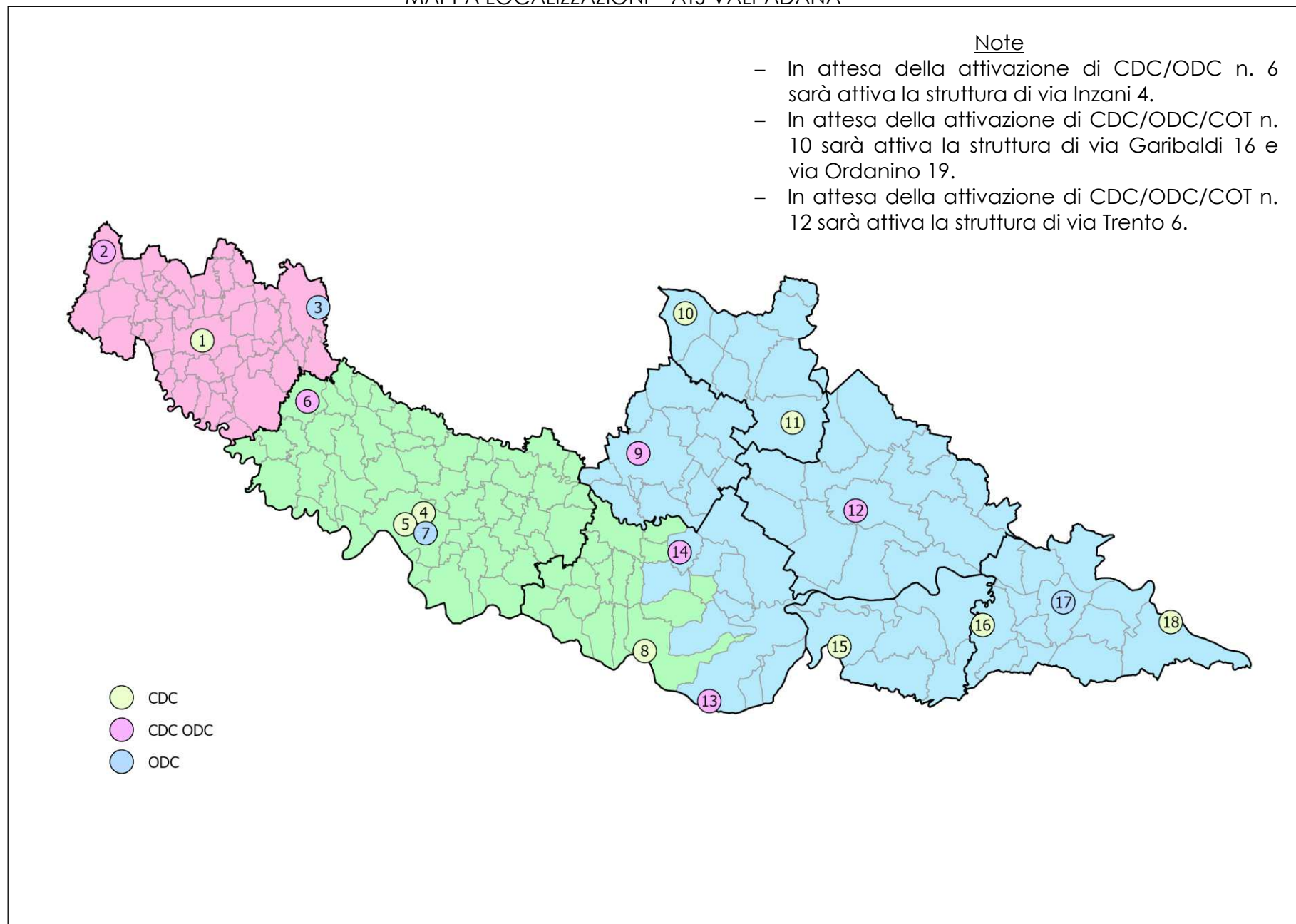
## MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS PAVIA



**ATS VALPADANA**  
**ATTUAZIONE PNRR - MISSIONE 6C1**  
**RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**(CDC - ODC - COT)**

RIFERIMENTO MAPPA	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROPRIETA'	CDC	ODC	COT
1	CREMA	Crema	Via Gramsci, 13	SSR	X		X
2	CREMA	Rivolta d'Adda	Via Monte Grappa, 15	SSR	X	X	
3	CREMA	Soncino	Largo Capretti, 2	Ente locale		X	
4	CREMONA	Cremona	Via San Sebastiano, 14	SSR	X		X
5	CREMONA	Cremona	Via Trento Trieste, 15	SSR	X		
6	CREMONA	Soresina	Via Robbiani, 6	SSR	X	X	
7	CREMONA	Cremona	Viale Concordia, 1	SSR		X	
8	CREMONA	Casalmaggiore	Piazza Garibaldi, 3	In uso SSR	X		X
9	MANTOVA	Asola	Via Schiantarelli, 3 e Piazza 80° Fanteria, 1	Ente Locale e SSR	X	X	X
10	MANTOVA	Castiglione delle Stiviere	Viale Sacchi, n.d.	SSR	X		X
11	MANTOVA	Goito	Strada Statale Goitese, 313	SSR	X		
12	MANTOVA	Mantova	Viale Albertoni, 1	SSR	X	X	X
13	MANTOVA	Viadana	Largo De Gasperi, 7	SSR	X	X	X
14	MANTOVA	Bozzolo	Via XXV Aprile, 71	SSR	X	X	
15	MANTOVA	Suzzara	Via Luigi Cadorna, 2	SSR	X		X
16	MANTOVA	Quistello	Via Bettini, 1	SSR	X		X
17	MANTOVA	Borgo Mantovano	Via Bugatte, 1	SSR		X	
18	MANTOVA	Sermide e Felonica	Via Cesare Battisti, 29	SSR	X		
<b>TOTALE</b>					<b>15</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

## MAPPA LOCALIZZAZIONI – ATS VALPADANA



**DECRETO N. 1043 DEL 22/11/2022  
DEL DIRETTORE GENERALE**

**OGGETTO: POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE DELL'ASST DI  
MANTOVA IN ATTUAZIONE DELLA L.R. N.22/2021**

---

## IL DIRETTORE GENERALE

### RICHIAMATI:

- il D.Lgs n.502/1992;
- la Legge Regionale n.33/2009;
- la Legge regionale n. 22 del 14 dicembre 2021;
- la DGR n.XI/4811/2021 “*Determinazioni in ordine alle linee di sviluppo dell’assetto del sistema socio sanitario lombardo delineato dalla legge regionale 11 agosto 2015, n. 23*”;
- la DGR n.XI/5373/2021 “*Attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza – missione 6C1*”;
- la DGR n.XI/5723/2021 “*Ulteriori determinazioni in merito all’attuazione del Piano Nazionale di ripresa e resilienza – missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di case della comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali*”;
- la DGR n. XI/5832/2021 “*Determinazioni in ordine agli obiettivi delle Agenzie di Tutela della Salute (A.T.S.), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (A.S.S.T.) e dell’Azienda Regionale Emergenza Urgenza (A.R.E.U.) – anno 2022*”;
- il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*”;
- la DGR n.6760 del 25.07.2022 : *Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*;
- la DGR n.XI/6926 del 12.09.2022 “*Approvazione del piano di organizzazione aziendale strategico (POAS) 2022-2024 dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Mantova, ai sensi e per gli effetti dell’art.17, c. 4 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009 e s.m.i., come modificata con legge regionale n. 22 del 14.12.2021*”, recepito da ASST MN con Decreto n. 792/2022;

### PREMESSO che:

- Regione Lombardia con l’approvazione della L.R. n.22/2021 ha previsto importanti interventi di miglioramento e rafforzamento del sistema sanitario e sociosanitario lombardo, tra i quali il potenziamento dei servizi territoriali, anche con la realizzazione di nuove strutture e presidi più vicini al cittadino ed in grado di rispondere ai suoi bisogni;
- Regione Lombardia, con DGR XI/5832/2021 ha assegnato alle ASST, per l’anno 2022, gli obiettivi di potenziamento della rete territoriale e di attuazione della

L.R.22/2021;

- Il Recovery Plan – ovvero Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – , approvato con Decreto 23 maggio 2022, n. 77, prevede diversi interventi in campo sanitario, tra i quali la realizzazione delle Case della Comunità, strutture sanitarie promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, nonché strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio con attenzione particolare ai pazienti con patologie croniche;
- il nuovo POAS 2022-2024 dell'ASST di Mantova, documento programmatico aziendale in tema di organizzazione territoriale ed ospedaliera, disegna l'assetto del polo territoriale, articolato in Distretti e in Dipartimenti, a cui afferiscono i presidi territoriali: Ospedali di Comunità, Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, altre Unità di offerta, e ne definisce le funzioni e gli standard organizzativi;

CONSIDERATO che la Direzione Socio Sanitaria aziendale, sulla scorta delle indicazioni ministeriali e regionali, di concerto con ATS Val Padana, anche attraverso interlocuzioni con gli Ambiti territoriali e gli stakeholder, ha intrapreso un percorso per la progettazione del nuovo assetto territoriale, secondo le linee guida dettate dalla DGR n. XI/4811/2021;

ATTESO che che il progetto, approvato con DGR n. XI/5373/2021 e n. XI/5723/2021, ha previsto, entro il 2024, l'istituzione e attivazione dei Distretti, di n. 9 Case di Comunità, n. 5 Ospedali di Comunità, e n. 6 Centrali Operative Territoriali,

DATO ATTO che, nel rispetto del cronoprogramma di attivazione della progettualità approvata dalle citate DGR n. XI/5373/2021 e n. XI/5723/2021, nonché degli obiettivi regionali assegnati a questa Azienda per l'anno 2022 con DGR n. XI/5832 del 29/12/2021, si è provveduto :

- all'istituzione di 4 Distretti (Decreto n. 267 del 29.03.2022): Distretto Mantovano, Distretto Alto Mantovano, Distretto Basso Mantovano e Distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese -, nell'ambito dei quali si è prevista l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), delle Case delle Comunità (CdC) e degli Ospedali di Comunità (OdC);
- all'istituzione, con Decreto n. 795 del 20.09.2022, di dette n. 6 Centrali Operative Territoriali (COT), cui si aggiunge la COT di Casalmaggiore afferente al Distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese;
- al conferimento degli incarichi quinquennali di Direttore di Distretto, formalizzati con decreto n. 979 del 04.11.2022;
- all'attivazione di quattro Case di Comunità (CdC) e di due Ospedali di Comunità (OdC) tramite riqualificazione/ristrutturazione di edifici esistenti di proprietà, come di seguito indicato:
  - CdC di Goito dal 31/12/2021, inaugurata il 18/05/2022
  - OdC di Bozzolo dal 31/12/2021, inaugurato il 20/07/2022
  - OdC di Borgo Mantovano dal 17/06/2022, inaugurato il 20/07/2022

- CdC di Bozzolo dal 20/07/2021, inaugurata il 20/07/2022
- CdC di Asola dal 17/11/2022, inaugurata il 17/11/2022
- CdC di Viadana dal 17/11/2022, inaugurata il 17/11/2022  
oltre alla CdC di Casalmaggiore, ubicata in territorio Casalasco e afferente al Distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese, attivata ed inaugurata il 17/11/2022;

PRECISATO, infine, che, per il biennio 2023-2024, è pianificata l'attivazione delle restanti strutture:

- anno 2023: CdC di Suzzara, di Quistello, di Sermide e OdC di Viadana;
- anno 2024: CdC di Castiglione delle Stiviere, di Mantova, e OdC di Asola e di Mantova;

PRESO ATTO dell'attestazione di regolarità e di legittimità del presente provvedimento espressa da CANINO PIERO Dirigente della Struttura AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI, e da CANINO PIERO, responsabile del procedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri o proventi a carico dell'Azienda;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

## DECRETA

1. di dare atto che, nel rispetto del cronoprogramma di attivazione della progettualità approvata con DGR n. XI/5373/2021 e DGR n. XI/5723/2021 nonchè degli obiettivi regionali assegnati a questa Azienda per l'anno 2022 con DGR n. XI/5832 del 29/12/2021, si è provveduto:

- all'istituzione di 4 Distretti (Decreto n. 267 del 29.03.2022): Distretto Mantovano, Distretto Alto Mantovano, Distretto Basso Mantovano e Distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese, nell'ambito dei quali si è prevista l'attivazione delle Centrali Operative Territoriali (COT), delle Case delle Comunità (CdC) e degli Ospedali di Comunità (OdC);
- all'istituzione, Decreto n. 795 del 20.09.2022, di n. 6 Centrali Operative Territoriali (COT), cui si aggiunge la COT di Casalmaggiore afferente al distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese;
- al conferimento degli incarichi quinquennali di Direttore di Distretto, formalizzati con Decreto n. 979 del 04.11.2022;
- all'attivazione di quattro Case di Comunità (CdC) e di due Ospedali di Comunità (OdC) tramite riqualificazione/ristrutturazione di edifici esistenti di proprietà, come di seguito indicato:
  - CdC di Goito dal 31/12/2021, inaugurata il 18/05/2022;
  - OdC di Bozzolo dal 31/12/2021, inaugurato il 20/07/2022;

- 
- OdC di Borgo Mantovano dal 17/06/2022, inaugurato il 20/07/2022;
  - CdC di Bozzolo dal 20/07/2021, inaugurata il 20/07/2022;
  - CdC di Asola dal 17/11/2022, inaugurata il 17/11/2022;
  - CdC di Viadana dal 17/11/2022, inaugurata il 17/11/2022;
  - oltre alla CdC di Casalmaggiore, ubicata in territorio Casalasco e afferente al distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese, attivata ed inaugurata il 17/11/2022;

2. di pubblicare il presente provvedimento all'Albo on line sul sito istituzionale aziendale, ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e dell'art. 17 della L.R. 33/2009, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

PRESO ATTO dei pareri di

DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
DIRETTORE SANITARIO  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

FERRARI GIUSEPPE  
MALINGHER ALESSANDRO  
BOSCAINI RENZO

DIRETTORE GENERALE  
AZZI MARA  
(atto firmato digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge)

# Documento Organizzativo Aziendale

## Ospedale di Comunità di Mantova (Secondo DM77/2022- DGR6760/2022- DGR 1435/2023)

### Sommario

<b>1. Premessa</b> .....	2
<b>2. Missione</b> .....	2
<b>3. Caratteristiche della struttura</b> .....	2
Tipologia di pazienti.....	2
Numero posti letto .....	2
Localizzazione .....	2
<b>4. Modello organizzativo</b> .....	3
<b>5. Personale</b> .....	3
Specialisti a supporto .....	3
<b>6. Accesso e dimissione</b> .....	3
Accesso.....	3
Criteri di esclusione .....	3
Dimissione.....	4
<b>7. Modello assistenziale</b> .....	4
Approccio multiprofessionale .....	4
Continuità informativa e cartella informatizzata.....	4
<b>8. Requisiti strutturali e tecnologici</b> .....	4
Strutturali.....	4
Tecnologici.....	5
<b>9. Integrazione territoriale</b> .....	5
<b>10. Indicatori di qualità e monitoraggio</b> .....	5

## 1. Premessa

Il presente documento definisce l'assetto organizzativo dell'Ospedale di Comunità, in linea con il DM 77/2022 e la normativa applicativa lombarda (DGR 6760/2022). L'OdC rappresenta un nodo strategico della rete territoriale per la presa in carico dei pazienti fragili e la continuità assistenziale nel Distretto Mantovano.

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; è rivolta alle persone con patologie acute di lieve entità o con patologie croniche riacutizzate che non necessitano di ricovero in reparti per acuti, ma necessitano comunque di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio, con necessità di assistenza e sorveglianza continuativa che non può essere garantita a domicilio per carenza o inadeguatezza (strutturale e/o familiare); si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti afferenti al Distretto Mantovano, in cui l'OdC di Mantova è ubicato.

## 2. Missione

Supporta la **deospedalizzazione** e riduce i ricoveri impropri.

Garantisce continuità assistenziale tra ospedale, territorio e cure domiciliari.

Offre ricoveri a **bassa intensità clinica** con presa in carico multiprofessionale.

È strumento del Distretto, secondo definizione del DM 77/2022 e sua recezione lombarda.

## 3. Caratteristiche della struttura

### *Tipologia di pazienti*

- Pazienti che necessitano di interventi sanitari erogabili teoricamente a domicilio , ma impossibili per condizioni abitative e/o familiari.
- Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa non erogabile a domicilio
- Pazienti in stabilizzazione clinica dopo fase acuta

### *Numero posti letto*

- 30 posti letto accreditati

### *Localizzazione*

L'OdC è inserito all'interno del sistema territoriale del Distretto, secondo quanto previsto dal DM 77/2022 e recepito in Lombardia tramite DGR 6760/2022. È ubicato all'interno del P.O. di Mantova, viale Albertoni, 1 – 46100 – Mantova, Padiglione 10,

### **AziendaSocioSanitariaTerritoriale di Mantova**

StradaLagoPaiolo10-46100Mantova | www.asst-mantova.itCentralino03762011 | CodiceFiscaleePartitalva02481

primo piano.

#### 4. Modello organizzativo

L'OdC opera sotto il coordinamento del Distretto Mantovano e in integrazione funzionale con:

- Casa della Comunità
- Centrale Operativa Territoriale (COT)
- Cure domiciliari e servizi sociali
- Strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio

#### 5. Personale

- 1 Coordinatore infermieristico con ruolo di case manager presente dal lunedì al venerdì in fascia oraria diurna
- N 11 infermieri presenti h24 7 giorni su 7, figura centrale nell'assistenza in OdC organizzati con un turno singolo giornaliero (ore 8.00-16.00) e un turnista presente nelle 24 ore
- 1 Medico responsabile e medici aziendali a supporto, con presenza di almeno 4,5 ore al giorno dal lunedì al sabato.
- N. 8 Operatori socio Sanitari presenti h24 7 giorni su 7, organizzati con turno doppio giornaliero e singolo notturno M-P-N-S-R

#### ***Specialisti a supporto***

Secondo necessità: fisioterapista, assistente sociale, logopedista, dietista, psicologo. Il personale riabilitativo, fisioterapista, svolge la propria attività in rapporto funzionale in quanto afferente alla struttura di riabilitazione presente al piano -1 del Padiglione 5.

#### 6. Accesso e dimissione

##### **Accesso**

Secondo DGR 6760/2022:

- Invio dal Medico di Medicina Generale al Coordinatore Infermieristico (come da procedura aziendale)
- Dimissione protetta dalle strutture per acuti quali reparti ospedalieri e/o PS.
- Invio dai servizi territoriali.

### ***Criteria di esclusione***

Stabiliti a livello regionale in successivi atti (citate nella DGR 6760/2022), includono:

- Condizioni cliniche ad alta intensità.
- Necessità assistenziale non compatibile con struttura non ospedaliera.

### ***Dimissione***

- Pianificata con valutazione multidimensionale.
- Possibile rientro al domicilio o trasferimento in struttura intermedia / RSA.

## **7. Modello assistenziale**

### ***Approccio multiprofessionale:***

- Presa in carico integrata
- PAI (Piano Assistenziale Individualizzato)
- Riunioni di équipe programmate

### ***Continuità informativa e cartella informatizzata***

Cartella cartacea (FASAS): viene informatizzato tutto l'iter diagnostico-terapeutico tramite l'applicativo aziendale Galileo, conforme al FSE 2.0. A tendere sarà informatizzata. La conformità al FSE 2.0 è ribadita anche nelle comunicazioni aziendali interne relative agli OdC.

## **8. Requisiti strutturali e tecnologici**

Dotazioni conformi a DGR 6760/2022

### **Strutturali**

- N.14 Camere da 2 posti con servizi igienici e n.2 camere da 1 posto con servizi igienici
- N. 1 locale per colloqui e attività amministrative
- N. 1 locale per visite e medicazioni
- N. 1 locale per medici
- N. 1 locale lavoro infermieristico
- N. 1 locale per coordinatore infermieristico
- N. 2 locali soggiorno (1 per ogni modulo da 15 posti letto)
- N. 1 locale per il deposito del materiale pulito
- N. 3 locali per deposito delle attrezzature
- N. 1 locale per il deposito del materiale sporco

### **AziendaSocioSanitariaTerritoriale di Mantova**

StradaLagoPaiolo10-46100Mantova | www.asst-mantova.itCentralino03762011 | CodiceFiscaleePartitalva02481

- N. 1 locale tisaneria
- Servizi igienici per il personale
- N. 2 locali spogliatoio per il personale
- N. 1 locale attesa per i visitatori
- N. 1 locale palestra

## Tecnologici

- Diagnostica di base (Elettrocardiografo, saturimetro)
- Dotazione di base per monitoraggio clinico a bassa intensità
- Ausili per la riabilitazione (ausili per la deambulazione, cyclette)
- Sistemi informativi interoperabili per FSE 2.0 attraverso galileo
- Carrello per le emergenze
- Carrello per la gestione della terapia
- Carrello per le medicazioni

## 9. Integrazione territoriale

L'OdC opera all'interno della rete territoriale con:

- Case della Comunità COT (Centrale Operativa Territoriale)
- Assistenza domiciliare
- Servizi sociali comunali
- Strutture sanitarie e socio-sanitarie del territorio di appartenenza

## 10. Indicatori di qualità e monitoraggio

In coerenza con il monitoraggio nazionale AGENAS sul DM 77/2022 e in collaborazione con il Controllo di Gestione aziendale:

- Tasso di occupazione posti letto
- Durata media del ricovero
- Percentuale di dimissioni a domicilio
- Riduzione dei ricoveri impropri

## CARTA DEI SERVIZI OSPEDALE DI COMUNITÀ ASST MANTOVA

La Carta dei Servizi è il principale strumento di un'organizzazione per far conoscere i servizi, i progetti, gli interventi che realizza e per dare informazioni sugli aspetti tecnico organizzativi e gestionali, sulle risorse e le attività a disposizione, sulle modalità di accesso e di intervento.

È pensata, inoltre, per essere uno strumento che permetta ai cittadini il controllo, anche in termini di qualità, dell'erogazione dei servizi stessi.

La Carta dei Servizi dell'**Ospedale di Comunità dell'ASST di Mantova** costituisce uno strumento per fornire ai cittadini mantovani informazioni utili sul Servizio, sulle procedure per accedervi, sugli interventi e prestazioni specifici, sulle figure professionali che vi operano, sulle modalità di lavoro utilizzate, sui loro diritti.

### >> PRINCIPI FONDAMENTALI NELLO SVOLGIMENTO DEI SERVIZI

L'ASST, nello svolgimento dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, ispira la propria attività al rispetto dei seguenti principi:

#### **EGUAGLIANZA**

I servizi sono erogati secondo regole uguali per tutti, a prescindere dal sesso, dalla razza, dalla lingua, dalle condizioni economiche e sociali, dalla religione, dalle opinioni politiche.

#### **IMPARZIALITÀ**

All'assistito sono garantite obiettività e giustizia.

#### **RISERVATEZZA**

All'assistito è garantita la tutela della riservatezza e della privacy.

#### **CONTINUITÀ**

I servizi sono erogati con regolarità senza soluzione di continuità e nel rispetto degli impegni concordati e programmati. L'ASST di Mantova si adopera per assicurare la continuità nell'assistenza. Qualora dovesse verificarsi una interruzione del servizio per cause maggiori, essa si impegna a provvedere immediatamente al ripristino limitando il più possibile il disagio.

#### **TRASPARENZA**

Le modalità di gestione del Servizio sono suscettibili di monitoraggio, supervisione e controllo da parte degli interessati.

#### **PARTECIPAZIONE**

L'assistito ha la possibilità di produrre documenti, fornire informazioni e formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. Ha il diritto di accedere alle informazioni che lo riguardano e può compilare periodicamente appositi questionari per la valutazione della qualità percepita del servizio a lui erogato.

## APPROPRIATEZZA

Tutti gli operatori, adeguatamente supportati e coordinati, perseguono obiettivi di cura ed assistenza efficaci per lo stato di salute degli assistiti ed il miglioramento della qualità della loro vita.

### >> OSPEDALE DI COMUNITÀ ASST MANTOVA

L'ospedale di comunità è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una **funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**; 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 hanno comunque bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio, con assistenza e sorveglianza continuative che non possono essere garantite a domicilio per carenza o inadeguatezza (strutturale o familiare); si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti afferenti al distretto in cui l'ospedale di comunità si trova.

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

Tra gli obiettivi primari del ricovero in ospedale di comunità vi è il **coinvolgimento attivo** e l'aumento di consapevolezza ed empowerment del paziente o familiare alla **capacità di autocura** e il **riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità**.

È un'unità di degenza che eroga **ricoveri brevi finalizzati**:

- alla prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- alla stabilizzazione e all'accompagnamento del paziente verso il domicilio o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare-caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

Il servizio è a gestione prevalentemente infermieristica.

## >> CONDIZIONI DI DIRITTO DI ACCESSO

I **destinatari** dell'Ospedale di Comunità sono prevalentemente:

- pazienti fragili o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, 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, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio.

## >> CRITERI DI PRESA IN CARICO E DIMISSIONI

La presa in carico dell'utente prevede la **presentazione della domanda di inserimento** che deve essere indirizzata al coordinatore infermieristico dell'ospedale di comunità e può avvenire:

- dal domicilio su proposta del medico di medicina generale (anche su segnalazione da parte dell'infermiere di comunità e famiglia);
- da altre strutture o degenze ospedaliere su proposta dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero;
- direttamente dal pronto soccorso, previo accordo con l'ospedale di comunità e secondo le modalità previste;
- tramite la centrale operativa territoriale.

La segnalazione all'Ospedale di Comunità avviene mediante l'utilizzo di modulistica aziendale dedicata contenente le valutazioni e le indicazioni necessarie, così come da normativa vigente.

Le dimissioni avverranno in coerenza al raggiungimento degli obiettivi indicati nel PAI del paziente condivisi con il paziente stesso ed il caregiver di riferimento, stilato al momento dell'ingresso ad esito della valutazione multidimensionale.

Come da DGR n. 1435 del 27/11/2023 il periodo di ricovero è di norma di 30 giorni, fatto salvo casi eccezionali debitamente motivati nell'ambito della documentazione FASAS.

## >> SEDI

Gli Ospedali di Comunità dell'ASST di Mantova attivi sono:

- Ospedale di Comunità di Viadana, sito in Largo De Gasperi, 7 46019 – Viadana: 20 posti tecnici accreditati
- Ospedale di Comunità di Asola, sito in Piazza 80° Fanteria, 1 – 46041Asola: 15 posti tecnici accreditati
- Ospedale di Comunità di Borgo Mantovano, sito in Via Bugatte, 1 – 46020Borgo Mantovano: 18 posti tecnici accreditati

## >> COME RAGGIUNGERCI

Asola [Piazza 80° Fanteria - Google Maps](#)

Viadana [Largo Alcide De Gasperi, 7 - Google Maps](#)

Borgo Mantovano [Via Bugatte, 1 - Google Maps](#)

## >> CONTATTI

Sedi	Asola	tel.0376/721243 e-mail: odc.asola@asst-mantova.it
	Viadana	tel.0376/435858-435883 e-mail: odc.viadana@asst-mantova.it
	Borgo Mantovano	tel.:0386/717396 e-mail: odc.borgomantovano@asst-mantova.it

## >> ORARIO DI FUNZIONAMENTO DELL'UNITÀ D'OFFERTA

L'accesso presso il servizio da parte dei visitatori è garantito nelle giornate e negli orari così come di seguito riportato, salvo differenti indicazioni del Responsabile organizzativo del Distretto.

Sedi	Asola	Dal lunedì alla domenica dalle ore 17,30-alle 19
	Viadana	Dal lunedì al sabato dalle ore 16.00 alle 19.00 Domenica dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 16.00 alle 19.00
	Borgo Mantovano	7 giorni su 7, dalle ore 14.00 alle ore 18.00 Dalle 15.00 alle 16.00: colloquio con il medico di reparto

## >> FIGURE PROFESSIONALI

Nell'ambito del servizio operano le seguenti figure professionali:

- Un Responsabile organizzativo;
- Un Dirigente Medico con Responsabilità Igienico Sanitaria;
- Un Dirigente Medico con Responsabilità Clinica;
- Personale infermieristico dell'ASST di Mantova;
- Terapisti della riabilitazione dell'ASST di Mantova;
- Operatori OSS;
- Disponibilità di medici specialisti, in funzione del bisogno delle persone in carico, garantita dagli specialisti medici dell'ASST di Mantova.

## >> DIMISSIONI/TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA E PER ASSICURARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE

Le dimissioni al domicilio o trasferimento presso altra struttura sono coordinate dalla Centrale Operativa Territoriale di residenza del paziente.

## >> SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE

Il grado di soddisfazione degli utenti e dei loro famigliari si rileva dalla lettura del questionario di gradimento (conforme alle indicazioni regionali contenute nell'allegato della DGR 12902/2003 ed atti successivi), che viene somministrato tramite SMS. I risultati dei questionari sono alla base del riesame della direzione per il miglioramento continuo del servizio.

## >> LE PROCEDURE DI TUTELA DEGLI UTENTI

L'ASST è attenta a tutelare le persone assistite attraverso la possibilità di effettuare segnalazioni o di fornire suggerimenti rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il pubblico (URP).

La principale funzione dell'URP è l'ascolto dell'esperienza del cittadino a contatto con i servizi di cura e salute offerti dall'ASST a fronte di disservizi, o al contrario, di encomi rivolti a professionisti o processi aziendali.

Gli utenti possono presentare, presso la sede della Azienda Socio-Sanitaria Territoriale, reclami o segnalazioni contattando l'URP tramite:

- compilazione scheda on-line collegandosi al sito <https://www.asstmantova.it/ufficio-relazioni-con-il-pubblico>
- E- mail scrivendo all'indirizzo [urp@asst-mantova.it](mailto:urp@asst-mantova.it)
- telefono contattando lo 0376/201443
- WhatsApp 3387139900
- Facebook Messenger
- Instagram Direct
- accesso diretto presso le sedi aziendali:

SEDI	ORARI	CONTATTO
piano terra palazzina 9, Direzione Generale Ospedale Mantova	dal lunedì al venerdì 9.00 - 13.00	0376 201443
piano terra, Direzione Medica di Presidio Ospedale Asola	dal lunedì al mercoledì 9.00 - 13.00	0376 201443
piano I, Direzione Medica di Presidio Ospedale Pieve di Coriano	dal lunedì al venerdì 9.00 - 13.00	0386 717473
piano terra, Direzione Medica di Presidio Ospedale Bozzolo	dal lunedì al venerdì 9.00 - 13.00	0376 909231

L'**Ufficio di Pubblica Tutela – UPT** è un organismo autonomo e indipendente che opera, al di fuori di ogni logica gerarchica, nell'interesse degli utenti che accedono ai servizi erogati dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova.

L'obiettivo predominante dell'UPT è di **fornire il supporto ai cittadini, soprattutto quelli più fragili, per la tutela dei propri diritti, verificando che l'accesso alle prestazioni, rese dalle strutture aziendali, avvenga nel rispetto delle condizioni stabilite nelle carte dei servizi.**

Per prenotare un appuntamento (dal lunedì al venerdì in una qualsiasi sede dell'ASST) è possibile telefonare al numero 0376 201443 oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica [upt@asst-mantova.it](mailto:upt@asst-mantova.it) lasciando i propri riferimenti.

### >> TUTELA DELLA RISERVATEZZA

Tutti gli utenti hanno diritto alla protezione della propria privacy. Le misure adottate dalla Struttura sono chiare: la documentazione e i dati sono trattati con cura e le comunicazioni sono date a terzi solo se preventivamente autorizzati dall'interessato.

Il paziente riceve l'informativa sulla privacy con un linguaggio comprensibile e dettagliato ed inoltre firma il modulo del consenso informato in cui sono indicate le persone autorizzate. Nel caso in cui il paziente non fosse in grado fisicamente di firmare il modulo, ma in grado di esprimere la propria volontà, questo sarà firmato dall'operatore sanitario in qualità di pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio (ad esempio l'infermiere o il fisioterapista che ha in carico il paziente stesso). La modalità è la stessa anche per la firma di tutti i consensi informati necessari.



## >> IL FASCICOLO SOCIO SANITARIO ED ASSISTENZIALE

### CONSERVAZIONE DEL FASCICOLO SOCIO SANITARIO ED ASSISTENZIALE

Ogni FaSAS chiuso viene conservato in apposito schedario o armadio con ante cieche e con chiusura a chiave.

### ARCHIVIAZIONE DEL FASCICOLO SOCIO SANITARIO ED ASSISTENZIALE

Il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FaSAS) si conclude con la lettera di dimissione e la scheda infermieristica di dimissione.

Prima dell'archiviazione tutti gli operatori si impegnano a garantire la completezza della documentazione, delle informazioni e degli aggiornamenti socio-sanitari nelle parti di loro competenza e nei tempi previsti dalle vigenti normative regionali.

Il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FaSAS), redatto e sottoscritto, viene archiviato nell'archivio centrale della ASST di Mantova presso l'ospedale Carlo Poma di Mantova.

Il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario FaSAS, secondo quanto indicato nel Titolario / Massimario di scarto, rev. 4\_ 2018 della Regione Lombardia deve essere conservato, unitamente ai relativi referti, per dieci anni.

### RICHIESTA COPIA E RILASCIO DEL FASCICOLO SOCIO SANITARIO ED ASSISTENZIALE

Il FaSAS può essere richiesto in copia conforme all'originale dall'utente stesso o da un suo delegato tramite apposito modulo scaricabile dal sito dell'ASST di Mantova alla pagina

[Copia della cartella clinica](#) seguendo tutte le indicazioni contenute.

Documento aggiornato 24/07/2024

## RELAZIONE GENERALE ORGANIZZATIVA E GESTIONALE

### OSPEDALE DI COMUNITA' DI MANTOVA – DISTRETTO MANTOVANO

L'Ospedale di Comunità è una struttura sociosanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale attraverso il raccordo e l'integrazione, a livello distrettuale, con le nuove strutture delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (COT).

In Ospedale di Comunità (OdC) sono erogate degenze di breve durata, rivolte a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e/o interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili anche a domicilio, con assistenza e sorveglianza continuative, ma che non possono essere garantite a domicilio per carenza o inadeguatezza (strutturale o familiare). L'OdC si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti afferenti al distretto in cui si trova.

L'OdC svolge quindi una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. È destinato a pazienti con patologia acuta minore, che non necessitano di ricovero ospedaliero in reparti per acuti, o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, che provengono da reparti ospedalieri o da Pronto Soccorso oppure dal domicilio su segnalazione del Medico di Assistenza Primaria (MAP) e che necessitano di:

- stabilizzazione clinica per consentire il rientro al proprio domicilio;
- recupero funzionale e insegnamento /addestramento di procedure di autocura complesse;
- inizio di ricovero sociosanitario per non autosufficienti, in attesa di una collocazione stabile.

Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza ed empowerment del paziente o familiare/caregiver alla capacità di autocura e il riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

È un'unità di degenza che eroga ricoveri brevi finalizzati:

- alla prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- alla stabilizzazione e all'accompagnamento del paziente verso il domicilio o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare-caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.
- al recupero funzionale e insegnamento/addestramento di procedure di autocura complesse;
- al ricovero sociosanitario per non autosufficienti, in attesa di una collocazione stabile.

L'OdC di Mantova è dotato di n. 30 posti letto e si rivolge prioritariamente a soddisfare i bisogni di tipo sociosanitario degli assistiti del Distretto di Mantova, che conta una popolazione di 157.522 abitanti, di cui circa il 25% di età superiore ai 65 anni. I dati epidemiologici 2024 evidenziano una prevalenza complessiva di assistiti cronici pari al 40%, con un'incidenza particolarmente rilevante nelle fasce di età più avanzate: gli assistiti cronici rappresentano infatti il 79% della popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni e il 92% di quella di età pari o superiore a 75 anni. Tale quadro risulta coerente con la funzione dell'Ospedale di Comunità, quale setting intermedio rivolto a pazienti che necessitano di assistenza clinico-infermieristica a bassa intensità, di stabilizzazione clinica, sorveglianza sanitaria, completamento del percorso di cura e supporto alla transizione verso il domicilio o altri setting territoriali. (Fonte ATS Valpadana).

L'OdC è ubicato all'interno del Presidio Ospedaliero di Mantova, in viale Albertoni, 1 – 46100 – Mantova, al primo piano del Padiglione 10, nello stesso stabile sede della Casa di Comunità di Mantova.

In riferimento ai requisiti di accreditamento di cui all'allegato 1 della DGR 1435/2023, sono soddisfatti i requisiti organizzativi (da OSOdC01 a OSOdC016), i requisiti strutturali (da SSOdC01 a SSOdC31) e i requisiti tecnologici.

In particolare, si ritiene soddisfatto il requisito SSOdC18, in quanto gli spogliatoi a servizio degli operatori dell'Ospedale di Comunità sono collocati al piano -1 del Padiglione 10, nello stesso edificio sede della Casa di Comunità al piano terra e dell'Ospedale di Comunità al primo piano. Tale collocazione risponde a criteri di razionale organizzazione degli spazi e di idoneità igienico-sanitaria.

Ai sensi di quanto prevede la normativa vigente (D.M. 77/2022, DRG 6760/2022, DGR 1435/2023) la dotazione organica è costituita da un pool di infermieri e di OSS (la cui presenza viene articolata in turni h 24 a garanzia della gestione assistenziale), oltre a terapisti della riabilitazione, presenti quando necessario e afferenti alla Struttura di Cure Domiciliari (C-DOM) situata al piano terra del Pad. 10.

L'assistenza medica viene fornita da personale medico ASST Mantova per 4,5 ore/die per 6 giorni su 7. La responsabilità clinica dei pazienti è affidata al medico nominato. Negli altri orari è garantita la pronta disponibilità fornita da medici ASST o afferenti al Servizio di Continuità Assistenziale.

La partecipazione della medicina generale all'attività dell'OdC di Mantova si può configurare, allo stato attuale, come un'attività clinica esercitata in continuità con l'assistenza assicurata dal medico a livello domiciliare al singolo paziente. In relazione alla evoluzione della normativa (ACN e AIR) potranno essere introdotte forme diverse di partecipazione dei MAP.

Le attività amministrative e di supporto all'attività di degenza (servizio di cucina, gestione biancheria/lavano, servizio di sanificazione, servizio di gestione rifiuti sanitari, servizio mortuario), sono in comune con quelli già espletati nel P.O. Carlo Poma di Mantova.

La gestione dell'emergenza-urgenza è garantita attraverso l'Istruzione operativa "Emergenza clinica presidio ospedaliero di Mantova e servizi afferenti alla direzione Socio sanitaria (rete territoriale)".

La diagnostica per immagini è garantita dalla Struttura Diagnostica per Immagini presente all'interno del Presidio Ospedaliero, così come la diagnostica di base di tipo laboratoristico è garantita dal Servizio Medicina di Laboratorio, presente anch'esso nel PO.

All'interno dell'OdC viene comunque garantita la possibilità di eseguire diagnostica di base tramite idonee dotazioni tecnologiche (ecografo, ECG – saturimetro, etc.).

Dal punto di vista informatico e digitale, l'OdC di Mantova è supportato dalla piattaforma digitale del territorio (SGDT), e dal portale Galileo che permette una interoperabilità con il FSE del paziente.

A completamento delle funzioni di SGDT sarà possibile anche la programmazione e gestione della capacity dell'OdC, al fine di consentire il lavoro delle COT che medieranno l'accesso dei pazienti sia su segnalazione dei reparti ospedalieri che dei MAP.

Mantova, 23/03/2026

Direttore Socio Sanitario

Dr.ssa Angela Bellani

Direttore f.f. Distretto Mantovano

Dr.ssa Alessia Sempreboni



ALESSIA  
SEMPREBONI  
23.03.2026  
12:23:06  
GMT+01:00

## Sommario

1. PREMESSA .....	2
2. ACRONIMI E GLOSSARIO .....	3
3. CRITERI CLINICI DI ACCESSO .....	3
4. CRITERI DI ESCLUSIONE .....	3
5. CRITERI DI DIMISSIBILITÀ .....	4
6. PIANO DI CURA GENERALE.....	4
6.1 MODALITÀ DI ACCESSO.....	4
6.2 INGRESSO E ACCOGLIENZA.....	4
6.3 GESTIONE CRITICITÀ.....	5
6.4 DIMISSIONE .....	6
7. RIFERIMENTI.....	10

Stato delle revisioni					
Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
0	14/06/2023	Prima emissione	<b>Responsabile Gruppo di Lavoro</b> Elena Mariani	<b>RQA</b> Enrico Burato	<b>DSS</b> Renzo Boscaini
1	27/12/2023	1. Premessa; 2. Acronimi e Glossario; 4. Criteri clinici di accesso; 5. Criteri di dimissibilità; 6.1 Modalità di accesso; 6.3 Gestione criticità; 7 Riferimenti	<b>Direttore del Distretto Oglio Po – Casalasco Viadanese</b> Dr.ssa Elena Mariani <b>Direttore Distretto Alto Mantovano</b> Dr.ssa Maria Gloria Gandellini	<b>RQA</b> Enrico Burato	<b>DSS</b> Renzo Boscaini
2	19/02/2024	6.1 Modalità di accesso; modifica nella tabella delle attività relativamente a T <sub>0a</sub> e T <sub>0b</sub>	<b>Direttore Distretto Alto Mantovano</b> Dr.ssa Maria Gloria Gandellini <b>Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadanese</b> Dr.ssa Elena Mariani	<b>RQA</b> Dr.ssa Daniela Rastelli	<b>DSS</b> Dr.ssa Angela Bellani

*Documento firmato elettronicamente. La copia originale del documento in stato di validità è pubblicata sul sistema informatico Taleteweb e consultabile elettronicamente da tutto il personale autorizzato.*

Rev.0 GdL: Monica Carnevali, Alessandra Chiozzini, Fabrizio Squeri, Alessandro Amadini, Stefano Bernardelli

Rev.1 GdL: Monica Carnevali, Alessandra Chiozzini, Stefania Bavera, Rosita Zuzzi

Rev.2 GdL: Monica Carnevali, Alessandra Chiozzini, Stefania Bavera, Rosita Zuzzi, Amadini Alessandro

## 1. PREMESSA

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; 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 necessitano comunque di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio, con necessità di assistenza e sorveglianza continuativa che non può essere garantita a domicilio per carenza o inadeguatezza (strutturale e/o familiare); si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti afferenti al Distretto in cui l'OdC è ubicato.

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

Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza ed empowerment del paziente e/o familiare alla capacità di autocura ed il riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. È un'unità di degenza che eroga ricoveri brevi finalizzati:

- alla prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- alla stabilizzazione e all' accompagnamento del paziente verso il domicilio, o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

I destinatari delle degenze di comunità sono prevalentemente:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, 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, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

È pertanto una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

L'OdC svolge pertanto una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero.

L' obiettivo del ricovero deve essere chiaro e formalizzato nel Piano di Assistenza Individuale (PAI) formulato sulla base di una valutazione multidimensionale per definire i bisogni clinici e assistenziali, la durata del ricovero, i trattamenti e i risultati attesi; l'obiettivo del ricovero deve essere condiviso col paziente/famigliare, con il proponente del ricovero ed il responsabile dell'OdC e case-manager.

Il documento si applica a tutti gli OdC a livello aziendale.

## 2. ACRONIMI E GLOSSARIO

MMG	Medico Medicina Generale
OdC	Ospedale di Comunità
OSS	Operatore Socio Sanitario
PAI	Piano di Assistenza Individuale
VMD	Valutazione multidimensionale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico
PS	Pronto Soccorso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD	Residenza Sanitaria per Disabili
UVM	Unità Valutativa Multidisciplinare
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
ADL	Attività di Vita Quotidiana

## 3. CRITERI CLINICI DI ACCESSO

**Pazienti provenienti dal domicilio** in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- 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;
- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica);
- consenso informato del paziente.

**Pazienti provenienti da struttura sanitaria** per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

## 4. CRITERI DI ESCLUSIONE

**Criteri di esclusione:**

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 5$  o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;

- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all’atto dell’inizio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.

## **5. CRITERI DI DIMISSIBILITÀ**

- Raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI
- Degenza < 30 giorni
- Comparsa di un quadro clinico che necessita di un reparto per acuti
- Comparsa di segni clinici che prevedono un diverso setting assistenziale

## **6. PIANO DI CURA GENERALE**

### **6.1 MODALITÀ DI ACCESSO**

La presa in carico dell’utente prevede la presentazione della domanda di inserimento che deve essere indirizzata al Coordinatore infermieristico dell’OdC (elenco reso disponibile dal Direttore di Distretto/ATS territorialmente competente) e può avvenire:

- dal domicilio su proposta del MMG (anche su segnalazione da parte dell’IFeC);
- da altre strutture o degenze ospedaliere su proposta dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero;
- direttamente dal P.S., previo accordo con l’OdC e secondo le modalità previste;
- tramite la COT.

L’Ospedale di Comunità fornisce riscontro motivato al richiedente entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta, tramite mail. Il ricovero presso l’OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza, documentata nel FASAS, potrà prolungarsi ulteriormente.

### **6.2 INGRESSO E ACCOGLIENZA**

All’ingresso in Struttura il paziente è preso in carico secondo le modalità di valutazione multidimensionale, in base alla quale viene impostato il PAI (bisogni rilevati, definizione di obiettivi terapeutici ed assistenziali, programma terapeutico e assistenziale, indicatori di risultato, durata presumibile della degenza) ed è individuato un piano provvisorio di continuità assistenziale con la partecipazione del case-manager e la mediazione della COT (dimissione domiciliare, eventuali servizi da attivare, setting assistenziale più appropriato), con privilegio, in ogni caso, del rientro a domicilio e del reinserimento sociale.

Il programma terapeutico/assistenziale è tipicamente multidisciplinare/multiprofessionale, con il coinvolgimento del Team della Struttura (Medico, Infermiere, Operatori Socio Sanitari, Case manager) e previa consulenza, delle professionalità presenti in azienda (Fisioterapista, Dietista, Psicologo, Logopedista, Tutela Giuridica, Protesica integrativa), in relazione alle necessità durante il processo di cura. Ove necessario è possibile avvalersi dell’apporto dell’assistente sociale inserito nell’équipe valutazione multidimensionale della Casa di Comunità di riferimento.

L’utilizzo di queste figure è orientato a stimolare il mantenimento o recupero dell’autonomia nelle ADL.

Il programma terapeutico-assistenziale è rimodulato nel corso della degenza, nei processi e negli esiti, che sono regolarmente condivisi con il paziente ed il suo entourage socio-familiare, allo scopo di individuare i

migliori percorsi, nel rispetto delle scelte individuali. I progetti di cura sono centrati sul recupero della massima autonomia funzionale, con preservazione della qualità di vita e del funzionamento sociale del paziente, sia nel corso del ricovero sia, successivamente, nel processo di continuità delle cure

La degenza in struttura assume grande rilevanza per la costruzione delle basi dell'interrelazione di Cura, pertanto, compatibilmente con le risorse disponibili, viene prestata molta attenzione agli aspetti alberghieri (comfort ed igiene degli ambienti), scelta appropriata dei "compagni" di stanza (sulla scorta di caratteristiche anagrafiche, cognitivo comportamentali, necessità assistenziali), presentazione dell'equipe assistenziale, illustrazione, al paziente ed ai familiari, dell'organizzazione e delle regole della struttura.

L'accoglienza è affidata al personale infermieristico ed OSS e si provvede, inoltre, alla compilazione del "Modulo per la privacy", documento ufficiale che informa le regole di comunicazione dei dati sensibili al paziente (o tutore o amministratore di sostegno) ed ai suoi familiari/entourage sociale.

Le ammissioni in reparto sono programmate nei giorni feriali (dal lunedì al venerdì), dalle 8.30 alle 16.00 (festivi esclusi, tranne casi esplicitamente concordati).

La prima valutazione sanitaria ed assistenziale a cura del Medico di Reparto e dell'Infermiere sono effettuate il prima possibile il giorno dell'ingresso, con contestuale redazione della cartella clinica integrata, per i rispettivi ambiti di competenza. In base alla valutazione viene poi formulato un PAI, che deve prevedere anche l'addestramento del paziente e/o caregiver al fine di favorire l'empowerment e la gestione del percorso di salute

Durante la degenza vengono effettuate:

- ✓ assistenza diretta e indiretta
- ✓ monitoraggio del quadro clinico, relativi aggiornamenti terapeutico/assistenziali ed eventuale esecuzione di indagini bioumorali e/o strumentali che si rendono necessari;
- ✓ eventuale programma riabilitativo, se previsto;
- ✓ eventuale valutazione da parte di consulenti e specialisti ospedalieri, se necessario;
- ✓ rivalutazione del piano terapeutico-assistenziale e dei bisogni individuali del paziente che coinvolgono l'intero team di cura;
- ✓ colloqui strutturati con i familiari;
- ✓ incontri educazionali rivolti ai pazienti e ai caregivers fino al raggiungimento dell'autonomia gestionale del paziente/caregiver, in base agli obiettivi prefissati (MOD02PdCOdCASST Educazione sanitaria caregiver);
- ✓ possibilità di avvalersi di consulenze specialistiche presenti presso la Casa di Comunità/Struttura ospedaliera di riferimento.

### **6.3 GESTIONE CRITICITÀ**

Qualora il paziente presenti la necessità di intervento di emergenza / urgenza verrà attivato nel minor tempo possibile il medico di reparto, ove non presente il Medico dell'UO Medicina Generale reperibile e/o anestesista reperibile o in sua assenza saranno adottate le procedure più idonee (secondo le indicazioni aziendali (PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU.

Viene data informazione al paziente (quando possibile) e al caregiver in merito all'evoluzione del quadro clinico e dei provvedimenti attuati.

L'eventuale riaffiorare di instabilità cliniche o l'insorgenza di situazioni emergenziali rilevate dal medico di reparto (in turno o chiamato in reperibilità o dall'infermiere in turno) possono essere gestite tramite una consulenza da parte degli specialisti ospedalieri e/o organizzando l'invio del paziente nel reparto di

competenza per l'adeguata gestione dell'evenienza, se necessario; nel caso di emergenze saranno attivate le procedure d'urgenza previste nello specifico piano del presidio ospedaliero.

#### **6.4 DIMISSIONE**

In fase di stesura del PAI viene indicato la data di dimissione ed il setting di cura più appropriato in base ai bisogni del paziente, alla presenza ed adeguatezza del care-giver nonché alle condizioni abitative e sociali, privilegiando, quando possibile, il rientro a domicilio, eventualmente attraverso l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliari e servizi integrativi necessari e possibili.

Nel percorso di dimissione riveste un ruolo attivo il case-manager, che valuta ed attiva i servizi necessari post-dimissione in concerto con la COT di riferimento (servizi di supporto diagnostico, servizi di specialistica ambulatoriale, cure domiciliari).

In caso di dimissione in Strutture di Lungodegenza o RSA si privilegia, quando possibile, il criterio di prossimità al nucleo familiare e le preferenze individuali.

In ogni caso, sono redatte:

- 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 (medicazioni, sostituzioni c.v. etc.)

TIMING	RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ	NOTE	REGISTRAZIONI ai sensi della DGR 1435 del 27/11/2023
<b>T<sub>0a</sub></b>  Il paziente è ricoverato presso una struttura per acuti o presso PS	Medico /Coordinatore/ Infermiere del reparto proponente	Proposta di ricovero	Il medico/ infermiere compilano per la rispettiva competenza le schede di proposta	MOD01PdCOdCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità
	Medico/ Coordinatore/ Infermiere OdC	Valutazione della proposta di ricovero	Medico/coordinatore o infermiere valutano la proposta di ammissione dando poi comunicazione dell'esito al mittente, tramite mail, entro 2 giorni dal ricevimento della proposta; se risponde ai criteri di ammissibilità definiscono anche i tempi di ricovero presso OdC informando il segnalante	
<b>T<sub>0b</sub></b>  Il Paziente territoriale assistito da MMG	MMG (e/o su proposta IFeC)	Proposta di ricovero	MMG compila la scheda di proposta ammissione	MOD01PdCOdCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità
	Medico/ Coordinatore/ Infermiere OdC	Valutazione della proposta di ricovero	Medico/coordinatore/ infermiere valutano se la proposta risponde ai criteri di ammissibilità; eventualmente contattano direttamente il Medico proponente per approfondimento del quadro clinico e dei bisogni emersi.  Dando poi comunicazione dell'esito al mittente, tramite mail, entro 2 giorni dal ricevimento della proposta; se risponde ai criteri di ammissibilità definiscono anche i tempi di ricovero presso OdC informando il segnalante	
<b>T<sub>1</sub></b>  Il giorno concordato tra le strutture per acuti (o MMG/ paziente) e OdC	Infermiere/OSS	Ingresso del paziente in OdC per ricovero	Il paziente accede alla struttura, viene accolto dal personale infermieristico e di supporto, gli viene assegnata la stanza e viene informato sull'organizzazione delle attività sia alberghiere che di cura e assistenziali. Viene individuato il caregiver di riferimento dall'Infermiere.	FASAS OdC in cartella "Camelia_Public" approvato con Decreto del DG n.1423 del 21/12/2023 ADOZIONE FASCICOLO SOCIO-ASSISTENZIALE E SANITARIO - FASAS DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ
	Infermiere/OSS	Compilazione modulo privacy	Il modulo privacy, datato e firmato sia dal paziente o tutore che dal personale sanitario, è considerato documento ufficiale per il trasferimento di informazioni	
	Medico/Infermiere	Valutazione clinica e assistenziale	La prima valutazione sanitaria e assistenziale nella giornata di ingresso da parte del Medico e dell'Infermiere e personale di supporto Il medico e l'infermiere, per le rispettive competenze, compilano il FASAS	

TIMING	RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ	NOTE	REGISTRAZIONI ai sensi della DGR 1435 del 27/11/2023
<b>T<sub>2</sub></b>  Durante la degenza	Equipe OdC e case- manager	STESURA DEL PAI	In base alla valutazione dei bisogni, alla capacità residue dei pazienti e alle risorse del care-giver viene redatto il PAI che deve contenere gli obiettivi di cura e prevedere l'educazione al paziente/care-giver in merito al soddisfacimento dei bisogni evidenziati	MOD02PdCOdCASST Educazione sanitaria caregiver  FASAS OdC in cartella "Camelia_Public" approvato con Decreto del DG n.1423 del 21/12/2023 ADOZIONE FASCICOLO SOCIO- ASSISTENZIALE E SANITARIO - FASAS DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ
		RIVALUTAZIONI CLINICHE	Il paziente è sottoposto a rivalutazione durante tutto il percorso assistenziale e ogni volta che subentra un cambiamento significativo viene aggiornato il PAI	
		CURA	L'assistenza e le cure pianificate per il paziente corrispondono ai bisogni identificati. Il PAI è documentato in cartella clinica: è personalizzato e aggiornato alle condizioni cliniche e bisogni assistenziali. Tutte le procedure e i risultati sono documentati nel FASAS Durante l'attività di assistenza giornaliera vengono effettuate: <ul style="list-style-type: none"> <li>- assistenza diretta e indiretta</li> <li>- monitoraggio del quadro clinico, relativi aggiornamenti terapeutico/assistenziali e eventuale esecuzione di indagini bioumorali e/o strumentali che si rendono necessari,</li> <li>- colloqui strutturati con i familiari,</li> <li>- incontri educazionali rivolti ai pazienti e ai caregivers,</li> <li>- colloqui con psicologo, dietista, assistente sociale, se ritenuti necessari.</li> </ul>	
<b>T<sub>3</sub></b>  Al momento della dimissione e follow up specialistico	Medico Infermiere	VALUTAZIONE FINALE E DIMISSIONE	Al momento della dimissione il medico di reparto redige una relazione clinica esaustiva, in forma di lettera di dimissione, che è consegnata al paziente/caregiver. La lettera di dimissione contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>• sintesi anamnestica e motivo del ricovero,</li> <li>• i riscontri e gli accertamenti effettuati,</li> <li>• le procedure terapeutiche eseguite,</li> <li>• la terapia farmacologica significativa e le eventuali altre terapie significative,</li> <li>• le condizioni del paziente alla dimissione,</li> <li>• la terapia farmacologica alla dimissione e le indicazioni sui farmaci da assumere a domicilio,</li> <li>• le istruzioni di follow-up.</li> </ul> Analogamente, viene redatta e consegnata al paziente o al caregiver lettera di dimissione infermieristica, con indicazioni riguardanti il programma assistenziale svolto e le indicazioni/raccomandazioni da seguire, la rilevazione di segni e sintomi da monitorare per intercettare precocemente episodi di scompenso, gli eventuali servizi domiciliari attivati/da attivare, Dati dell'ingresso del paziente e le valutazioni del paziente alla dimissione dello stato	FASAS OdC in cartella "Camelia_Public" approvato con Decreto del DG n.1423 del 21/12/2023 ADOZIONE FASCICOLO SOCIO- ASSISTENZIALE E SANITARIO - FASAS DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

			<p>di coscienza, della mobilitazione, dell'igiene e comfort, cute, alimentazione, eliminazione, respirazione, comunicazione, del dolore, della terapia eseguita prima della dimissione, dell'IIA attribuibile alla dimissione e del valore Nwes2 score alla dimissione, organizzazione del rientro a domicilio o indirizzo verso altra struttura dedicata.</p> <p>La scheda va datata e firmata dall'Infermiere</p> <p>Prima della fase di dimissione si effettua comunque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proposta ed eventuale arruolamento nel programma regionale di "Presenza in carico",</li> <li>- preparazione del paziente e dei famigliari alla gestione della malattia al domicilio (corretta somministrazione della terapia, riconoscimento di segni/sintomi precoci di riacutizzazione di malattia, istruzioni dettagliate sul follow-up e riferimenti in caso di urgenze cliniche).</li> </ul>	
<p>GESTIONE CRITICITA' CLINICA emergenza/urgenza</p> <p>Trasferimento</p>	Medico	Urgenza ed emergenza	<p>Qualora il paziente presenti la necessità di intervento di emergenza/urgenza verrà attivato nel minor tempo possibile il medico di reparto, il Medico dell'UO Medicina Generale reperibile e/o anestesista reperibile o in sua assenza saranno adottate le procedure più idonee (secondo le indicazioni aziendali PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU.</p> <p>Viene data informazione al paziente (quando possibile) e al caregiver in merito all'evoluzione del quadro clinico e dei provvedimenti attuati.</p> <p>Si rimanda alle procedure interne di emergenza clinica intra-ospedaliera.</p>	

## **7. RIFERIMENTI**

- PNRR “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” - M6C1
- D.M. 77 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale nel SSN” del 23/05/2022
- DGR n° XI/6760 del 25/07/2022 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 Maggio 2022, N. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”
- DGR n° XI/7592 del 15/12/2022 Attuazione del DM 23/05/22 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” – Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (Primo provvedimento)
- DGR N° XII/1435 del 27/11/2023 Ulteriori determinazioni in ordine all’attività dell’ospedale di comunità
- PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti
- MOD01PdCOdCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità
- MOD02PdCOdCASST Educazione sanitaria caregiver
- PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall’OdC al domicilio
- PGCOT Centrale Operativa Territoriale
- IO5POL4MQ06 Emergenza clinica intraospedaliera Presidio di Bozzolo
- IO4POL4MQ06 Emergenza clinica intraospedaliera Presidio di Asola
- IO1POL4MQ06 Istruzione Operativa Emergenza Intra Ospedaliera Presidio Ospedaliero di Mantova e Servizi afferenti alla Direzione Socio Sanitaria





PIANTA PIANO SEMINTERRATO



PIANTA PIANO TERRA

PIANTA PIANO PRIMO

AVV.	COCCIA	OSPEDALE DI COMUNITA'	ACQUA
SSOAC01	SSOAC01	Vengono garantiti localizzati, dedicati al comune con altro modulo o condivisi con altre strutture per: attività amministrative, cucina, gestione biancheria, servizio mortuario?	
SSOAC02	SSOAC02	Quanto non fosse presente il servizio mortuario presso la sede dell'OSD, è previsto almeno un locale scottato e osservazione salme, in attesa del trasferimento della stessa?	
SSOAC03	SSOAC03	Il personale di accare: allineamento e allineamento delle sedute, conversione passaggio agevolato di letto, banda e assisti di mobilità per deambulazione, anche con colloquio di ascensori/levatoi dedicati e attrezzati per il trasporto lettorbale e accompagnatori?	
SSOAC04	SSOAC04	La sala di accoglienza è strutturata in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero, compreso l'accesso ad internet quali connessione a internet, tv, ecc.?	
SSOAC05	SSOAC05	Il modulo è organizzato in stanza di 1 o 2 posti letto, almeno una stanza singola per modulo, almeno 10% dotate per ogni posto letto di poltrona confort per familiare ed modificazione del pacchetto?	
SSOAC06	SSOAC06	La superficie minima è di 12 mq per la stanza singola e 18 mq per la stanza doppia? Nel computo del mq va considerata la locale dipendente del servizio locali accorati (quali servizio igienico, antibagno, disimpegno)?	
SSOAC07	SSOAC07	È previsto un servizio igienico con sup. min. di 2 mq attrezzato di scale per la non autosufficienza ogni due posti letto ed accesso diretto dalla stanza degenza, che garantisca un dimensionamento adeguato per ospiti con difficoltà motoria che necessitano di assistenza?	
SSOAC08	SSOAC08	Esiste un locale per visite e medicazioni?	
SSOAC09	SSOAC09	Esiste un locale per i medici?	
SSOAC10	SSOAC10	Esiste un locale di lavoro per il personale di assistenza diretta?	
SSOAC11	SSOAC11	Esiste uno spazio/locale per il coordinatore infermieristico?	
SSOAC12	SSOAC12	Esiste un locale soggiorno/aula con sup. minima di 30 mq per modulo di 15 posti letto, prevedendo 1 mq ulteriore per ogni ospite aggiuntivo fino ad un totale di 20 ospiti?	
SSOAC13	SSOAC13	Esiste un locale/spazio per il deposito del materiale pulito?	
SSOAC14	SSOAC14	Esiste un locale per il deposito delle attrezzature?	
SSOAC15	SSOAC15	Esiste un locale per il deposito del materiale sporco, dotato di vobolizio e lavapielle?	
SSOAC16	SSOAC16	Esiste una tenenza?	
SSOAC17	SSOAC17	Esistono servizi igienici del personale distinti da quelli per gli utenti?	
SSOAC18	SSOAC18	Esiste uno spogliatoio per il personale con servizio igienico dedicato?	
SSOAC19	SSOAC19	Esiste uno spazio atteso per i visitatori?	
SSOAC20	SSOAC20	Sono previsti spazi nei quali prevedere toilette per i visitatori, due bagni per il pubblico di cui uno attrezzato per persone disabili?	
SSOAC21	SSOAC21	Sono previsti locali attrezzati per attività motorie e riabilitative anche in comune con altro modulo o con strutture con altre strutture?	
SSOAC22	SSOAC22	Si dispone di un carrello per la gestione dell'emergenza completo di arboricoltura con defibrillatore e unità di ventilazione manuale?	

**AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI MANTOVA**  
**S.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE**  
 E-mail: uff.tecnico.mantova@asst-mantova.it

**DISTRETTO MANTOVANO**  
**OSPEDALE DI COMUNITA' MANTOVA**  
**PADIGLIONE 10**  
**DIRETTORE GENERALE**  
**Dott.ssa Anna Gerola**

**DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
 Dott. Guido Avallè

**DIRETTORE SANITARIO**  
 Dr.ssa Marianna Lorenzini

**DIRETTORE SOCIO SANITARIO**  
 Dr.ssa Angiola Bellani

**Firmata digitalmente da:**  
**Direttore Socio Sanitario:**  
 Dr.ssa Angiola Bellani

**Direttore S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale:**  
 Ing. Emiliano Bazzan

**ALLEGATO**  
 Definizione spazi OSO  
 Piano seminterrato  
 Piano terra  
 Piano primo



AVV.	Anno	Progetto	Cod. progetto	Numero progetto	Rev.
00	2026		AR	00	00

Data: 24/05/2024  
 Data: 23/05/2024 13:28:49  
 Data: 04/11/2023

Modificazioni: 1/1/2023  
 Approvazioni: 20/03/2023  
 Scale: 1/100  
 Revisione:

Aut. Laura Mazzanti  
 Modificazioni: 20/03/2023  
 Approvazioni: 20/03/2023  
 Scale: 1/100  
 Revisione:

Mantova, 20/03/2023  
 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova  
 Ospedale di Comunità - Ospedale di Comunità - Ospedale di Comunità  
 Via Padiglione 10, 46100 Mantova, tel. 0376/301100 - fax 0376/301101



 Carlo Poma  Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Mantova	<b>PROTOCOLLO</b> <b>Gestione della continuità assistenziale          per i pazienti dimessi dall' OdC al          domicilio</b>	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 1 di 5
---	---	--

## Sommario

<b>1. PREMESSA</b> .....	2
<b>2. SCOPO E OBIETTIVI DEL PERCORSO</b> .....	2
<b>3. ACRONIMI E GLOSSARIO</b> .....	2
<b>4. CRITERI CLINICI E SOCIALI DI INCLUSIONE</b> .....	3
<b>5. CRITERI DI ESCLUSIONE</b> .....	3
<b>6. MODALITÀ DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO</b> .....	3
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b> .....	5

Stato delle revisioni					
Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
0	22/12/2023	Prima emissione	<b>DAPSS - Polo Territoriale -            Responsabile Distretto            Casalasco Viadanese</b> Monica Carnevali <b>DAPSS - Polo Territoriale -            Responsabile Distretto Basso            Mantovano</b> Alessandro Amadini	RQA Dr. Enrico Burato	DSS Dr. Renzo Boscaini

*Documento firmato elettronicamente. La copia originale del documento in stato di validità è pubblicata sul sistema informatico Taleteweb e consultabile elettronicamente da tutto il personale autorizzato.*

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	<b>PROTOCOLLO</b> <b>Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall' OdC al domicilio</b>	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 2 di 5
--	---	--

## 1. PREMESSA

Come indicato dal PSSR 2019 -2023 un sistema sociosanitario avente come obiettivo la presa in carico della persona deve essere orientato a superare la frammentazione dei servizi tra polo ospedaliero e polo territoriale; ad attuazione di ciò è necessario sviluppare idonei percorsi che garantiscano l'individuazione del setting di cura più appropriato in base alla valutazione multidimensionale dei bisogni della persona (assistenza domiciliare, ricoveri temporanei in strutture intermedie, strutture di riabilitazione, strutture residenziali o semi-residenziali, prestazioni ambulatoriali, etc.) e che garantiscano la qualità dell'assistenza anche nel rispetto delle scelte del paziente e della famiglia.

Col DM 77 del 23/05/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" viene individuata la COT, quale strumento per assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di supporto e raccordo tra i professionisti coinvolti in diversi livelli assistenziali; la COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro attraverso:

- gestione delle segnalazioni dei casi complessi che necessitano di supporto nella transizione tra i vari livelli assistenziali (sia nel flusso step-down dall' ospedale verso le strutture/servizi territoriali o domicilio, che nel flusso set-up dal territorio verso strutture intermedie o l'ospedale), valutandone l'appropriatezza o identificando il bisogno
- supporto nell'identificazione del setting più adatto al singolo caso

Nella COT opera l'equipe di valutazione multidimensionale e l'IFeC.

## 2. SCOPO E OBIETTIVI DEL PERCORSO



Delineare un percorso personalizzato di presa in carico che transitano nell' OdC.

### Obiettivi specifici:

- Garantire al paziente una continuità di cure;
- Garantire il setting di cura adeguato;
- Garantire la programmazione di eventuali visite specialistiche e/o esami strumentali, nei tempi necessari
- In caso di dimissione da OdC al domicilio, garantire un monitoraggio clinico ed una adeguata assistenza nella fase delicata post-dimissione,
- Prevenire e ridurre lo stress del caregiver
- Prevenire e ridurre episodi di scompenso e re-ricoveri

## 3. ACRONIMI E GLOSSARIO

COT	Centrale Operativa Territoriale
OdC	Ospedale di Comunità
IFeC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
PAI	Piano Assistenziale Individuale
SAD	Servizio Assistenza Domiciliare

 Carlo Poma  Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Mantova	<b>PROTOCOLLO</b> <b>Gestione della continuità assistenziale          per i pazienti dimessi dall' OdC al          domicilio</b>	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 3 di 5
---	---	--

SGDT	Sistema Gestione Digitale Territoriale
EVM	Equipe Valutazione Multidimensionale
PI	Progetto Individuale

#### 4. CRITERI CLINICI E SOCIALI DI INCLUSIONE

Pazienti ricoverati presso OdC

#### 5. CRITERI DI ESCLUSIONE

Il percorso non si applica a pazienti che non sono ricoverati in OdC

#### 6. MODALITÀ DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO

Il luogo di coordinamento della transizione tra i diversi setting assistenziali viene individuato nella Centrale Operativa Territoriale (COT), che si avvale dell'utilizzo dell'applicativo regionale SGDT, attualmente utilizzato per la registrazione del paziente e la formulazione del PAI e come strumento per garantire il coordinamento del percorso di cura e la transizione dell'utente tra i vari setting assistenziali.




Il percorso prevede:

- Il Case Manager dell'OdC, entro quattro giorni dall' ingresso del degente, invia la scheda BRASS alla COT di riferimento in base alla residenza del paziente, con informazioni aggiuntive riguardanti bisogni assistenziali (esiti della valutazione dell'equipe OdC), data presumibile della dimissione e setting di destinazione (verrà privilegiato, ove possibile, il rientro a domicilio con il supporto dei servizi domiciliari presenti sul territorio).
- La COT, acquisita la segnalazione da parte dell'OdC, raccoglie ulteriori informazioni riguardante eventuali servizi già attivi e programma una visita in reparto coinvolgendo i componenti dell'EVM, coerentemente con i bisogni segnalati



Durante l'accesso presso OdC, il personale della COT:

- recepisce informazioni riguardanti le condizioni cliniche, la terapia farmacologica in atto, schema terapeutico alla dimissione, prescrizioni, appuntamenti e controlli successivi alla dimissione.
- prende atto dei bisogni assistenziali post dimissione effettuando la valutazione multidimensionale utilizzando scale validate mirate allo specifico caso.
- programma, se necessario, con il caregiver/amministratore di sostegno, la visita domiciliare prima della dimissione, allo scopo di valutare le condizioni abitative e le capacità del caregiver misurate sulla complessità assistenziale del paziente (anche mediante utilizzo MOD02PdCOdCASST "Educazione Sanitaria care-giver").
- Informa l'OdC in merito all'esito del sopralluogo domiciliare per la programmazione delle dimissioni.
- stila il PI e lo inoltra alla COT per l'attivazione dei servizi.

La COT attiva i servizi necessari in coerenza con il PI e attiva l'IFeC per il primo accesso post-dimissioni.

 Carlo Poma  Regione Lombardia  ASST Mantova	<b>PROTOCOLLO</b> <b>Gestione della continuità assistenziale</b> <b>per i pazienti dimessi dall' OdC al</b> <b>domicilio</b>	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 4 di 5
--	---	--

TIMING	RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ	REGISTRAZIONI
T <sub>0</sub>	Equipe OdC Case-manager	Invio alla COT di riferimento rispetto residenza/domicilio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- scheda BRASS (entro quattro giorni dal suo ingresso)</li> <li>- esito della valutazione multidimensionale dell'equipe dell'OdC</li> <li>- indicazione della data presunta della dimissione ed eventuale setting</li> </ul>	Mail: <a href="mailto:cot.viadana@asst-mantova.it">cot.viadana@asst-mantova.it</a> <a href="mailto:cot.mantova@asst-mantova.it">cot.mantova@asst-mantova.it</a> <a href="mailto:cot.quistello@asst-mantova.it">cot.quistello@asst-mantova.it</a> <a href="mailto:cot.suzzara@asst-mantova.it">cot.suzzara@asst-mantova.it</a>
T <sub>1</sub>	COT	Raccolta di ulteriori informazioni riguardanti i pazienti segnalati, relative ai percorsi e servizi attivi, presidi/ausili presenti, rete attiva, contattando i servizi che hanno in carico l'utente	Contatto telefonico ai servizi Applicativi aziendali
T <sub>2</sub>	COT	Programma la valutazione multidimensionale, da attuarsi in tempi congrui alla data prevista della dimissione, coinvolgendo i componenti dell'EVM e informando il reparto	Contatto telefonico
T <sub>3</sub>	EVM	Durante la visita in reparto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• recepisce informazioni riguardanti le condizioni cliniche, la terapia farmacologica in atto, schema terapeutico alla dimissione, prescrizioni, appuntamenti e controlli successivi alla dimissione.</li> <li>• effettua valutazione multidimensionale</li> <li>• valuta l'opportunità di una visita domiciliare, prima della dimissione, per approfondire le condizioni ambientali e assistenziali, se necessario</li> </ul>	Triage e altre scale di valutazione in uso (Vaor, Barthel, etc.) mirate allo specifico caso
T <sub>4</sub>	EVM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettua visita domiciliare alla presenza del caregiver/amministratore di sostegno allo scopo di valutare le condizioni abitative e propone eventuali interventi utili al rientro al domicilio</li> <li>• valuta le capacità del caregiver misurata sulla complessità assistenziale del paziente anche mediante utilizzo MOD02PdCOdCASST "Educazione Sanitaria care-giver"</li> </ul>	Accesso domiciliare MOD02PdCOdCASST "Educazione Sanitaria care-giver"
T <sub>5</sub>	EVM	Informa il segnalante (OdC) in merito all' esito del sopralluogo domiciliare per la programmazione delle dimissioni	e-mail
T <sub>6</sub>	EVM	Stila il progetto individuale (PI) condividendolo con la COT	SGDT e strumenti/percorsi specifici per ogni servizio
T <sub>7</sub>	COT	Recepisce il PI, si raccorda col MMG del paziente e attiva i servizi necessari raccordandosi con i professionisti sanitari e/o sociali del territorio	SGDT e strumenti/percorsi specifici per ogni servizio
T <sub>8</sub>	COT	Attiva accesso domiciliare dell'IFeC, a garanzia della continuità assistenziale nella fase post-dimissione	MOD01PC01IFeC

 Carlo Poma  Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Mantova	<b>PROTOCOLLO</b> <b>Gestione della continuità assistenziale          per i pazienti dimessi dall' OdC al          domicilio</b>	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 5 di 5
---	---	--

## 7. BIBLIOGRAFIA

- PSSR 2019 -2023
- PNRR “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” – Decreto 23/11/2021 - M6
- DM 77 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale del SSN” del 23/05/2022
- DGR N° XI/6760 del 25/07/2022
- DGR N° XI/7592 del 15/12/2022
- PdCOdCASST Ospedale di Comunità ASST di Mantova
- MOD01PC01IFeC
- MOD02PdCOdCASST “Educazione Sanitaria care-giver”
- PGCOT Centrale Operativa Territoriale

**DECRETO N. 795 DEL 20/09/2022  
DEL DIRETTORE GENERALE**

**OGGETTO: ISTITUZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - C.O.T. -  
DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI MANTOVA**

## IL DIRETTORE GENERALE

### RICHIAMATE:

- la normativa di riordino del SSN di cui al Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii., in particolare l'art. 3 e seguenti, con il quale sono date indicazioni inerenti le caratteristiche e le peculiarità delle aziende sanitarie, i principi ai quali le stesse devono uniformare la propria attività, individuando gli organi dell'azienda e le relative competenze, gli ulteriori organismi e l'articolazione distrettuale.
- la L.R. n. 33 del 30.12.2009 così come modificata, da ultimo, dalla L.R. n. 22 del 14.12.2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

VISTO, nello specifico, l'art. n. 7, che - ai commi 13 e 17 bis - rispettivamente, statuisce:

- comma 13 " Al settore polo territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali. A tale settore afferiscono: a) gli ospedali di comunità previsti dal piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR); b) le case di comunità previste dal PNRR; c) le centrali operative territoriali (COT) previste dal PNRR";
- comma 17 bis "Le COT sono punti di accesso territoriali, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria all'interno del distretto. È istituita una COT in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e socioassistenziali";

ATTESO che L.R. n. 22 del 14.12.2021 "Modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" stabilisce, all'art. 36, c. 3, che le centrali operative territoriali debbano essere realizzate non oltre sei mesi dall'istituzione dei distretti di riferimento;

CONSIDERATO che si è provveduto, con Decreto n. 267 del 29.3.2022, all'Istituzione dei Distretti dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova con decorrenza 30.09.2022;

DATO ATTO che, in ossequio alla L.R. n. 22/2021, art. 36 "Disposizioni finali e disciplina transitoria", l'ASST di Mantova deve provvedere all'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT) entro il prossimo 30.9.2022;

STABILITO che, in considerazione della graduale implementazione delle Case di Comunità (CdC), nel rispetto del cronoprogramma di attivazione condiviso e validato da Regione Lombardia, la COT venga istituita all'interno di strutture identificate in ambito progettuale quali sedi di CdC Hub, afferenti al sistema distrettuale, come di seguito rappresentato:

Distretto	Sede C.O.T.	Data di attivazione
ALTO MANTOVANO	C.d.C. di Asola C.d.C. di Castiglione delle Stiviere	Già attivata Da attivare entro il 30/12/2024
BASSO MANTOVANO	C.d.C. di Quistello C.d.C. di Suzzara	Da attivare entro il 31/12/2023 Già attivata
CASALASCO VIADANESE	C.d.C. di Viadana C.d.C. di Casalmaggiore	Già attivata Verrà attivata da ASST Cremona
MANTOVANO	C.d.C. di Mantova	Già attivata

RICORDATO che le COT sono punti di accesso, fisici e digitali, di facilitazione e governo dell'orientamento e utilizzo della rete di offerta sociosanitaria all'interno del Distretto.

CONSIDERATO, altresì, che la COT è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e garantisce un raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie, ospedaliere e si relaziona con la rete dell'emergenza-urgenza ed è, pertanto, necessario individuare professionisti dell'Azienda di esperienza nelle specifiche aree clinico – organizzative allo scopo di guidare il processo di sviluppo progressivo delle nuove strutture;

RITENUTO di disporre che lo sviluppo progressivo delle COT, anche al fine di standardizzare i profili di intervento sulla rete territoriale, venga supportato – quali project managers - dai seguenti professionisti di ASST in possesso dei necessari requisiti professionali e di esperienza nei rispettivi ambiti, nelle specifiche aree clinico–organizzative di seguito elencate:

Gestione piattaforma informatica: Ing. Paolo Garbossa  
Gestione agende e prenotazioni : Dott.ssa Anna Bonini  
Cure Palliative : Dott.ssa Laura Rigotti  
Bad Manager e Dimissioni : Dott.ssa Morena Bolognini  
Telemedicina, ADI e Fragilità : Dott.ssa Elena Mariani  
Controllo di Gestione : Dott. Adriano Verzola

DATO ATTO che le predette designazioni sono suscettibili di ulteriori modificazioni con atti direzionali interni, in ragione di eventuali futuri mutamenti dell'organizzazione aziendale;

PRESO ATTO dell'attestazione di regolarità e di legittimità del presente provvedimento espressa da CANINO PIERO Direttore della Struttura AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI, e da CANINO PIERO, responsabile del procedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri o proventi a carico dell'Azienda;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

## DECRETA

1. di istituire, a far data dal 30 settembre 2022, n. 7 Centrali Operative Territoriali (COT);
2. di precisare che, in considerazione della graduale implementazione delle Case di Comunità (CdC), nel rispetto del cronoprogramma di attivazione condiviso e validato da Regione Lombardia, la COT viene istituita all'interno di strutture identificate in ambito progettuale quali sedi di CdC Hub, afferenti al sistema distrettuale, come di seguito rappresentato:

Distretto	Sede C.O.T.	Data di attivazione
ALTO MANTOVANO	C.d.C. di Asola C.d.C. di Castiglione delle Stiviere	Già attivata Da attivare entro il 30/12/2024
BASSO MANTOVANO	C.d.C. di Quistello C.d.C. di Suzzara	Da attivare entro il 31/12/2023
CASALASCO VIADANESE	C.d.C. di Viadana C.d.C. di Casalmaggiore	Già attivata Verrà attivata da ASST Cremona
MANTOVANO	C.d.C. di Mantova	Già attivata

3. che lo sviluppo progressivo delle COT, anche al fine di standardizzare i profili di intervento sulla rete territoriale, venga supportato – quali project managers - dai seguenti professionisti di ASST, in possesso dei necessari requisiti professionali e di esperienza nei rispettivi ambiti, nelle specifiche aree clinico – organizzative di seguito elencate:
  - Gestione piattaforma informatica: Ing. Paolo Garbossa
  - Gestione agende e prenotazioni: Dott.ssa Anna Bonini
  - Cure Palliative: Dott.ssa Laura Rigotti
  - Bad Manager e Dimissioni: Dott.ssa Morena Bolognini
  - Telemedicina, ADI e Fragilità: Dott.ssa Elena Mariani
  - Controllo di Gestione: Dott. Adriano Verzola;
4. che le predette designazioni sono suscettibili di ulteriori modificazioni con atti direzionali interni, in ragione di eventuali futuri mutamenti dell'organizzazione aziendale;

5. di pubblicare il presente provvedimento all'Albo on line sul sito istituzionale aziendale, ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e dell'art. 17 della L.R. 33/2009, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

PRESO ATTO dei pareri di

DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
DIRETTORE SANITARIO  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

FERRARI GIUSEPPE  
MALINGHER ALESSANDRO  
BOSCAINI RENZO

DIRETTORE GENERALE  
AZZI MARA  
(atto firmato digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_  
SESSO M  F  ETÀ \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ MMG \_\_\_\_\_

Provenienza:

Ospedale \_\_\_\_\_  
Reparto \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
MMG \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_

DIAGNOSI MEDICA COMPRENSIVA DELLE PIU' IMPORTANTI COMORBILITA'

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALTRI ELEMENTI CLINICI RILEVANTI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TERAPIA IN ATTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sono soddisfatti i criteri di ammissione allegati? SI  NO

Eventuali considerazioni aggiuntive \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro Medico \_\_\_\_\_

## CRITERI CLINICI DI ACCESSO

**Pazienti provenienti dal domicilio** in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- 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;
- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica);
- consenso informato del paziente.

**Pazienti provenienti da struttura sanitaria** per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

## CRITERI DI ESCLUSIONE

**Criteri di esclusione:**

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 5$  o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.

**Scheda per la definizione dell'indice di intensità assistenziale (IIA)**

<b>1. Funzione cardiocircolatoria</b>	<b>Punteggio</b>	<b>2. Funzione respiratoria</b>	<b>Punteggio</b>
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri <3 rilevazioni die	2	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
Parametri >3 rilevazioni die	3	Dispnea da sforzo grave	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Dispnea a riposo	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	Tosse acuta/cronica	3
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	Parametri <3 rilevazioni die	2
Quantità urine	2	Parametri >3 rilevazioni die	3
		Ossigenoterapia	3
		Necessità di ventiloterapia notturna	3
		Presenza di tracheostomia	4
		Terapia con nebulizzazioni	3
<b>3. Medicazioni</b>	<b>Punteggio</b>	<b>4. Alimentazione ed idratazione</b>	<b>Punteggio</b>
Assenza di medicazioni	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1- 2)	2	Prescrizione dietetica	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	Necessità di aiuto per azioni complesse	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
Ferita chirurgica non complicata	2	Presenza di disfagia lieve	3
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	Presenza di disfagia moderata-severa	4
Moncone di amputazione da medicare	3	Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3		
Stomia recente da medicare	3		
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4		
<b>5. Eliminazione</b>	<b>Punteggio</b>	<b>6. Movimento</b>	<b>Punteggio</b>
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Monitoraggio alvo	2	Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
Necessità di clisma	3	Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
Necessità di essere accompagnato al WC	3	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
Gestione della stomia	3	Necessità di utilizzare sollevatore	4
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3		1
Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3		2
<b>7. Igiene ed abbigliamento</b>	<b>Punteggio</b>	<b>8. Riposo e Sonno</b>	<b>Punteggio</b>
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2	Sonno indotto con farmaci	2
Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3	Disturbi del sonno	3
Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4	Agitazione notturna costante	4

9. Sensorio e comunicazione	Punteggio	10. Ambiente sicuro/situazione sociale	Punteggio
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	Apparecchi medicali dal domicilio	2
Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	Rischio caduta medio-alto	4
Deficit cognitivo lieve	2	Uso di mezzi di protezione	4
Deficit cognitivo moderato	3	Attivazione assistente sociale	3
Deficit cognitivo grave	4	Educazione sanitaria del care-giver	2
Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	Pianificazione di missione con altre istituzioni	3
11. Terapie	Punteggio	12. Altri bisogni clinici	Punteggio
Assenza di terapia	1	Assenza di altri bisogni clinici	1
Terapia solo orale 10 2 volte al giorno	2	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Terapia più di 2 volte die	3	Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
Trattamento infusivo (antibioticifelettroliti ecc.) 1 v/die	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Trattamenfo infusivo (antibioticifelettroliti) più vv/die	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Antibiotico in infusione continua	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	Necessità di fisioterapia individuale	3
Nutrizione parenterale totale	3	Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
		Comorbilità severa (CIRS-C ~ 3)	3
		Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

Calcolo del L'Indice Intensità Assistenziale (IIA)	1	2	3	4
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione ed idratazione				
Eliminazione				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensorio e comunicazione				
Ambiente sicuro /situazione sociale				
Terapie				
Altri bisogni clinici				
<b>Indice Intensità Assistenziale Complessivo attribuibile</b> .....				

NOTA: viene quindi assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'Indice di Intensità Assistenziale: nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO (Leggibile) \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INFERMIERE (Leggibile) \_\_\_\_\_

**SCHEDA NEWS 2**

Parametri fisiologici	PUNTEGGIO						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria/min	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
SpO2 % scala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO2 % scala 2*	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 in AA	93-94 in ossigeno	95-96 in ossigeno	≥97 in ossigeno
Supplementazione di ossigeno		si		no			
PA sistolica (mmHg)	≤90	91-100	101-110	11-219			≥220
Frequenza cardiaca /min	≤40		41-50	51-90	31-110	11-130	≥131
Livello di coscienza				Vigile			CVPU**
Temperatura (°C)	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

Punteggio: \_\_\_\_\_

\*la scala 2 deve essere utilizzata nei soggetti con insufficienza respiratoria

\*\*C: confusione; V: apertura degli occhi allo stimolo verbale; P: apertura degli occhi allo stimolo doloroso, U: non responsivo allo stimolo verbale né doloroso

**Data** \_\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO (Leggibile) \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'INFERMIERE (Leggibile) \_\_\_\_\_



**TIMBRO**  
 Ospedale di Comunità

**ETICHETTA**  
**PAZIENTE**

**FASCICOLO SOCIO-ASSISTENZIALE E SANITARIO – FaSAS**  
**OSPEDALE DI COMUNITÀ**

**DISTRETTO** .....  
**OSPEDALE DI COMUNITÀ'** .....

**Responsabile clinico Dott.** .....

**Coord. Inf.** .....

**Tel.** .....

**DATA RICOVERO / PRESA IN CARICO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **ORA:** \_\_\_\_

**COGNOME** ..... **NOME** .....

**Data di nascita** ...../...../..... **Luogo di nascita** ..... **Sesso:** €M €F **Età** .....

**Codice Fiscale** ..... **Potestà decisionale** se stesso altri (specificare) .....

**Nazionalità** ..... **Cittadinanza** ..... **Lingua:** ..... **Stato Civile** .....

**Titolo di studio** ..... **Condizione professionale** .....

**Invalità civile:** € < 100% (\_\_\_\_) € 100% senza accompagnamento € 100% con accompagnamento

**Persone o strutture di riferimento (familiari/caregiver/ altro)**

- 1) ..... tel/cell..... **Mail** .....
- 2) ..... tel/cell..... **Mail** .....
- 3) ..... tel/cell..... **Mail** .....

**Assistenza religiosa e spirituale** € Sì € No **Se "Sì" indicare la religione** .....

**Mediatore culturale**..... tel/cell..... **Mail** .....

**Medico di Medicina Generale (MMG) dr.** ..... tel/cell..... **Mail** .....

**Richiesta di ricovero in OdC è effettuata da:**

- MMG dr. \_\_\_\_\_
- Medico Ospedaliero dr. \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_
- Medico Specialista ambulatoriale dr. \_\_\_\_\_
- Medico di Pronto Soccorso del PO di \_\_\_\_\_ previo accordo con OdC e secondo modalità previste
- tramite la Centrale Operativa Territoriale (COT) \_\_\_\_\_

**SINTESI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ALL'INGRESSO**

.....  
 .....  
 .....

**Motivazione prevalente che determina l'attivazione e/o presa in carico**

**NOME E COGNOME / Firma dell'Operatore Sanitario** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato(a) il \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ALL'INGRESSO**  
**SCHEDA PER LA DEFINIZIONE DELL'INDICE DI INTENSITÀ ASSISTENZIALE (IIA)**  
**ALL'INGRESSO**

<b>1) Funzione cardiocircolatoria</b>	<b>Punteggio</b>	<b>2) Funzione respiratoria</b>	<b>Punteggio</b>
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri <3 rilevazioni die	2	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-moderata	2
Parametri >3 rilevazioni die	3	Dispnea da sforzo grave	3
Scopenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Dispnea a riposo	4
Scopenso cardiaco classe NYHA 3	3	Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
Scopenso cardiaco classe NYHA 4	4	Tosse acuta/cronica	3
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	Parametri <3 rilevazioni die	2
Quantità urine	2	Parametri >3 rilevazioni die	3
		Ossigenoterapia	3
		Necessità di ventiloterapia notturna	3
		Presenza di tracheostomia	4
		Terapia con nebulizzazioni	3
<b>3. Medicazioni</b>	<b>Punteggio</b>	<b>4. Alimentazione ed idratazione</b>	<b>Punteggio</b>
Assenza di medicazioni	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 1- 2)	2	Prescrizione dietetica	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 3)	3	Necessità di aiuto per azioni complesse	2
Lesione da pressione o ulcera (Stadio 4 o sedi multiple)	4	Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
Ferita chirurgica non complicata	2	Presenza di disfagia lieve	3
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	Presenza di disfagia moderata-severa	4
Moncone di amputazione da medicare	3	Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3		
Stomia recente da medicare	3		
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4		
<b>5. Eliminazione</b>	<b>Punteggio</b>	<b>6. Movimento</b>	<b>Punteggio</b>
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Monitoraggio alvo	2	Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2
Necessità di clisma	3	Necessità aiuto costante per la deambulazione	3
Necessità di essere accompagnato al WC	3	Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3
Gestione della stomia	3	Necessità di utilizzare sollevatore	4
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2	Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4
Incontinenza fecale/urinaria (utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3		1
Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3		2
<b>7. Igiene ed abbigliamento</b>	<b>Punteggio</b>	<b>8. Riposo e Sonno</b>	<b>Punteggio</b>
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno o doccia)	2	Sonno indotto con farmaci	2
Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3	Disturbi del sonno	3
Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4	Agitazione notturna costante	4

Data \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Nome e Cognome/Firma Infermiere \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**TIMBRO**  
 Ospedale di Comunità

**ETICHETTA**  
 PAZIENTE

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ **Nato(a) il** \_\_\_\_\_

<b>9. Sensorio e comunicazione</b>	<b>Punteggio</b>	<b>10. Ambiente sicuro/ situazione sociale</b>	<b>Punteggio</b>
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	Apparecchi medicali dal domicilio	2
Difficoltà in forma grave: vista e/o udito e/o linguaggio	3	Rischio caduta medio-alto	4
Deficit cognitivo lieve	2	Uso di mezzi di protezione	4
Deficit cognitivo moderato	3	Attivazione assistente sociale	3
Deficit cognitivo grave	4	Educazione sanitaria del care-giver	2
Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	Pianificazione di missione con altre istituzioni	3
<b>11. Terapie</b>	<b>Punteggio</b>	<b>12. Altri bisogni clinici</b>	<b>Punteggio</b>
Assenza di terapia	1	Assenza di altri bisogni clinici	1
Terapia solo orale 10 2 volte al giorno	2	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Terapia più di 2 volte die	3	Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
Trattamento infusivo (antibiotici/ elettroliti ecc.) 1 v/die	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Antibiotico in infusione continua	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	Necessità di fisioterapia individuale	3
Nutrizione parenterale totale	3	Comorbilità lieve (CIRS-C <3)	2
		Comorbilità severa (CIRS-C ~ 3)	3
		Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

<b>Calcolo del L'Indice Intensità Assistenziale (IIA)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione e idratazione				
Eliminazione				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensorio e comunicazione				
Ambiente sicuro /situazione sociale				
Terapie				
Altri bisogni clinici				
<b>Indice Intensità Assistenziale Complessivo attribuibile</b>	.....			

**Data** \_\_\_\_\_ **ora** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome e Firma Infermiere /Operatore Sanitario** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato(a) il \_\_\_\_\_

### Alcune definizioni operative - IIA

L'indice di intensità assistenziale (IIA) che si ottiene utilizzando la scheda, determina il grado di dipendenza del paziente:

**Indice 1:** la persona è autonoma nel soddisfacimento del bisogno. Intensità assistenziale bassa.

**Indice 2:** dipendenza minima della persona. Intensità assistenziale medio bassa

**Indice 3:** dipendenza elevata della persona. Intensità assistenziale medio alta

**Indice 4:** forte grado di dipendenza o dipendenza totale. Intensità assistenziale alta.

*Viene assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'indice di intensità assistenziale.*

*Nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.*

### Criteria di sufficiente stabilizzazione clinica

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iper-ipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)

- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con SaO<sub>2</sub> > 95%, PO<sub>2</sub> > 60 mmHg, CO<sub>2</sub> non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO<sub>2</sub> > 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)

- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano

- **Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione**, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:

o temperatura corporea > 38°C o < 36°C

o frequenza cardiaca > 90

o frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO<sub>2</sub> < 32mmHg

o globuli bianchi > 12.000/mm<sup>3</sup>, o < 4.000/mm<sup>3</sup> o > 10% di cellule immature

- **Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale** (per OS, SNG, PEG)

- **Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici**

### CRITERI DI ESCLUSIONE:

- decadimento cognitivo MMSE < 17;

- pazienti oncologici terminali;

- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ **Nato(a) il** \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE ALL'INGRESSO**
**SCALA NEWS2**

PARAMETRI FISIOLGICI	Punteggio						
	3	2	2	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (al min)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO2 Scala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO2 scala 2 (%%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 in aria	93-94 Ossigeno	95-96 Ossigeno	≥ 97 Ossigeno
Aria o Ossigeno		Ossigeno		Aria			
Pressione arteriosa Sistolica (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frequenza cardiaca (al min)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Livello di coscienza				Vigile			CVPU
Temperatura (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	

**Tabella a - Valutazione del rischio secondo la NEWS2**

NEWS2 score	Rischio	Risposta
0-4	Basso	Risposta del reparto
Red Score Punteggio 3 Per un solo parametro	Basso - Medio	Risposta urgente del reparto
5-6	Medio	Soglia per la risposta urgente*
≥7	Alto	Risposta in emergenza o urgenza**

**Data** \_\_\_\_\_

**Punteggio raggiunto =** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome / Firma Infermiere** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato(a) il \_\_\_\_\_

**Tabella b - Frequenza e risposta clinica nella NEWS2**

NEWS2 score	Frequenza monitoraggio	Risposta clinica
0	Minimo ogni 12 ore	Monitoraggio di routine
1-4	Minimo ogni 4-6 ore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicare la variazione durante l'handover e condividere il segnale di allerta al team infermieristico</li> <li>• Il personale infermieristico decide la frequenza del monitoraggio e il livello di allerta</li> </ul>
3 Per un singolo parametro	Minimo ogni ora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infermiere informa il medico, che deciderà intervento di cura</li> </ul>
≥5 Soglia di risposta urgente	Minimo ogni ora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infermiere avverte immediatamente il medico che ha in cura il paziente</li> <li>• L'infermiere richiede una valutazione urgente da un clinico o da un team per la cura dei pazienti acuti</li> <li>• Fornisce cure in un ambiente con un sistema di monitoraggio</li> </ul>
≥7 Soglia per la risposta in emergenza	Monitoraggio continuo dei parametri vitali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'infermiere informa il medico che ha in cura il paziente e che dovrebbe avere competenze nella valutazione dell'emergenza</li> <li>• L'emergenza dovrebbe essere valutata da team dedicato alle emergenze cliniche e gestione delle vie aeree</li> <li>• Valutare il trasferimento in terapia intensiva</li> <li>• Curare il paziente in un ambiente con sistema di monitoraggio</li> </ul>

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato(a) il \_\_\_\_\_

**Anamnesi (A)**

1. Il Paziente riferisce l'anamnesi in modo attendibile
2. Il Paziente è coadiuvato da un familiare nel riferire l'A.
3. Il Paziente è sostituito da un familiare nel riferire l'A.

**ANAMNESI SOCIALE**

Con chi vive \_\_\_\_\_

Abitazione / barriere architettoniche \_\_\_\_\_

Assistente a domicilio \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FUNZIONALE**

Condizioni generali fisiche:

Vista \_\_\_\_\_ Udito \_\_\_\_\_ Mobilità \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FISIOLGICA**

1. Menarca \_\_\_\_\_ 2. Gravidanze \_\_\_\_\_ 3. Figli \_\_\_\_\_ 4. Menopausa \_\_\_\_\_

5. Modificazioni del peso corporeo negli ultimi 6 mesi \_\_\_\_\_

6. Tipo Alimentazione \_\_\_\_\_ 7. Alcolici \_\_\_\_\_ 8. Fumo \_\_\_\_\_

9. Minzione \_\_\_\_\_ 10. Alvo \_\_\_\_\_ 11. Sonno \_\_\_\_\_

**ANAMNESI FARMACOLOGICA**

Terapia in atto (nell'ultimo mese ) n. \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Nome commerciale farmaco	Principio attivo farmaco	Posologia

**ALLERGIE** NO SI Tipo \_\_\_\_\_







Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Mantova

TIMBRO  
Ospedale di Comunità

ETICHETTA  
PAZIENTE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato(a) il \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO GENERALE**

**CONDIZIONI GENERALI**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO CARDIOVASCOLARE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO RESPIRATORIO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ossigenoterapia SI  NO  (ricompresa nell'assistenza farmaceutica)

**ADDOME**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APPARATO GENITO - URINARIO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SISTEMA NERVOSO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALTRO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ Medico dr. \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_



Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ASST Mantova

TIMBRO  
Ospedale di Comunità

ETICHETTA  
PAZIENTE

**PROGETTO SOCIOSANITARIO INDIVIDUALE (PI)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ Nato(a) il \_\_\_\_\_

**SINTESI DEI BISOGNI COME ESITO DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

**AREA DI INTERVENTO**

**OBIETTIVI ed INTERVENTI (AZIONI-TEMPI-FIGURE COINVOLTE):**

**VERIFICA (definiti i tempi di verifica per i singoli obiettivi)**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome e Cognome/ FIRMA/ E OPERATORE/ I: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Avvenuta informazione e condivisione del PI con l'assistito/l'avente titolo

FIRMA UTENTE/I COINVOLTO / I: \_\_\_\_\_



TIMBRO  
 Ospedale di Comunità

ETICHETTA  
 PAZIENTE

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_ **Nato(a) il** \_\_\_\_\_

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)**

**Valutazione all'ingresso** \_\_\_\_\_

Area di intervento IIA_News Score Obiettivo	Trattamenti/ Interventi/terapia	Modalità di attuazione		
		Con quale intensità	Tempi previsti	Equipe/operatori coinvolti

Durata presunta della degenza: \_\_\_\_\_

Risultati attesi / News2 score \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Nome/Cognome Operatore san. dr.** \_\_\_\_\_ **firma** \_\_\_\_\_

**Risultati raggiunti**

- Educazione ed addestramento del paziente /caregiver per l'accompagnamento verso il domicilio \_\_\_\_\_
- Ottimizzazione dell'aderenza alla terapia farmacologica \_\_\_\_\_
- Addestramento del paziente /caregiver nella somministrazione dei farmaci \_\_\_\_\_
- Miglioramento dell'autonomia funzionale \_\_\_\_\_
- Educazione ed Informazione paziente / caregivers per migliorare le capacità di autocura \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Nome/Cognome Operatore san. dr.** \_\_\_\_\_ **firma** \_\_\_\_\_













**SCHEDA INFERMIERISTICA DI DIMISSIONE dall'OSPEDALE DI COMUNITÀ**

Indirizzato a: .....

Sig./ra Cognome e Nome .....Nato/a il.....

Data ingresso nell'OdC. ....

**STATO COSCIENZA**

Vigile orientato      Resp. Stimolo verbale      Resp. Stimolo doloroso      Non risponde  
 Segnalazioni.....

**MOBILIZZAZIONE/ AMBIENTE SICURO**

Autosufficiente      Parzialmente dipendente      Dipendente      Ausili .....  
 Valutazione Conley del rischio cadute .....Punteggio.....  
 Segnalazioni .....  
 Indicazioni per la mobilizzazione .....

**IGIENE E COMFORT**

autosufficiente      parzialmente dipendente      dipendente  
 Segnalazioni.....

**CUTE**

Integra      Si      No      Localizzazione e descrizione delle lesioni .....  
 .....  
 Medicazioni lesioni cute.....  
 Ferita chirurgica (tipo).....  
 Medicazioni ferita chirurgica.....  
 Segnalazioni.....

**ALIMENTAZIONE**

Autosufficiente      Dipendente      Dieta      Nutrizione artificiale  
 Segnalazioni .....

**ELIMINAZIONE**

Incontinenza urinaria      Incontinenza fecale      Stipsi      Stomia .....  
 Catetere vescicale tipo ..... Ultima sostituzione.....  
 Segnalazioni .....

**DRENAGGI: TIPO** .....

**POSSIBILITA DI REINFUSIONE** .....

**DOLORE**

Sede .....  
 Segnalazioni .....



**TIMBRO**  
 Ospedale di Comunità

**ETICHETTA**  
 PAZIENTE

**RESPIRAZIONE**

normale  
**con ausili**  
**occhialini**  
**maschera Venturi**  
**tracheostomia**

tipo cannula.....  
 Ch.....  
 Data ultima sostituzione.....

**Ventilatore**

- \* Modello \_\_\_\_\_
- \* Con maschera nasale \_\_\_\_\_
- \* Con maschera facciale \_\_\_\_\_
- \* Con O2 litri/min \_\_\_\_\_
- \* In AA \_\_\_\_\_
- \* Data sostituzione circuito \_\_\_\_\_
- \* Data sostituzione filtro \_\_\_\_\_

Segnalazioni.....  
 .....  
 .....

**COMUNICAZIONE**

Segnalazioni.....  
 .....  
 .....

**TERAPIA ESEGUITA PRIMA DELLA DIMISSIONE**

.....  
 .....

**INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE (IIA)**

INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE	1	2	3	4
Funzione cardiocircolatoria				
Funzione respiratoria				
Medicazioni				
Alimentazione e idratazione				
Eliminazione				
Igiene ed abbigliamento				
Movimento				
Riposo e sonno				
Sensorio e comunicazione				
Ambiente sicuro /situazione sociale				
Terapie				
Altri bisogni clinici				
<b>INDICE INTENSITÀ ASSISTENZIALE COMPLESSIVO alla DIMISSIONE</b> .....				

**NEWS2 Score alla dimissione** .....

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome /Cognome Infermiere \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Mantova

TIMBRO  
Ospedale di Comunità

ETICHETTA  
PAZIENTE

## **DIMISSIONE MEDICA**

Compilazione strutturata e contiene almeno le seguenti informazioni:

- \* Periodo di degenza
- \* Motivo del ricovero, diagnosi e comorbidità;
- \* Obiettività fisica riscontrata e altri accertamenti significativi
- \* Procedure diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, socioassistenziali e riabilitative eseguite
- \* Terapia farmacologica significativa, compresa la terapia alla dimissione (vale a dire, tutti i farmaci da assumere a domicilio)
- \* Condizioni /stato del paziente alla dimissione
- \* Stili di vita consigliabili correlati alla patologia di ricovero
- \* Istruzioni di follow up



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Mantova

# **GUIDA ALLA COMPILAZIONE**

## **Conservazione ed archiviazione**

**del**

### **FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE E SANITARIO (FaSAS)**

### **OSPEDALE DI COMUNITÀ**

**Responsabile Appropriatelyzza e Documentazione Sanitaria**

Dott.ssa Camelia Gaby Tiron

1° emissione: 18 Dicembre 2023

Rev. 1 \_ Febbraio 2024

## INDICE

PREMESSA.....	3
1. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	5
2. SCOPO .....	5
3. SIGLARIO.....	6
4. MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E DURATA DEL RICOVERO .....	6
5. APERTURA RICOVERO E COMPILAZIONE del FaSAS_OdC .....	7
6. CARATTERISTICHE del FaSAS_OdC .....	10
7. STRUTTURA SINTETICA DEL FaSAS_OdC.....	11
8. SCALE DI VALUTAZIONE .....	11
A) Indice Di Barthel .....	11
B) Indice Di Braden.....	12
C) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) .....	12
D) Scale i Valutazione del Dolore .....	13
E) Scala di Conley .....	15
F) Scheda di monitoraggio delle lesioni da pressione.....	15
G) Scala di valutazione del rischio nutrizionale (NRS _ Nutritional Risk Screening).....	15
9. CHIUSURA DEL FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE E SANITARIO (FaSAS_OdC).....	15
10. FLUSSO INFORMATIVO.....	15
11. MOBILITA' INTERREGIONALE.....	16
12. TUTELA DELLA RISERVATEZZA .....	17
13. CONSERVAZIONE.....	17
14. SMARRIMENTO DEL FaSAS_OdC O DI PARTI DI ESSO .....	17
15. ARCHIVIAZIONE.....	17
16. RICHIESTA COPIA E RILASCIO del FaSAS_OdC .....	18
17. NORMATIVA DI RIFERIMENTO .....	18



## PREMESSA

Ai fini dell'effettivo esercizio delle funzioni, ai sensi del DM 77/2022, a livello distrettuale sono garantite il raccordo e l'integrazione delle nuove strutture: Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali;

In particolare, nell'ambito del processo di attivazione dei ricoveri presso i posti letto degli Ospedali di Comunità (OdC), l'integrazione viene garantita, facilitando e orientando il percorso assistenziale delle persone e delle famiglie verso un setting qualificato da bassa intensità clinica, quando appropriato, così concorrendo a ridurre ricoveri impropri e a garantire continuità assistenziale di qualità.

Con la DGR XII/1435 del 27/11/2023 sono stati individuati dalla Regione Lombardia DG Welfare sia i criteri di eleggibilità che di esclusione del paziente dall'Ospedale di Comunità.

Nell'ambito del quadro normativo e regolamentare sopra richiamato, l'Ospedale di Comunità è un'unità di degenza che eroga ricoveri brevi finalizzati:

- alla prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- alla stabilizzazione e all'accompagnamento del paziente verso il domicilio, o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

I destinatari delle degenze di comunità sono prevalentemente:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, 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, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

È pertanto una struttura di ricovero breve (max. 30 gg) per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. L'Ospedale di Comunità svolge pertanto una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero.

## CRITERI DI ELEGIBILITÀ

**1) Pazienti provenienti dal domicilio** in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- 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;

- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata)
- consenso informato del paziente.

**2) Pazienti provenienti da struttura sanitaria** per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

#### **CRITERI DI ESCLUSIONE:**

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2  $\geq 5$  o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.)
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.

## 1. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il campo di applicabilità del documento è relativo agli Ospedali di Comunità (OdC) dell'ASST di Mantova.

Il FaSAS ha l'obiettivo di favorire lo scambio e l'integrazione di informazioni tra le varie figure professionali e garantire trasparenza, sicurezza e continuità assistenziale dell'assistito, attraverso il ricovero presso l'OdC.

## 2. SCOPO

La guida alla compilazione del FaSAS disciplina i casi e le modalità di compilazione, tenuta, conservazione, archiviazione e rilascio di copia del **Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario dell'OdC** da qui in poi denominato FaSAS\_OdC, dei referti clinici ed altra documentazione sanitaria e sociosanitaria, in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale e nel rispetto della normativa nazionale in materia di segreto d'ufficio e professionale, nonché di tutela delle persone, trattamento dei dati personali e di semplificazione amministrativa.

Il FaSAS\_OdC, oltre che essere uno strumento di lavoro indispensabile per garantire la continuità delle cure, è uno strumento clinico-socioassistenziale, che facilita l'integrazione operativa di diversi professionisti e valuta l'attività socioassistenziale personalizzata per ogni utente.

L'adozione del FaSAS nell'OdC è necessaria per la tenuta e l'aggiornamento delle informazioni sulla persona assistita e contiene l'insieme dei dati e dei documenti inerenti alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche, farmacologiche, assistenziali, riabilitative, educative e sociali effettuate.

Il FaSAS\_OdC:

- certifica e organizza con logica ed efficacia tutte le informazioni e le attività socioassistenziali della persona assistita, raccolte e/o eseguite dagli operatori coinvolti;
- consente di erogare un'assistenza integrata individualizzata;
- rappresenta uno strumento di integrazione e di comunicazione tra i membri dell'équipe socioassistenziale;
- rappresenta uno strumento indispensabile per la garanzia della continuità delle cure nel percorso assistenziale (ospedaliero e/o territoriale/ domicilio);
- consente la pianificazione delle prestazioni e la loro documentazione attraverso la stesura del PAI (Piano Assistenziale Individuale).

### 3. SIGLARIO

ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia per Tutela della Salute
CMS	Centro Multi Servizi
FaSAS	Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario
FaSAS_OdC	Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario dell'Ospedale di Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
PDF	Pediatra di Famiglia
INF.	Infermiere/a
FT	Fisioterapista
OSS	Operatore SocioSanitario
NEWS	National Early Warning Score
OdC	Ospedale di Comunità
PI	Progetto Individuale
PAI	Piano Assistenziale Individuale
IIA	Indice di Intensità Assistenziale
I.C .	Invalità Civile
VMD	Valutazione multidimensionale
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

### 4. MODALITA' DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO E DURATA DEL RICOVERO

La presa in carico dell'utente prevede la presentazione della domanda di inserimento che deve essere indirizzata al Coordinatore infermieristico dell'Ospedale di Comunità (elenco reso disponibile dal Direttore di Distretto/ATS territorialmente competente) e può avvenire:

- dal domicilio **su proposta del medico di medicina generale** (anche su segnalazione da parte dell'IFeC);
- da altre strutture o degenze ospedaliere **su proposta dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero**;
- direttamente **dal Pronto Soccorso previo accordo con l'OdC** e secondo le modalità previste;
- tramite la COT.

L'Ospedale di Comunità fornisce riscontro motivato al richiedente entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta con le modalità e gli strumenti riportati nel Piano di cura dell'OdC. Il ricovero presso l'OdC



deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza, documentata nel FASAS, potrà prolungarsi ulteriormente.

## 5. APERTURA RICOVERO E COMPILAZIONE del FaSAS\_OdC

La valutazione multidimensionale all'ingresso del paziente viene effettuata in reparto ed è, di fatto, la Valutazione dell'IIA – indice di intensità assistenziale – rispetto la valutazione dei bisogni del paziente e la valutazione della gravità della malattia ed assenza di acuzie attraverso la scala NEWS2.

### Foglio 1 – Formato A4\_frente

Contiene Generalità dell'assistito e dell'ingresso:

Dati relativi al Distretto e recapiti

Data di presa in carico

Dati anagrafici del paziente

Dati relativi alle persone di riferimento, caregiver, MMG/Pediatra di libera scelta e recapiti

Nominativo /Struttura che ha effettuato la richiesta di ricovero in OdC

Sintesi della Valutazione multidimensionale all'ingresso necessaria per poter essere certi di stilare un Piano di Assistenza Individuale (PAI) il più adeguato possibile, sia per “integrare” le osservazioni delle varie figure professionali costituenti il nucleo di valutazione, rendendo “oggettivo” lo stato di fatto dell'esaminato oltre le relazioni e i giudizi personali, peraltro necessari.

La motivazione prevalente per l'attivazione del ricovero

### Foglio 1 – Formato A4\_retro

Contiene la prima parte della Scheda di definizione dell'Indice di Intensità assistenziale (IIA) – data/ora e firma Infermiere

Funzione Circolatoria, Funzione respiratoria, i bisogni Alimentazione e Idratazione, Eliminazione, Igiene ed abbigliamento, Movimento – con i relativi punteggi

### Foglio 2 – Formato A4\_frente

Contiene la continuazione della Scheda di definizione dell'Indice di Intensità assistenziale (IIA) – data/ora e firma Infermiere

I bisogni Riposo e sonno, Comunicazione, Ambiente sicuro, Procedure diagnostiche e terapeutiche  
Calcolo del punteggio IIA

### Foglio 2 – Formato A4\_retro

Contiene Alcune definizioni operative per la compilazione dell'IIA

### Foglio 3 Formato A4\_frente

Contiene la Scala NEWS2 National Early Warning Score, per la Misurazione standardizzata della gravità della malattia– degli stati acuti, la tabella a) di valutazione del rischio con il relativo punteggio raggiunto dal paziente all'ingresso, data/ora e firma dell'Infermiere

### Foglio 3 Formato A4\_retro

Contiene Tabella b) - Frequenza e risposta clinica nella NEWS

### Foglio 4 Formato A4\_frente

Contiene l'Anamnesi Sociale, Funzionale, Fisiologica, Farmacologica e le Allergie riferite

### Foglio 4 - Formato A4\_retro

Contiene l'Anamnesi Familiare, Patologica remota Verifica dello stato dello screening, Screening nutrizionale – Scheda NRS; Verifica dello stato vaccinale



### **Foglio 5 – Formato A4\_frente**

Contiene Anamnesi Patologica recente, Programmazione Counseling breve per Stili di Vita – tabacco, alimentazione, attività fisica, ecc.

### **Foglio 5 – Formato A4\_retro**

Contiene L'esame obiettivo generale all'ingresso

### **Foglio 6 – Formato A4\_frente**

Contiene il Progetto Individuale (PI) con i seguenti items:

- Sintesi dei bisogni come esito della valutazione multidimensionale
- Area di Intervento
- Obiettivi ed interventi (azioni-tempi-figure coinvolte)
- Verifica – definiti i tempi di verifica per i singoli obiettivi
- Data – firma Operatore sanitario
- Firma Utente/ avente titolo per avvenute informazione e condivisione del PI

### **Foglio 6 – Formato A4\_retro**

Contiene

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI) o, PRI, PEI se piani riabilitativi o educativi, con i seguenti items:

Valutazione all'ingresso – punteggi, ecc.

Area di Intervento dell'IIA e NEWS2 Score: Obiettivi, Trattamenti/Interventi/Terapia, Modalità di Attuazione delle azioni: con quale intensità, tempi previsti e Operatori coinvolti

Durata presunta della degenza

Risultati attesi / News2 score

Descrizione dei Risultati raggiunti

- Educazione ed addestramento del paziente /caregiver per l'accompagnamento verso il domicilio
- Ottimizzazione dell'aderenza alla terapia farmacologica
- Addestramento del paziente /caregiver nella somministrazione dei farmaci
- Miglioramento dell'autonomia funzionale
- Educazione ed Informazione paziente / caregivers per migliorare le capacità di autocura
- Altro \_\_\_\_\_

### **Foglio 6-bis Formato A4 fronte e retro-Sostituibile dalla Scheda Assistenziale Giornaliera A3**

Contiene il Programma Infermieristico – che rappresenta la continuazione del PAI, con sviluppi e dettagli degli interventi e degli indicatori di risultato.

### **Foglio 6-ter Formato A4 fronte e retro-Sostituibile dalla Scheda Assistenziale Giornaliera A3**

Contiene il Programma Socio-Assistenziale – che rappresenta la continuazione del PAI/PEI, con sviluppi e dettagli degli interventi e degli indicatori di risultato.

### **Foglio 6-quater Formato A4 fronte e retro-Sostituibile dalla Scheda Assistenziale Giornaliera A3**

Contiene il Programma Riabilitativo – che rappresenta la continuazione del PRI, con sviluppi e dettagli degli interventi e degli indicatori di risultato.

### **Foglio 7 – Formato A4\_frente e retro**

Contiene il Diario clinico

### **Foglio 8 – Formato A4\_frente e retro**

Contiene il Diario assistenziale



### **Foglio 9 – Formato a4 – fronte e retro**

Contiene il Diario Riabilitativo – che riporta in maniera cronologica le procedure eseguite con i corrispettivi minutaggi, data / ora e firma dell'Operatore

### **Foglio 10 Formato A4\_frente e retro**

Contiene Esami ematochimici/microbiologici/cito-istologici, Esami strumentali e Consulenze specialistiche

### **Foglio 11 – Formato A3\_frente – a colori**

Foglio Unico di Terapia – sviluppato su 6 giorni

Contiene: le prescrizioni farmacologiche del Medico ad orari, inserendo il nome commerciale o il principio attivo del farmaco, relative alle terapie orale, intramuscolo/sottocute, aerosol e TAO - con la stringa corrispondente dei valori INR

Casella in colore azzurro per la firma ad orari per l'avvenuta somministrazione della terapia da parte dell'Infermiere

Stringa in colore giallo per la firma del Medico per la terapia prescritta.

### **Foglio 11 - Formato A3\_retro – a colori**

Foglio Unico di Terapia – sviluppato su 6 giorni

Contiene: le prescrizioni farmacologiche del Medico ad orari, inserendo il nome commerciale o il principio attivo del farmaco, relative alle terapie endovena, estemporanea, varie e antidiabetica in corrispondenza del valore misurato della glicemia.

### **Foglio 12- Formato A3 fronte e retro - a colori**

Grafica dei parametri – sviluppata su 4 giorni

Contiene: dati antropometri del paziente, temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, SpO2, dolore, glicemia, peso, dieta, bilancio idro-elettrolitico,

Stringa in colore blu di avvenuta misurazione da parte dell'Infermiere

Casella per la sigla del professionista per avvenuta erogazione della mobilizzazione, della fisioterapia, della terapia fisica, della terapia occupazionale, della seduta logopedica.

### **Foglio 13 - Formato A4\_frente e retro**

Contiene Scheda Infermieristica di dimissione che riporta: Dati dell'ingresso del paziente e le valutazioni del paziente alla dimissione dello stato di coscienza, della mobilizzazione, dell'igiene e comfort, cute, alimentazione, eliminazione, respirazione, comunicazione, del dolore, della terapia eseguita prima della dimissione, dell'IIA attribuibile alla dimissione e del valore Nwes2 score alla dimissione.

La scheda va datata e firmata dall'Infermiere

### **Foglio 14 - Formato elettronico SISS**

La dimissione Medica

### **Foglio 15 – Formato A4 \_frente**

Griglia di Valutazione del FaSAS\_OdC - Va compilata alla chiusura del FaSAS per la verifica finale della completezza dello stesso prima dell'invio in Archivio del documento; Va firmata dal Responsabile clinico dell'OdC / suo delegato.

## 6. CARATTERISTICHE del FaSAS\_OdC

Per rispondere alle funzioni già menzionate, le caratteristiche di un FaSAS\_OdC sono:

- accuratezza, leggibilità e chiarezza
- completezza e pertinenza
- veridicità e tracciabilità
- tutela della riservatezza (privacy)
- accessibilità e disponibilità
- rispetto dei diritti delle persone: compilazione e firma del consenso informato
- continuità assistenziale
- strumento di verifica ed eventuale conseguente modifica degli obiettivi assistenziali.

Ogni Foglio del FaSAS\_OdC è compilato in modo da evitare dubbi o incertezze sulla cronologia degli eventi e nella lettura dei contenuti:

- le informazioni riportate devono essere facilmente leggibili e chiare in tutte le loro parti, con scrittura chiara (stampatello e/o corsivo) ed utilizzando inchiostro nero o blu scuro;
- il linguaggio utilizzato deve essere comprensibile per tutti coloro che hanno accesso al fascicolo (personale autorizzato) e che hanno la necessità di consultarlo;
- l'utilizzo delle abbreviazioni e di sigle deve essere limitato al minimo oltre che conforme agli standard nazionali ed internazionali;
- sul diario si devono riportare i dati di identificazione dell'utente, la data/ora e firma dell'operatore che compila per competenza. Ogni operatore scriverà per la sua parte- diario clinico va compilato dal medico; il diario assistenziale va compilato da tutti i professionisti sanitari non medici, specificando la qualifica: infermieristica, fisioterapica, socioassistenziale seguendo la cronologia degli eventi per garantire la tracciabilità dell'iter di cura e per ricostruire l'evolversi della malattia.

Il responsabile della tenuta e conservazione del FaSAS aperto è l'operatore sanitario che ha in carico il paziente e l'autorizzazione all'accesso delle stesse è consentito alle figure professionali riportate nel PAI del paziente.

Il contenuto del FaSAS\_OdC deve essere ispirato ai criteri di pertinenza e di indispensabilità delle informazioni raccolte.

In caso di errori nella compilazione, la correzione rimane visibile: si traccia una riga sulla scritta e si riporta data e relativa firma dell'autore della modifica. Non devono essere apportate cancellature con correttore, gomma o abrasioni.



## 7. STRUTTURA SINTETICA DEL FaSAS\_OdC

Tutti gli operatori si impegnano a garantire la completezza della documentazione, delle informazioni, e degli aggiornamenti sociosanitari nelle parti di loro competenza e nei tempi previsti dalle vigenti normative

Il FaSAS\_OdC è composto almeno da:

1. *sezioni anamnestiche;*
2. *richiesta/proposta di ricovero (medico di famiglia (MMG), medico specialista ospedaliero)*
3. *strumenti validati in uso per le valutazioni (scale di valutazione) e relativa classificazione ove prevista;*
4. *valutazioni dei diversi professionisti (scheda infermieristica, riabilitativa, sociale, psicologica);*
5. *progetto individuale e Piano di assistenza individuale (PI; PAI, PRI, pri, Pei, etc.);*
6. *diario clinico ed assistenziale degli eventi ed interventi;*
7. *documentazione/modulistica riferita ad aspetti assistenziali*
8. *consenso alla Privacy e consensi informati: a: 1) per la tutela della privacy si compila il Consenso al trattamento dei dati personali 2)il consenso al trattamento sanitario;3) consenso all'attivazione del ricovero in OdC ; tutti i consensi sono redatti secondo la normativa vigente e firmati per competenza Sono rintracciabili nella cartella condivisa sul server aziendale "Camelia\_Public" link:  
[\\ospedalimantova.loc\dati\dati1\Camelia\\_Public](\\ospedalimantova.loc\dati\dati1\Camelia_Public)*
9. *la documentazione relativa alla tutela giuridica della persona, ove prevista;*
10. *le rivalutazioni periodiche.*
11. *recapiti telefonici ed orari (ove richiesto)*
12. *Elenco documenti consegnati e informazioni fornite – ove prevista;*
13. *Dimissione medica ed dimissione infermieristica*
14. *Scale di valutazione : del rischio caduta Conley, del rischio Nutrizionale NRS, del dolore Painad o VNS, Barthel modificata, Braden, Lesioni da compressione, ecc.*

Ogni registrazione deve essere corredata da data, ora e firma dell'autore.

## 8. SCALE DI VALUTAZIONE

Il contenuto del FaSAS\_OdC deve essere ispirato ai criteri di pertinenza e di indispensabilità delle informazioni raccolte; pertanto si raccomanda l'utilizzo di scale di valutazione validate perché possano essere considerate oggettive.

### A) Indice Di Barthel

L'Indice di Barthel fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa,



deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllo sfinteriale alla defecazione e alla minzione.

L'indice registra quello che un paziente fa realmente, NON quello che potrebbe fare.

Se un paziente necessita di supervisione non può essergli attribuito il punteggio massimo della scala.

La raccolta dati avviene con l'osservazione diretta del paziente e con domande rivolte a lui o al caregiver.

Di solito si raccolgono le informazioni inerenti le attività avvenute nelle precedenti 24 – 48 ore, ma occasionalmente saranno rilevati anche periodi più lunghi.

L'uso di ausili per essere indipendenti è permesso.

Per i pazienti in stato di incoscienza il punteggio è "0" in tutte le voci.

Un punteggio tra 0 e 24 è indice di totale dipendenza, tra 25 e 49 di severa dipendenza, tra 50 e 74 corrisponde ad un livello moderato di dipendenza, sopra i 75 ad una minima limitazione nelle attività della vita quotidiana.

## **B) Indice Di Braden**

La Scala Braden è composta da 6 Items, tutti ad impronta prevalentemente assistenziale, in grado di includere parametri di un certo rilievo nella genesi delle lesioni. I 6 items sono relativi a:

-Percezione Sensoriale –Umidità –Attività –Mobilità –Alimentazione -Frizione-Scivolamento.

Il punteggio dei singoli Parametri è anche qui compreso tra 1 e 4, tranne "frizione-trazione" ove varia tra 1 e 3.

In generale può considerarsi soggetto a rischio di lesione da compressione chi ha un punteggio  $\leq 16$ , ma per gli anziani a domicilio il limite può essere  $\leq 18$ .

La scala va somministrata alla presa in carico e poi mensilmente o trimestralmente o comunque quando cambiano le condizioni del paziente.

## **C) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)**

Lo Short Portable Mental Status Questionnaire è un test ideato per rilevare la presenza e l'intensità dei deficit cognitivi di origine organica in pazienti anziani.

Le abilità misurate comprendono: orientamento, memoria a breve e a lungo termine, capacità di svolgere operazioni mentali.

Si attribuisce un punto per ogni risposta. Il punteggio complessivo va da 0 (deficit grave) a 10 (nessun deficit)

Per la somministrazione della scala nei differenti tempi del progetto, i somministratori devono basarsi sul seguente schema:

1. Somministrazione alla presa in carico
2. Follow-up ad ogni significativa variazione (dopo ricovero in struttura o episodio clinico significativo) e ad ogni rinnovo



## D) Scale i Valutazione del Dolore

NOTA: da somministrare solo UNA scala del dolore, in base allo stato cognitivo del paziente definito dal SPSMQ.

### I. Scala Painad (Tabella 1)

La scala indicata per rilevare il livello del dolore è **la Painad quando la SPMSQ è < 5**(quindi tra 0 e 4), il che significa che il paziente non è in grado di collaborare pur esprimendo in modo adeguato il livello di dolore percepito; si basa su Valori da 0 a 1 che vengono considerati indice di dolore assente, da 2 a 4 di dolore lieve, da 5 a 7 di dolore moderato, e da 8 a 10 di dolore severo.

**(\*)** *Se il dolore è  $\geq 5$  bisogna comunicarlo al medico curante (MMG), annotarlo sul diario domiciliare e verificare che il MMG che ha in carico il paziente si adoperi per la prescrizione della terapia necessaria. All'accesso successivo l'operatore rivaluta il livello del dolore del paziente post terapia somministrata dal MMG, annota sul diario i cambiamenti dello stato clinico del paziente e, se il dolore persiste, ridefinisce il PAI.*

La scala di valutazione del dolore va somministrata all'attivazione, al rinnovo di ogni titolo e ogni qualvolta se ne renda necessario.

**Tabella 1**

### SCALA PAINAD Pain Assessment in Advanced Dementia

	0	1	2
<b>RESPIRO</b> (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
<b>VOCALIZZAZIONE</b>	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
<b>ESPRESSIONE FACCIALE</b>	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
<b>LINGUAGGIO DEL CORPO</b>	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
<b>CONSOLABILITA'</b>	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

**Punteggio:**

0 = nessun dolore

10= massimo dolore

### II. VNS (Scala Numerica Verbale) Tabella 2

Bambini di età maggiore degli 8 anni: la Scala Numerica Verbale (VNS) viene facilmente compresa dal paziente, il quale sceglie semplicemente un numero fra 0 e 10 per rappresentare il livello di dolore. VNS



Nessun dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Il massimo dolore avvertibile La VNS elimina la necessità della coordinazione visiva e motoria. Un dolore che va' da 1 a 4 è da considerarsi lieve, fra 5 e 6 moderato, tra 7 e 10 severo. La soglia di **5 è da considerarsi il limite di dolore** che interferisce con la qualità di vita. La VNS sembra avere un significato comune anche in culture diverse e può essere presentata al paziente come una semplice domanda. Il facile utilizzo della scala ne permette la somministrazione più volte nell'arco della giornata al fine di creare una base di partenza per valutare gli interventi terapeutici effettuati.

La scala VNS si somministra quando lo SPMSQ è  $\geq 5$ .

La VNS sembra avere un significato comune anche in culture diverse e può essere presentata al paziente come una semplice domanda. Il facile utilizzo della scala ne permette la somministrazione più volte nell'arco della giornata al fine di creare una base di partenza

Se il **dolore è  $\geq 5$**  bisogna comunicarlo al medico e adoperarsi come da protocollo clinico.

La scala di valutazione va somministrata all'attivazione, al rinnovo di ogni titolo e ogni qualvolta se ne renda necessario.

Tabella 2



0-1 Nessun dolore

2-3 dolore lieve

4-5 dolore moderato

6-7 dolore severo

8-9 dolore molto severo

10 peggior dolore possibile

### III. La scala delle espressioni facciali

Si utilizza la scala di autovalutazione a 6 faccine "Happy Face Pain Rating Scale": ad ogni faccina corrisponde un valore numerico che rappresenta l'intensità del dolore. Il bimbo indica a quale faccina associa il suo dolore. Si interviene per un valore superiore a 2.

È un metodo intuitivo, ideale per i bambini, ma anche per adulti e anziani quando lo **SPMSQ è  $\geq 5$** , che usa una serie di figure che rappresentano espressioni facciali. La figura all'estrema sinistra rappresenta un viso sorridente e corrisponde all'assenza di dolore; quella all'estrema destra rappresenta un viso molto sofferente e corrisponde al massimo dolore possibile. Se il dolore è  $\geq 3$ , bisogna comunicarlo al medico curante e adoperarsi come descritto al paragrafo precedente (\*).

La scala di valutazione va somministrata all'attivazione, al rinnovo di ogni voucher e ogni qualvolta se ne



renda necessario.



0	fa	1	poco	2	3	4	molto	5
non		fa		fa	fa	fa		fa
male		male		abbastanza	male	male		malissimo
				male				

### E) Scala di Conley

Le prime tre domande devono essere rivolte al paziente: possono essere rivolte a un familiare o al caregiver solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita.

Ad ogni domanda è attribuito un punteggio pari a 0 se negativa, o variabile tra 1 e 3 se positiva. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi. Il paziente è considerato a rischio caduta se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2: in questo caso va segnalato nel PAI il punteggio rilevato e vanno fornite al paziente e/o alla famiglia le indicazioni e consegnato l'opuscolo relativo alla prevenzione delle cadute.

### F) Scheda di monitoraggio delle lesioni da pressione

La scheda valutazione delle lesioni è da compilare settimanalmente se presenti lesioni cutanee, altrimenti va compilata alla presa in carico e ad ogni rivalutazione del titolo o quando se ne presenti la necessità.

➤ Nel diario assistenziale va inserita la valutazione infermieristica dell'efficacia del trattamento delle lesioni da pressione, riportando miglioramenti o peggioramenti del quadro iniziale / dalla presa in carico.

### G) Scala di valutazione del rischio nutrizionale (NRS \_ Nutritional Risk Screening)

**Tempistica di compilazione: entro 24 ore dall'accettazione** e ripetizione ogni 7 giorni, anche nei pazienti senza rischio di malnutrizione all'ingresso in ospedale.

## 9. CHIUSURA DEL FASCICOLO SOCIO ASSISTENZIALE E SANITARIO (FaSAS\_OdC)

La chiusura del FaSAS\_OdC viene identificata con il termine di dimissione medica ed infermieristica dall'OdC del paziente. Segue il flusso OdC.

Il FaSAS\_OdC viene archiviato nel rispetto dell'attuale normativa presso un locale idoneo per la sicurezza dei documenti sensibili, adibito a tale funzione, fino a nuove indicazioni regionali.

## 10. FLUSSO INFORMATIVO

Nelle more della rilevazione dell'attività erogata dagli OdC secondo il flusso che verrà definito a livello nazionale nell'ambito dell'obiettivo di investimento del PNRR M6C2 1.3.2, il cui cronoprogramma di attuazione è definito nella DGR XI/6426 del 23/05/2022 recante "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza PNRR - missione 6 component 1 e component 2 e PNC – approvazione del piano operativo regionale (POR) e contestuale individuazione degli interventi, con ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR - individuazione dei soggetti attuatori esterni", si definiscono di seguito, in fase di prima applicazione, gli elementi informativi provvisori del tracciato finalizzato, in via transitoria, a rendicontare l'attività erogata dall'ospedale di comunità a favore delle persone prese in carico.

### ELEMENTI INFORMATIVI NUOVO FLUSSO OdC

CODICE ATS DI CONTRATTUALIZZAZIONE  
CODICE ASST  
CODICE DISTRETTO  
CODICE STRUTTURA (CUDES)  
NUMERO PRATICA  
CODICE INDIVIDUALE ASSISTITO  
DATA DI NASCITA  
COMUNE DI RESIDENZA  
COMUNE DI DOMICILIO  
ATS DI IMPUTAZIONE TARIFFA SOCIOSAN  
GENERE  
STATO CIVILE  
CITTADINANZA  
TITOLO DI STUDIO  
CONDIZIONE PROFESSIONALE  
SOGETTO RICHIEDENTE  
PROVENIENZA ASSISTITO  
DATA DEL RICOVERO  
DIAGNOSI (ICD-9) PRINCIPALE  
DIAGNOSI (ICD-9) SECONDARIA  
MOTIVO DEL RICOVERO  
DATA DI DIMISSIONE  
CAUSALE DI DIMISSIONE  
INDICE DI INSTABILITA' CLINICA  
INDICE DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

Con successivo atto dei competenti uffici della DG Welfare, all'esito dell'espletamento delle procedure dirette a garantire la piena attuazione delle norme in tema di privacy, si procederà alla definizione del documento tecnico recante il tracciato dei dati e le regole di alimentazione, prevedendone la rilevazione con cadenza trimestrale.

Il flusso dovrà essere inviato tramite il sistema SMAF a partire dall'attività erogata dal 1° gennaio 2024 dalle strutture gestite dalle ASST e dai soggetti privati gestori di OdC accreditati e contrattualizzati all'esito dell'espletamento delle manifestazioni d'interesse previste dal presente atto.

## 11. MOBILITA' INTERREGIONALE

La presa in carico di pazienti provenienti da altre regioni richiede la previa autorizzazione al ricovero da parte dell'ASL della residenza dell'assistito e comporta la fatturazione diretta da parte del gestore pubblico o privato dei costi del ricovero in OdC all'ATS / ASL di residenza applicando la tariffa definita con la DGR XII/1435 del 27/11/2023



## 12. TUTELA DELLA RISERVATEZZA

Tutti gli utenti hanno diritto alla protezione della propria privacy. Le misure adottate dalla Struttura sono chiare: la documentazione e i dati sono trattati con cura e le comunicazioni sono date a terzi solo se preventivamente autorizzati dall'interessato.

Il paziente riceve l'informativa sulla privacy con un linguaggio comprensibile e dettagliato ed inoltre firma il modulo del consenso informato in cui sono indicate le persone autorizzate.

## 13. CONSERVAZIONE

Ogni FaSAS\_OdC chiuso deve essere conservato in apposito schedario o armadio con ante cieche e con chiusura a chiave. Al termine del servizio la chiave va riposta in luogo segreto convenuto dagli addetti ai lavori.

## 14. SMARRIMENTO DEL FaSAS\_OdC O DI PARTI DI ESSO

Nel caso di smarrimento del FaSAS\_OdC, o di alcune parti di esso, l'operatore sanitario che segue il paziente è in dovere di informare il Coordinatore ed il Direttore del Distretto, che è tenuto a farne dichiarazione scritta al Direttore SocioSanitario e alla Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza per la valutazione della ulteriore denuncia all'Organo di Vigilanza /Polizia, secondo le regole regionali vigenti.

**La dichiarazione va fatta al momento dello smarrimento.** Pertanto, denuncia e segnalazione devono essere effettuate dal Responsabile medico dell'unità di offerta, se lo smarrimento si è verificato prima dell'invio in archivio, o dal Responsabile dell'Ufficio Archivio se si è verificato dopo l'archiviazione.

La Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza con la collaborazione Responsabile medico e Direttore del Distretto provvederà ad effettuare un'istruttoria finalizzata ad accertare la natura della documentazione smarrita, la possibilità di rintracciarla, di ottenerne copie (ad esempio referti diagnostici) e la possibilità di ricostruirne il contenuto.

Tale istruttoria sarà conservata in archivio al posto della documentazione smarrita.

## 15. ARCHIVIAZIONE

Il Fascicolo Socioassistenziale e Sanitario FaSAS\_OdC dovrà essere chiuso con la dimissione medica firmata dal Medico responsabile che ha avuto in carico il paziente.

Prima dell'archiviazione tutti gli operatori si impegnano a garantire la completezza della documentazione, delle informazioni e degli aggiornamenti sociosanitari nelle parti di loro competenza e nei tempi previsti dalle vigenti normative regionali,

Va compilando la Griglia di valutazione finale del FaSAS\_OdC ed inserita nello stesso.



Il FaSAS\_OdC completo, redatto e sottoscritto, viene archiviato nell'archivio dell'OdC fino ad ulteriori indicazioni regionali in merito sia all'archiviazione che ai tempi di conservazione, solitamente contemplati dal Titolario / Massimario di scarto della Regione Lombardia. Si faranno aggiornamenti ulteriori in merito.

## 16. RICHIESTA COPIA E RILASCIO del FaSAS\_OdC

Il FaSAS\_ OdC può essere richiesto in copia conforme all'originale dall'utente stesso o da un suo delegato tramite apposito modulo scaricabile dal sito dell'ASST di Mantova alla pagina **Copia della cartella clinica** seguendo tutte le indicazioni contenute. Il modulo va inviato alla segreteria dell'OdC.

## 17. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- Dgr XI/6760 del 25/07/2022 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Dgr XII/1435 del 27/11/2023 - Ulteriori determinazioni in ordine all'attività dell'Ospedale di Comunità – all. 1 e all. 2
- Dgr X/2569 del 31/10/2014 - Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo – Allegato 1.
- D.Lgs. n. 196/2003
- Nota regionale – Prot. G1.2024.0001161 del 11/01/2024- DGR n. XII/1435/2023 "Ulteriori determinazioni in ordine all'attività dell'Ospedale di Comunità" – prima nota operativa.

## – Specifiche Tecniche –

# FLUSSO SIOC

Revisione del Documento: **1/2026**

Data di Revisione: **29/01/2026**

## Indice

<b>1</b>	<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>3</b>
1.1	VERSIONE DEL DOCUMENTO .....	3
1.2	OBIETTIVI DEL DOCUMENTO .....	3
1.3	INFORMAZIONI FUNZIONALI RELATIVE AI TRACCIATI .....	3
1.4	DESCRIZIONE FUNZIONALE DEI TRACCIATI RECORD .....	3
1.5	STRUTTURA XML PER TRACCIATO ANAGRAFICA.....	4
1.6	TRACCIATO ANAGRAFICA - DEFINIZIONE CAMPI.....	4
1.7	STRUTTURA XML PER TRACCIATO RICOVERO.....	8
1.8	TRACCIATO RICOVERO - DEFINIZIONE CAMPI .....	8
<b>2</b>	<b>TABELLE DI RIFERIMENTO CODIFICHE</b> .....	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>ENTI INVIANTI</b> .....	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>REGOLA PER LA RENDICONTAZIONE DELLE INFORMAZIONI</b> .....	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>REGOLA PER LA VALORIZZAZIONE ECONOMICA</b> .....	<b>16</b>
<b>6</b>	<b>CONTROLLI AUTOMATICI</b> .....	<b>18</b>
6.1	Tracciato ANAGRAFICA XML (Esempio).....	18
6.2	Tracciato ANAGRAFICA XSD.....	19
6.3	LA CODIFICA DEI CONTROLLI .....	27
6.4	Tracciato RICOVERO XML (Esempio) .....	32
6.5	Tracciato RICOVERO XSD.....	34
6.6	LA CODIFICA DEI CONTROLLI .....	44

# 1 INTRODUZIONE

## 1.1 VERSIONE DEL DOCUMENTO

Revisione	Data	Sintesi delle Modifiche
1	29/01/2026	Prima emissione del documento

## 1.2 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il presente documento fornisce le specifiche tecniche del flusso informativo contenente i tracciati per la rilevazione delle informazioni basilari dei ricoveri effettuati dagli ospedali di comunità della Regione Lombardia.

### Normativa di riferimento:

- Regione Lombardia-DGR XII-1435 del 27/11/2025-Ulteriori determinazioni in ordine all'attività dell'Ospedale di comunità;
- Decreto 4 agosto 2025 – Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità (SIOC);
- Sistema informativo Ospedali di comunità (SIOC) (PNRR-obiettivo M6C2-sub investimento 1.3.2.2.1). Specifiche funzionali. Versione 1.0. Ottobre 2025.
- Sistema Informativo Ospedali di Comunità (SIOC) (PNRR – obiettivo M6C2 – sub-investimento 1.3.2.2.1) Specifiche funzionali. Versione 1.1. Ottobre 2025
- Sistema Informativo Ospedali di Comunità (SIOC) (PNRR – obiettivo M6C2 – sub-investimento 1.3.2.2.1) Specifiche funzionali. Versione 1.2. Gennaio 2026

Il documento fornisce:

- Tracciato Anagrafica Assistito- che contiene le informazioni di carattere anagrafico e relative al ricovero;
- Tracciato Ricovero - che contiene le informazioni relative alla valutazione;

## 1.3 INFORMAZIONI FUNZIONALI RELATIVE AI TRACCIATI

### ASSUNZIONI DI BASE

#### 1. L'invio dei file viene effettuato tramite un tracciato XML.

Per "XML" si intende il linguaggio di markup aperto e basato su testo che fornisce informazioni di tipo strutturale e semantico relative ai dati veri e propri. Acronimo di "eXtensible Markup Language" metalinguaggio creato e gestito dal World Wide Web Consortium (W3C).

#### 2. Per ogni tracciato XML, è fornito il relativo schema XSD di convalida a cui far riferimento.

L'XSD è il linguaggio che specifica le caratteristiche del tipo di documento attraverso una serie di "regole grammaticali". In particolare, definisce l'insieme degli elementi del documento XML, le relazioni gerarchiche tra gli elementi, l'ordine di apparizione nel documento XML e quali elementi e quali attributi sono opzionali o meno. Ulteriori assunzioni di base che riguardano i singoli tracciati sono enunciate nella descrizione dei tracciati stessi.

## 1.4 DESCRIZIONE FUNZIONALE DEI TRACCIATI RECORD

### FORMATO FILE

I file da inviare a Regione Lombardia sono in formato XML, in base alle caratteristiche dei file XSD. I file che non rispettano le caratteristiche del XSD saranno scartati dal sistema.

## AVVERTENZE GENERALI PER LA VALORIZZAZIONE DEI CAMPI

- Tutti i campi indicati come obbligatori (come indicato più avanti nella tabella della descrizione funzionale dei campi) sono vincolanti per il caricamento del record.
- I campi data sono espressi nel formato YYYY-MM-DD dove DD rappresenta il giorno (se è inferiore a 10, viene aggiunto uno zero) – MM il mese (se è inferiore a 10 viene aggiunto uno zero) e YYYY l'anno. Esempio: 2024-11-27: 27 novembre 2024.

## 1.5 STRUTTURA XML PER TRACCIATO ANAGRAFICA

Il tracciato Anagrafica comprende i dati anagrafici dell'utente oggetto della rilevazione e gli eventuali problemi socio-familiari, i codici dell'ATS e della struttura in cui è ubicato l'ospedale di comunità. Il disciplinare tecnico riporta la lista delle informazioni relative al TRACCIATO 1 –ANAGRAFICA. I nodi di riferimento, intesi come insiemi di informazioni, associati all'evento sono riportati nella seguente tabella come definito nel disciplinare tecnico di riferimento:

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
ANAGRAFICA	T1_Anagrafica /CampiTecnici	Tipo Trasmissione Codice Regione Codice ATS Codice ASST Codice Distretto Codice Struttura Numero della scheda di ricovero
	T1_Anagrafica/Dati anagrafici	Codice Fiscale Assistito Genere Anno di nascita Regione di Residenza ATS di residenza Comune/Stato di Residenza Comune di domicilio Codice ATS di eventuale imputazione tariffa sociosanitaria Cittadinanza Stato civile Titolo di studio Indice di Instabilità clinica Indice di Intensità assistenziale precedente al ricovero
	Nodo «Problemi Socio-familiari»	Problemi Socio-familiari

Il dominio dei contenuti informativi, quindi, i valori ammessi, vengono specificati nel paragrafo 1.6 riportante una tabella specifica per la definizione dei campi.

## 1.6 TRACCIATO ANAGRAFICA - DEFINIZIONE CAMPI

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste.

Con “nodo di riferimento” si identifica il raggruppamento di un insieme di informazioni relative alla tematica assunta come nodo. Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono riportare per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio regionale, così come descritto nel disciplinare tecnico di riferimento. Ad es. un campo definito campo data deve rispecchiare il formato specificato yyyy-mm-dd. Oppure nel campo Tipo, che identifica il tipo di azione che assume il flusso in arrivo, riporta i valori ammessi: I inserimento, V variazione, C cancellazione.

Di seguito si riporta una legenda esplicativa delle abbreviazioni e degli acronimi utilizzati nei tracciati informativi.

Legenda	
Tipo campo	Obbligatorietà
A: campo Alfabetic AN: campo alfanumerico N: campo numerico D: campo data (YYYY-MM-DD)	OBB: sempre obbligatorio FAC: sempre facoltativo NBB: obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
1	Tipo Trasmissione	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. Va utilizzato il codice “I” per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni	A	OBB	Valori Ammessi:  I=Inserimento V=Variazione C=Cancellazione  Va utilizzato il codice “I” per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione.	1

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
		precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.			Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	
2	Codice Regione	Indica il codice della Regione	AN	OBB	Campo chiave  Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.	3
3	Codice ATS	Indicare il codice dell'ATS in cui è ubicata la struttura OdC	AN	OBB	Campo chiave  Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC.	3
4	Codice ASST	Indicare il codice ASST di afferenza territoriale dell'OdC	N	OBB	Campo chiave	3
5	Codice Distretto	Indicare il codice distretto di afferenza territoriale dell'OdC	AN	OBB	Campo chiave	5
6	Codice Struttura	Indicare il codice della struttura OdC erogatrice	AN	OBB	Campo chiave  I codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali STS11.	6
7	Numero della scheda di ricovero	Indica il numero della scheda di ricovero	AN	OBB	Campo chiave  Le prime 2 cifre identificano l'anno di ingresso, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva di ricovero all'interno dell'anno. Il codice da utilizzare è articolato in: 1) la parte numerazione (ultime 6 cifre) deve essere numerica e ≠ 0; 2) le prime 2 cifre devono essere uguali all'anno di ricovero (che può essere anche dell'anno precedente); Il numero deve essere univoco per la struttura erogatrice e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno	8
8	Codice fiscale assistito		AN	OBB	Il campo deve essere sempre valorizzato. Codifica AAAAAANNANNANNA fatte salve eventuali omocodie. Nel caso di cittadino straniero temporaneamente presente non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno nel nostro paese va usata la seguente codifica: STP+ codice regione + codice ats/asst+ numero della scheda di ricovero (8 cifre) Nel caso di soggetto in temporaneo soggiorno in Italia, il cui onere per le prestazioni erogate è a carico di	20

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
					istituzioni estere in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale, va riportato il numero identificativo di tessera TEAM (20 caratteri). Nel caso di cittadini dell'Unione Europea senza copertura sanitaria si dovrà riportare la sigla CSCS+codice regione + codice ats/asst+ numero della scheda di ricovero (8 cifre).	
9	Genere	Indicare il sesso/genere dell'assistito	N	OBB	I valori ammessi sono: 1=Maschio 2=Femmina 3=Non specificato	1
10	Anno di nascita	Inserire anno di nascita dell'assistito	N	OBB	Formato: AAAA	4
11	Regione di Residenza	Indica la Regione di residenza, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione	AN	OBB	Indica la Regione di residenza dell'assistito.  Per la codifica utilizzare il Codice Regioni di 3 caratteri definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche. Se Stato estero valorizzare con 999.	3
12	ATS di residenza	Indica il codice dell'ATS di residenza dell'assistito.	AN	OBB	Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria locale.	3
13	Comune/stato di Residenza	Indica il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione	AN	OBB	Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune).  Si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia.  Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando il codice stato estero definito dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione. Esempio: - 999201 (Albania); - 999342 (Nepal);	6
14	Comune di domicilio		AN	OBB	Il codice da utilizzare è il codice secondo codifica ISTAT, i cui primi tre caratteri individuano la provincia e i successivi un progressivo all'interno di ciascuna provincia che individua il singolo comune.  Nel caso in cui il paziente risieda all'estero va indicato il codice 9999	6
15	Codice ATS di eventuale imputazione tariffa sociosanitaria		AN	OBB	Se residente in Lombardia valorizzare con codice ATS di riferimento per l'imputazione dell'eventuale tariffa sociosanitaria;  Se residente in Italia ma non in Lombardia valorizzare con codice istat regionale (3 cifre) Per l'eventuale imputazione sociosanitaria;  Se STP, TEAM o CSCS indicare il codice ATS territorialmente competente se in base alla normativa nazionale e regionale di settore rimangono a carico dell'ATS nel cui territorio vengono assistiti.	3

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
					Se l'assistito non rientra nelle casistiche sopra indicate inserire il valore convenzionale 999	
16	Cittadinanza	Identifica la cittadinanza dell'assistito al momento dell'ammissione.	AN	OBB	Utilizzare la codifica Alpha2 (a due lettere) prevista dalla normativa ISO 3166.  In caso di apolidi indicare il codice ZZ  In caso di cittadinanza sconosciuta indicare XX. In caso di dato mancante inserire 99	2
17	Stato civile	Stato civile del paziente al momento del ricovero	N	OBB	Valori ammessi: 1=Celibe/nubile 2=Coniugato/a 3=Separato/a 4=Divorziato/a 5=Vedovo/a 6=Unito/a civilmente 7=Già in unione civile (in decesso del partner) 8=Già in unione civile (per scioglimento unione) 9=Non rilevato 99=Dato mancante	2
18	Titolo di studio	Titolo di studio conseguito dall'utente al momento della rilevazione	N	OBB	Valori ammessi: 1=Nessun titolo (meno di 5 anni di studio) 2=Licenza elementare (5 anni di studio) 3=Diploma di scuola media inferiore (8 anni di studio) 4=Diploma di scuola media superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio) 5=Diploma universitario o laurea breve 6=Laurea o superiore (17 o più anni di studio) 7=Non dichiarato 9= Dato mancante	1
19	Indice di Instabilità clinica	Indicare l'indice di stabilità clinica nelle 24 ore precedenti al ricovero	AN	OBB	Valori ammessi: 0=Altre scale di valutazione 1=Scala news punteggio 1 2=Scala news punteggio 2 3=Scala news punteggio 3 4=Scala news punteggio 4	1
20	Indice di Intensità assistenziale precedente al ricovero	Indicare l'indice di intensità assistenziale nelle 24 ore precedenti al ricovero	AN	OBB	Valori ammessi: 2=Indice di intensità medio bassa 3=Indice di intensità medio alta	1
21	Problemi socio-familiari Nodo «Problemi Socio-familiari»	Segnalazione dei problemi di natura socio-familiare rilevati al momento del ricovero, codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche tecniche.	AN	OBB	Valori ammessi: 00=Nessun problema rilevato 01=In carico ai servizi sociali 02=Problemi relazionali/comportamentali/psichiatrici 03=Dipendenze 04=Problemi di autonomia, disabilità fisica 05=Problemi di carattere giudiziario 06=Difficoltà economiche 07=Difficoltà abitative 08=Vive solo/a 09=Assenza o inadeguatezza del caregiver 10=Presenza amministratore di sostegno/tutore 99=Dato mancante  Possibilità di inserire più risposte salvo che venga inserito valore 00 o valore 99	2

## 1.7 STRUTTURA XML PER TRACCIATO RICOVERO

Il tracciato Ricovero comprende le informazioni relative al ricovero dell'utente oggetto della rilevazione per il SIOC. Il disciplinare tecnico riporta la lista delle informazioni relative al TRACCIATO 2 – RICOVERO.

I nodi di riferimento, intesi come insiemi di informazioni, associati all'evento sono riportati nella seguente tabella come definito nel disciplinare tecnico di riferimento:

Tracciato	Nodo di riferimento	Campo (campi chiave riportati in rosso)
RICOVERO	T2_Ricovero /CampiTecnici	Tipo Trasmissione Codice Regione Codice ATS Codice ASST Codice Distretto Codice Struttura Numero progressivo scheda di ricovero
	T2_Ricovero/DatiRicovero	Soggetto proponente il ricovero Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero Indicare se il ricovero sia stato mediato attraverso le attività delle Centrali Operative Territoriali COT Codice COT Data richiesta accoglimento Data di ricovero Provenienza del paziente Codice Regione struttura di provenienza Codice ATS struttura di provenienza del paziente Codice struttura provenienza del paziente Data di dimissione o di decesso Giornate di assenza temporanea Motivo principale del ricovero Modalità di dimissione Valutazione ADL all'ingresso Valutazione ADL alla dimissione
	"Nodo «Diagnosi ICD9CM»"	Codice Diagnosi IDCD9CM
	"Nodo «Diagnosi ICD10IM»"	Codice Diagnosi IDCD10IM
	"Nodo «Procedura ICD9CM»"	Codice procedura/procedura principale ICD9CM
	"Nodo «Procedura ICD10IM»"	Codice procedura/procedura principale ICD10IM

Il dominio dei contenuti informativi, quindi, i valori ammessi, vengono specificati nel 1.8 riportante una tabella specifica per la definizione dei campi.

## 1.8 TRACCIATO RICOVERO - DEFINIZIONE CAMPI

Si riporta di seguito il tracciato delle informazioni richieste.

Con "nodo di riferimento" si identifica il raggruppamento di un insieme di informazioni relative alla tematica assunta come nodo.

Si specificano, inoltre, le caratteristiche che le informazioni devono riportare per rendere il flusso univoco ed omogeneo su tutto il territorio regionale, così come descritto nel disciplinare tecnico di riferimento.

Ad es. un campo definito campo data deve rispecchiare il formato specificato yyyy-mm-dd. Oppure nel campo Tipo, che identifica il tipo di azione che assume il flusso in arrivo, riporta i valori ammessi: I inserimento, V variazione, C cancellazione.

Di seguito si riporta una legenda esplicativa delle abbreviazioni e degli acronimi utilizzati nei tracciati informativi.

Legenda	
Tipo campo	Obbligatorietà
A: campo Alfabetico AN: campo alfanumerico N: campo numerico D: campo data (YYYY-MM-DD)	OBB: sempre obbligatorio FAC: sempre facoltativo NBB: obbligatorio se si verificano le condizioni indicate

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
1	Tipo Trasmissione	Campo tecnico utilizzato per distinguere trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate. Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	A	OBB	Valori Ammessi:  I=Inserimento C=Cancellazione V=Variazione  Va utilizzato il codice "I" per la trasmissione di informazioni nuove o per la ritrasmissione di informazioni precedentemente scartate dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "V" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una sovrascrittura dal sistema di acquisizione. Va utilizzato il codice "C" per la trasmissione di informazioni per le quali si intende far effettuare una cancellazione dal sistema di acquisizione.	1
2	Codice Regione	Indica il codice della Regione	AN	OBB	Campo chiave  Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.	3
3	Codice ATS	Indicare il codice dell'ATS in cui è ubicata la struttura OdC	AN	OBB	Campo chiave  Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC.	3
4	Codice ASST	Indicare il codice ASST di afferenza territoriale dell'OdC	N	OBB	Campo chiave	3
5	Codice Distretto	Indicare il codice distretto di afferenza territoriale dell'OdC	AN	OBB	Campo chiave	5
6	Codice Struttura	Indicare il codice della struttura OdC erogatrice	AN	OBB	Campo chiave  I codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli ministeriali STS11.	6

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
7	Numero progressivo scheda di ricovero	Indica il numero progressivo scheda di ricovero	AN	OBB	<p>Campo chiave</p> <p>Le prime 2 cifre identificano l'anno di ingresso, le altre 6 corrispondono alla numerazione progressiva di ricovero all'interno dell'anno.</p> <p>Il codice da utilizzare è articolato in:</p> <p>1) la parte numerazione (ultime 6 cifre) deve essere numerica e ≠ 0;</p> <p>2) le prime 2 cifre devono essere uguali all'anno di ricovero (che può essere anche dell'anno precedente);</p> <p>Il numero deve essere univoco per la struttura erogatrice e non deve mai ripetersi nel corso dell'anno</p>	8
8	Soggetto proponente il ricovero	Identifica il soggetto che ha richiesto il ricovero in struttura, codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche tecniche.	N	OBB	<p>Valori ammessi:</p> <p>1=medico di medicina generale;</p> <p>2=medico di continuità assistenziale;</p> <p>3=medico specialista ambulatoriale territoriale o ospedaliero;</p> <p>4=medico del pronto soccorso;</p> <p>5=pediatra di libera scelta.</p>	1
9	Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero	Indica se il caso sia stato segnalato al medico da un soggetto qualificato differente da quelli indicati nel campo "soggetto proponente il ricovero"	N	FAC	<p>Valori ammessi:</p> <p>1=Infermiere</p> <p>2=Assistente Sociale</p> <p>3=Altra tipologia di medico non compresa nel campo "soggetto proponente il ricovero"</p> <p>4=Caregiver</p> <p>5=Altro operatore dell'assistenza domiciliare</p> <p>9=Altro</p>	1
10	Indicare se il ricovero sia stato mediato attraverso le attività delle Centrali Operative Territoriali COT	Indica se, nel processo di valutazione dell'opportunità di ricoverare il paziente presso l'ospedale di comunità, abbia avuto un ruolo attivo una COT	N	OBB	<p>Valori ammessi:</p> <p>1=SI</p> <p>2=NO</p>	1
11	Codice COT	Indica, qualora il ricovero sia stato mediato da una COT, la concatenazione del codice identificativo della regione, della ATS e codice STS11.	AN	FAC		12
12	Data richiesta accoglimento	Indicare la data di dichiarazione di eleggibilità al ricovero (inserimento in lista di attesa del paziente valutato ed eleggibile)	D	OBB	Formato AAAA-MM-GG	10
13	Data di ricovero	Data del ricovero in struttura.	D	OBB	La data deve essere minore o uguale alla "data di dimissione". Formato AAAA-MM-GG	10
14	Provenienza del paziente	Indica da dove proviene il paziente che entra in struttura. Campo codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche funzionali.	AN	OBB	<p>Valori ammessi:</p> <p>01=Domicilio</p> <p>02=Ospedale pubblico</p> <p>03=Ospedale privato</p> <p>04=Pronto Soccorso</p> <p>05=Hospice</p> <p>06=Struttura residenziale territoriale sociosanitaria</p> <p>07=Struttura residenziale sociale</p> <p>08=Altro ospedale di comunità</p> <p>99=Altre strutture</p>	2

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
15	Codice Regione struttura di provenienza	Se valore campo "Provenienza del paziente" diverso da 01 indica il codice identificativo della Regione dove si trova la struttura di provenienza del paziente	AN	NBB	Il codice da utilizzare è quello a tre caratteri definito con DM 17 settembre 1986, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.240 del 15 ottobre 1986, e successive modifiche, utilizzato anche nei modelli per le rilevazioni delle attività gestionali ed economiche delle Aziende unità sanitarie locali.  Utilizzare 999 se proveniente da strutture all'estero.	3
16	Codice ATS struttura di provenienza del paziente	Se valore campo "Codice Regione struttura di provenienza" diverso da 999 e campo "Provenienza del paziente" diverso da 01 e regione di provenienza del paziente coincide con la regione inviante, indica il codice identificativo della Azienda dove si trova la struttura di provenienza del paziente	AN	NBB  (OBB solo nel caso in cui la regione della struttura di provenienza coincide con la regione inviante)	Il campo deve essere valorizzato con i codici a tre caratteri della azienda sanitaria in cui è ubicata la struttura OdC.	3
17	Codice struttura provenienza del paziente	Se valore campo "Codice Regione struttura di provenienza" diverso da 999 e valore campo "Provenienza del paziente" diverso da 01, 07 e 99 e regione di provenienza del paziente coincide con regione inviante, indica il codice identificativo della struttura	AN	NBB  (OBB solo nel caso in cui la regione della struttura di provenienza coincide con la regione inviante)	I codici da utilizzare sono quelli indicati nei modelli STS11  Inserire 999999 se dato mancante	6
18	Data di dimissione o di decesso	Data della dimissione dalla struttura, o del decesso in struttura.	D	OBB	Formato: AAAA-MM-GG	10
19	Giornate di assenza temporanea	Numero di giornate nelle quali il paziente, durante il ricovero, è temporaneamente assente. Se paziente assente per meno di 24 ore si considera 1 giorno di assenza.	N	OBB	Formato: NNN  Valorizzare con 000 in attesa di chiarimenti ministeriali	3
20	Motivo principale del ricovero	Identifica il motivo principale che ha determinato la necessità del ricovero	AN	OBB	Valori ammessi: 01=Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa 02=Patologia cronica riacutizzata 03=Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica 04=Educazione/addestramento del paziente e del caregiver 05=Riattivazione funzionale 06=Interventi riabilitativi/rieducativi/monodistretto o completamento di interventi estensivi 07=Acuzie minori 08=Isolamento per patologia infettiva 99=Altro	2
21	Modalità di dimissione	Individua lo stato del paziente al momento della dimissione, e l'eventuale	N	OBB	Valori ammessi: 1=Dimissione ordinaria al domicilio 2=Dimissione protetta con attivazione Cure Domiciliari	1

ID	Nome	Descrizione	Tipo	Obbligatorietà	Informazioni di dominio	Lunghezza
		continuazione del percorso assistenziale in altre strutture			3=Dimissione protetta con attivazione Rete Cure Palliative (Hospice, Cure Palliative Domiciliari ecc.) 4=Dimissione protetta al domicilio con attivazione altri servizi 5=Trasferimento ad ospedale pubblico o privato 6=Trasferimento a Struttura residenziale Territoriale Sociosanitaria 7=Trasferimento ad altre strutture di Cure Intermedie 8=Dimissione Volontaria 9= Decesso	
22	Valutazione ADL all'ingresso	Se valore data di ricovero – anno di nascita > = 19, indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato all'ingresso in struttura.	N	NBB	Il valore deve essere compreso fra 0 e 100. «Indice di Barthel modificato» in coerenza con quanto già rilevato in altri flussi NSIS (in particolare SDO-R) Per i ricoveri iniziati nel 2025 e terminati nel 2026 valorizzare con il punteggio della valutazione ADL alla dimissione	3
23	Valutazione ADL alla dimissione	Se valore data di ricovero – anno di nascita > = 19 e se valore campo "Modalità di dimissione" diverso da 9, indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato al momento della dimissione dalla struttura.	N	NBB	Il valore deve essere compreso fra 0 e 100. «Indice di Barthel modificato» in coerenza con quanto già rilevato in altri flussi NSIS (in particolare SDO-R)	3
24	Codice diagnosi ICD9CM Nodo «Diagnosi»	Identifica le patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova (fino ad un massimo di 6) utilizzando la codifica ICD9 CM	AN	OBB	Valorizzare secondo i codici ICD9CM della classificazione internazionale delle malattie con un minimo di 3 caratteri e un massimo di 7, nei seguenti modi: "XXX"; "XXX.X"; "XXXX"; "XXX.XX"; "XXXXX"; "XXX.XXX".	MIN 3 MAX 7
25	Codice diagnosi ICD10IM Nodo «Diagnosi»	Identifica le patologie di cui il paziente è affetto, o condizioni nelle quali si trova (fino ad un massimo di 6) utilizzando la codifica ICD10IM	AN	FAC (A partire dal 1° Gennaio 2026)  OBB (A partire dal 1° Gennaio 2027)	Valorizzare secondo i codici ICD10IM della classificazione internazionale delle malattie con un minimo di 3 caratteri e un massimo di 7, nei seguenti modi: "XXX"; "XXX.X"; "XXXX"; "XXX.XX"; "XXXXX"; "XXX.XXX".	MIN 3 MAX 7
26	Codice procedura/procedura principale ICD9CM Nodo «Procedura»	Identifica gli interventi e le procedure effettuati/e durante il ricovero (fino ad un massimo di 11) utilizzando la codifica ICD9 CM	AN	FAC	Risposta Multipla	MIN 3 MAX 8
27	Codice procedura/procedura principale ICD10IM Nodo «Procedura»	Identifica gli interventi e le procedure effettuati/e durante il ricovero (fino ad un massimo di 11) utilizzando la codifica ICD10IM	AN	FAC (A partire dal 1° Gennaio 2027)	Risposta Multipla	MIN 3 MAX 8

## 2 TABELLE DI RIFERIMENTO CODIFICHE

### Genere

Valore	Descrizione
1	Uomo
2	Donna
3	Non Specificato

### Valori assoluti

Valore	Descrizione
1	Sì
2	No

### Stato Civile

Valore	Descrizione
1	Celibe/Nubile
2	Coniugato/a
3	Separato/a
4	Divorziato/a
5	Vedovo/a
6	Unito/a civilmente
7	Già in unione civile (in decesso del partner)
8	Già in unione civile (per scioglimento unione)
9	Non rilevato
99	Dato mancante

### Titolo di Studio

Valore	Descrizione
1	Nessuno (meno di 5 anni di studio)
2	Licenza Elementare (5 anni di studio)
3	Licenza Media Inferiore (8 anni di studio)
4	Diploma Media Superiore (Qualifica professionale / Maturità) (13 anni di studio)
5	Diploma Universitario o laurea breve
6	Laurea o superiore (17 o più anni di studio)
7	Non dichiarato

### Problemi socio-familiari

Valore	Descrizione
00	Nessun problema rilevato
01	In carico ai servizi sociali
02	Problemi relazionali/comportamentali/psichiatrici
03	Dipendenze
04	Problemi di autonomia, disabilità fisica
05	Problemi di carattere giudiziario
05	Difficoltà economiche
07	Difficoltà abitative
08	Vive solo/a
09	Assenza o inadeguatezza del caregiver
10	Presenza amministratore di sostegno/tutore
99	Dato mancante

### Soggetto Proponente il ricovero

Valore	Descrizione
1	Medico di medicina generale
2	Medico di continuità assistenziale
3	Medico Specialista Ambulatoriale Territoriale o Ospedaliero
4	Medico del pronto soccorso
5	Pediatra di libera scelta

### Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero

Valore	Descrizione
1	Infermiere
2	Assistente Sociale
3	Altra tipologia di medico non compresa nel campo "Soggetto proponente il ricovero"
4	Caregiver
5	Altro operatore dell'assistenza domiciliare
9	Altro

### Provenienza del paziente

Valore	Descrizione
01	Domicilio
02	Ospedale pubblico
03	Ospedale privato
04	Pronto Soccorso
05	Hospice
06	Struttura residenziale territoriale sociosanitaria
07	Struttura residenziale sociale
08	Altro ospedale di comunità
99	Altre strutture

### Motivo principale del Ricovero

Valore	Descrizione
01	Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa
02	Patologia cronica riacutizzata
03	Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica
04	Educazione/addestramento del paziente e del caregiver
05	Riattivazione funzionale
06	Interventi riabilitativi/rieducativi/monodistretto o completamento di interventi estensivi
07	Acuzie minori
08	Isolamento per patologia infettiva
99	Altro

### Modalità di dimissione

Valore	Descrizione
1	Dimissione ordinaria al domicilio
2	Dimissione protetta con attivazione Cure domiciliari
3	Dimissione protetta con attivazione Rete Cure Palliative (Hospice, Cure palliative Domiciliari ecc.)
4	Dimissione protetta al domicilio con attivazione altri servizi
5	Trasferimento ad ospedale pubblico o privato
6	Trasferimento a Struttura residenziale Territoriale Sociosanitaria
7	Trasferimento ad altre strutture di Cure Intermedie
8	Dimissione volontaria
9	Decesso

### Indice di Instabilità clinica

Valore	Descrizione
0	Altre scale di valutazione
1	Scala news punteggio 1
2	Scala news punteggio 2
3	Scala news punteggio 3
4	Scala news punteggio 4

### Indice di Intensità assistenziale

Valore	Descrizione
2	Indice di intensità medio bassa
3	Indice di intensità medio alta

## 3 ENTI INVIANTI

Gli enti invianti sono le strutture erogatrici.

Il sistema SMAF acquisirà automaticamente le anagrafiche degli enti correttamente censiti all'interno di AFAM. Gli operatori, nel processo di adesione, saranno profilati in base alle codifiche ufficiali, distinte e indipendenti dal sistema di accreditamento. La rendicontazione riguarderà esclusivamente le strutture contrattualizzate, con riferimento alle rispettive codifiche STS11. All'interno di SMAF sarà inoltre disponibile un file dedicato per l'estrazione della tabella dei dati codificati relativa alle anagrafiche degli Ospedali di Comunità.

## 4 REGOLA PER LA RENDICONTAZIONE DELLE INFORMAZIONI

I dati saranno sottoposti ai controlli formali e di decodifica XSD da parte degli enti invianti. I record che superano i controlli formali e di decodifica definiti nell'XSD saranno poi sottoposti ai controlli immediati. Per ogni periodo di riferimento saranno previsti due invii e ad ogni invio verrà effettuato il consolidamento dei dati. Per ogni periodo di riferimento il consolidamento definitivo dei dati sarà effettuato utilizzando i dati rendicontati attraverso il secondo invio. Pertanto, eventuali dati rendicontati solo attraverso il primo invio non saranno utilizzati per le diverse finalità.

Per ogni periodo dovranno essere rendicontate le informazioni riferite ai ricoveri attivati nel periodo di rendicontazione e in aggiunta eventuali ricoveri attivati nei periodi di rendicontazione precedenti non inviati precedentemente oppure soggetti ad eventuali variazioni, cancellazioni o correzioni di errori.

Per ogni determinato anno e periodo al consolidamento della finestra di invio per i record che supereranno i controlli XSD sarà messa a disposizione la reportistica costituita da:

- Reportistica degli errori;
- Reportistica con i dati inviati dai singoli enti aggregati per ATS di contrattualizzazione;
- Reportistica contenente la valorizzazione economica;

I dati acquisiti attraverso la scadenza del secondo invio di ogni periodo di riferimento saranno utilizzati per l'assolvimento del debito informativo da parte di Regione Lombardia nei confronti del Ministero della Salute, eventuali record per i quali il Ministero della Salute abbia riscontrato errore saranno marcati come errati nel repository storico regionale senza influire sulla valorizzazione economica precedentemente prodotta.

Gli errori ministeriali che richiedono una correzione da parte degli enti invianti saranno messi a disposizione degli enti e dovranno essere gestiti dagli stessi nei periodi successivi a quello in cui si sono generati, fino alla chiusura definitiva dell'annualità di riferimento, pertanto in tali casi, l'ente inviante potrà correggere l'errore tramite una trasmissione di tipo V.

Gli errori ministeriali che coinvolgono campi chiave dovranno essere gestiti mediante Cancellazioni.

Eventuali correzioni potranno essere rendicontate attraverso l'invio nel periodo di riferimento successivo.

Ad ogni record deve essere associato un adeguato Tipo Trasmissione (I = Inserimento, V = Variazione, C = Cancellazione)

In un determinato invio per quei record mai inviati in precedenza, il tipo trasmissione dovrà essere sempre uguale a I. Nei casi in cui per un determinato record inviato per la prima volta con tipo trasmissione I sia stato riscontrato un errore, lo stesso dovrà essere corretto e reinviato successivamente con tipo trasmissione uguale a I.

I successivi invii potranno essere effettuati con tipo trasmissione:

- Tipo trasmissione "V" (Variazione): per record inviati in precedenza con tipo trasmissione uguale I e non scartati da SMAF;
- Tipo trasmissione "C" (Cancellazione): per record inviati in precedenza con tipo trasmissione uguale I/V e non scartati da SMAF;

Le informazioni relative ai nodi presenti sul tracciato 2 possono essere inviate disgiuntamente rispetto al tracciato 1 solo se la chiave del record del tracciato 1 sia già stata inviata precedentemente e se sulla stessa non siano stati riscontrati errori. Al contrario, un record può essere rendicontato attraverso il tracciato 1 anche senza rispettare la relazione attraverso la rendicontazione con il tracciato 2.

La gestione del campo "Tipo trasmissione" che contiene i valori IVC si riferisce al singolo tracciato, quindi è possibile che, nello stesso invio un determinato record contenga un tipo trasmissione uguale a I su un tracciato e la stessa chiave sull'altro tracciato contenga un tipo trasmissione uguale a V.

- Primo invio: T1=I e T2=I
- Variazione solo del tracciato T1 → Invio T1=V
- Variazione solo del tracciato T2 → Invio T2=V
- Non è obbligatorio reinviare il T1 e qualora si decida di farlo deve comunque essere in V.
- Cancellazione del T1 → Invio T1=C e T2= C (se T2 precedentemente inviato).
- Cancellazione del T2 → Invio T1=C e T2= C, laddove si voglia cancellare un record riferito al T2 è necessario inviare la cancellazione riferita al record del T1.

Per il rinvio di eventuale produzione di assistenza riferita ad una pratica inviata in cancellazione, la stessa potrà essere reinviata utilizzando un numero della scheda di ricovero diverso dal precedente cancellato, in quanto la cancellazione avviene in modalità logica e non fisica.

Un record rendicontato attraverso il tracciato 2 non può essere consolidato né gestito in assenza del corrispondente record presente nel tracciato 1, poiché il T1 costituisce il prerequisito necessario alla validazione e al consolidamento del T2, che potrà avvenire solo in seguito alla chiusura del ricovero in quanto il campo "Data di dimissione o decesso" è un campo obbligatorio.

Un record sul tracciato 1 o sul tracciato 2 può essere inviato con tipo trasmissione Variazione o Cancellazione solo dopo l'invio del rispettivo record con tipo trasmissione uguale a Inserimento e sul quale non sia stato riscontrato nessun errore.

Un record può essere inviato solo una volta con tipo trasmissione= I o con tipo trasmissione= C, mentre può essere inviato n volte con tipo trasmissione=V.

In un periodo di riferimento l'invio di un record in Inserimento presuppone che nel periodo di riferimento successivo possa essere inviato in variazione, se sul record in variazione venisse riscontrato un errore, l'ente inviante ha due possibilità:

- Reinviare un record in Variazione;
- Inviare il record in Cancellazione;

In linea generale un record può essere inviato in Cancellazione se precedentemente acquisito, e nel caso in cui dovesse essere inviato un record in cancellazione attraverso il tracciato 1, lo stesso dovrà essere inviato in cancellazione attraverso il tracciato 2 se precedentemente rendicontato. La cancellazione sarà logica e non fisica, in modo tale da poter riportare attraverso la dovuta reportistica predisposta per le ATS la rendicontazione della cancellazione. Anche per la cancellazione come previsto dalle regole di rendicontazione per ogni periodo di riferimento il consolidamento dei dati verrà effettuato utilizzando quanto rendicontato attraverso il secondo invio, pertanto eventuali cancellazioni dovranno essere presenti anche nel secondo invio.

## 5 REGOLA PER LA VALORIZZAZIONE ECONOMICA

Tutte le valorizzazioni saranno effettuate solo a chiusura del ricovero, per i soli ricoveri ai quali è stata indicata una data dimissione o di decesso che rientra nell'anno del periodo di riferimento definito per la rendicontazione, per i soli ricoveri ai quali non sia stato riscontrato errore e con un Tipo trasmissione diverso da "C", applicando le regole sotto descritte per

l'intero periodo di ricovero. Ad ogni elaborazione il sistema provvederà a calcolare la valorizzazione di tutti i ricoveri anche se rendicontati in periodi di riferimento precedenti ma riferiti allo stesso anno utilizzando per ogni ricovero l'ultima immagine rendicontata.

Il ricovero è identificabile attraverso i seguenti attributi che compongono la chiave di relazione dei tracciati: Codice Regione, Codice ATS, Codice ASST, Codice Distretto, Codice Struttura, Numero della scheda di ricovero.

La valorizzazione economica verrà effettuata per l'ultima immagine del ricovero rendicontato solo se non contenente errori. Nel caso in cui venga rendicontata una variazione del ricovero successiva all'invio dell'inserimento dello stesso, verrà valorizzato il contenuto del ricovero relativo alla variazione solo se non contenente errori. Nel caso in cui la variazione del ricovero contenga un errore il ricovero non verrà valorizzato.

Ad ogni elaborazione riferita ad un determinato anno di riferimento verrà creato un report di resoconto della valorizzazione dei record inviati per ogni ente inviante ed un report aggregato per ogni ATS di contrattualizzazione dell'ente inviante. Il report dovrà contenere il resoconto di tutte le pratiche rendicontate sia le pratiche alle quali sia stato riscontrato errore sia eventuali pratiche rendicontate solo nel tracciato 1 alle quali il valore economico sarà uguale a zero.

Elementi presenti nel report:

Codice Regione;

Codice ATS;

Codice ASST;

Codice Distretto;

Codice Struttura;

Numero della scheda di ricovero;

Data di ricovero;

Data di dimissione o di decesso;

Codice di ATS di eventuale imputazione tariffa sociosanitaria;

Modalità di dimissione;

Giornate di ricovero;

Importo di valorizzazione;

Quota aggiuntiva sperimentale;

Flag errore;

## Regola per la Valorizzazione Economica

La procedura prevede di calcolare il numero di giornate di ricovero intercorse tra la data fine ricovero (= data di dimissione o di decesso) e data inizio ricovero (= data ricovero).

Moltiplicare i primi 30 giorni di ricovero con la tariffa di 154,00 euro, eventuali giornate successive da 31 a 60 per 107,80 euro e le ulteriori eventuali giornate di ricovero successive alla 60 per 77 euro.

N.B.: La giornata di DIMISSIONE NON viene remunerata, ad eccezione dei ricoveri in cui la data di inizio ricovero coincide con la data di fine, per i quali gg degenza = 1 (per convenzione)

Esempio data inizio ricovero 01/01/2024, data dimissione 10/04/2024

Giornate di ricovero = 100

Tot valorizzazione = ((154\*30) +(107.80\*30) +(77\*40))

Dopo il calcolo della valorizzazione si procede al calcolo della quota aggiuntiva sperimentale:

Si procede al calcolo della quota aggiuntiva nei casi in cui le giornate di ricovero siano superiori ai dieci giorni, la modalità di dimissione sia diversa da "5: Trasferimento ad ospedale pubblico o privato" o "9: Decesso", e per i ricoveri con data di dimissione maggiore o uguale al 1° Gennaio 2025.

La quota sperimentale sarà così declinata:

- euro 300 per i ricoveri con giornate di ricovero superiori ai dieci ma entro il sedicesimo giorno incluso;
- euro 600 per i ricoveri con giornate di ricovero superiori ai sedici giorni;

Per i ricoveri che non soddisfano anche solo una delle tre casistiche sopra esposte, il valore della quota aggiuntiva sperimentale sarà pari a zero.

Il valore della quota aggiuntiva sperimentale per ogni ricovero sarà esposto in un campo aggiuntivo nel report di valorizzazione.

## 6 CONTROLLI AUTOMATICI

### 6.1 Tracciato ANAGRAFICA XML (Esempio)

Di seguito è riportato un esempio di XML con dati puramente esemplificativi.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

```
<FlsSIOC_1 xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
```

```
  <T1_Anagrafica>
```

```
    <CampiTecnici>
```

```
      <tipoTrasmissione>I</tipoTrasmissione>
```

```
      <CodiceRegione>010</CodiceRegione>
```

```
      <CodiceAzienda>000</CodiceAzienda>
```

```
      <CodiceASST>000</CodiceASST>
```

```
      <CodiceStruttura>000001</CodiceStruttura>
```

```
      <NumeroSchedaRicovero>25000003</NumeroSchedaRicovero>
```

```
    </CampiTecnici>
```

```
    <DatiAnagrafici>
```

```
      <CodiceFiscaleAssistito>AAAAAANNANNANNA</CodiceFiscaleAssistito>
```

```
      <Genere>1</Genere>
```

```
      <AnnoNascita>0000</AnnoNascita>
```

```
      <RegioneResidenza>010</RegioneResidenza>
```

```
      <AziendaSanitariaResidenza>000</AziendaSanitariaResidenza>
```

```
      <ComuneStatoResidenza>000001</ComuneStatoResidenza>
```

```
      <ComuneDomicilio>000001</ComuneDomicilio>
```

```
    <CodiceAziendaeventualeImpTariffSociosan>000</CodiceAziendaeventualeImpTariffSociosan>
```

```
      <Cittadinanza>AA</Cittadinanza>
```

```
      <StatoCivile>1</StatoCivile>
```

```
      <TitoloStudio>1</TitoloStudio>
```

```

    <IndiceInstabilitaClinica>000</IndiceInstabilitaClinica>
    <IndiceIntensitaAssistenzialePrecRicovero>000</IndiceIntensitaAssistenzialePrecRicovero>
    <ListProblemiSocioFamiliari>
      <ProblemiSocioFamiliari>00</ProblemiSocioFamiliari>
      <ProblemiSocioFamiliari>02</ProblemiSocioFamiliari>
      <ProblemiSocioFamiliari>08</ProblemiSocioFamiliari>
    </ListProblemiSocioFamiliari>
  </DatiAnagrafici>
</T1_Anagrafica>
</FisSIOC_1>

```

## 6.2 Tracciato ANAGRAFICA XSD

Di seguito è riportato lo schema XSD

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
  <!-- Simple Types -->
  <xs:simpleType name="TipoTrasmissioneType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>Indica trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente
annullate.</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="1"/>
      <xs:enumeration value="I"/>
      <xs:enumeration value="C"/>
      <xs:enumeration value="V"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="CodiceRegioneType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>Codice Regione=Indicare il codice della Regione ; o ;
RegioneResidenza=Indica la Regione di residenza, oppure eventualmente lo stato estero, presso il quale il paziente risulta
legalmente residente alla ammissione</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>

```

---

```

<xs:simpleType name="CodiceAziendaType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare il codice dell'azienda sanitaria locale; "CodiceAzienda=di
    residenza dell'assistito" o "RegioneResidenza= in cui è ubicata la struttura OdC" </xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="3"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceASSTType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare il codice ASST di afferenza territoriale dell' OdC"
  </xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:length value="3"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceDistrettoType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare il codice distretto di afferenza territoriale dell' OdC"
  </xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="5"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceStrutturaType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare il codice della struttura OdC erogatrice</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="6"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="NumeroSchedaRicoveryType">
  <xs:annotation>

```

```

    <xs:documentation>Indica il numero della scheda di ricovero</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="8"/>
    <xs:pattern value="(2[5-9][0-9]{5}[1-9]|[3-9][0-9]{5}[1-9])"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceFiscaleAssistitoType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare il codice Fiscale dell'Assistito" </xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="20"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="GenereType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare il sesso/genere dell'assistito "I valori ammessi sono:1. Maschio2.
    Femmina3. Non specificato"</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:enumeration value="1"/>
    <xs:enumeration value="2"/>
    <xs:enumeration value="3"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="AnnoNascitaType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Inserire anno di nascita dell'assistito</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="4"/>
    <xs:pattern value="[0-9]{4}"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="RegioneResidenzaType">

```

```
<xs:annotation>
    <xs:documentation>Indica la Regione di residenza, oppure eventualmente lo stato estero,
presso il quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione.</xs:documentation>
</xs:annotation>
<xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="3"/>
</xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="AziendaSanitariaResidenzaType">
    <xs:annotation>
        <xs:documentation>Indica il codice dell'ATS di residenza dell'assistito.</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="ComuneStatoResidenzaType">
    <xs:annotation>
        <xs:documentation>Indica il comune italiano, oppure eventualmente lo stato estero, presso il
quale il paziente risulta legalmente residente alla ammissione.</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="6"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="ComuneDomicilioType">
    <xs:annotation>
        <xs:documentation>Indica il comune italiano di domicilio, secondo la codifica ISTAT. Se
residente all'estero, allora indicare 9999.</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
        <xs:length value="6"/>
    </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceAziendaeventualeImpTariffSociosanType">
    <xs:annotation>
```

<xs:documentation>Indica il codice ATS di eventuale imputazione tariffaria  
sociosanitaria.</xs:documentation>

</xs:annotation>

<xs:restriction base="xs:string">

<xs:length value="3"/>

</xs:restriction>

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="CittadinanzaType">

<xs:annotation>

<xs:documentation>Identifica la cittadinanza dell'assistito alla fine del periodo di riferimento  
della rilevazione.</xs:documentation>

</xs:annotation>

<xs:restriction base="xs:string">

<xs:length value="2"/>

<xs:pattern value="[A-Z]{2}|99|XX|ZZ"/>

</xs:restriction>

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="StatoCivileType">

<xs:annotation>

<xs:documentation>Stato civile del paziente al momento del ricovero "Valori ammessi1.  
Celibe/nubile2. Coniugato/a3. Separato/a4. Divorziato/a5. Vedovo/a6. Unito/a civilmente7. Già in unione civile (in decesso  
del partner)8. Già in unione civile (per scioglimento unione)9. Non rilevato99. Dato mancante "</xs:documentation>

</xs:annotation>

<xs:restriction base="xs:integer">

<xs:enumeration value="1"/>

<xs:enumeration value="2"/>

<xs:enumeration value="3"/>

<xs:enumeration value="4"/>

<xs:enumeration value="5"/>

<xs:enumeration value="6"/>

<xs:enumeration value="7"/>

<xs:enumeration value="8"/>

<xs:enumeration value="9"/>

<xs:enumeration value="99"/>

</xs:restriction>

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="TitoloStudioType">

```
<xs:annotation>
  <xs:documentation>Titolo di studio conseguito dall'utente al momento della rilevazione.
</xs:documentation>
</xs:annotation>
<xs:restriction base="xs:integer">
  <xs:enumeration value="1"/>
  <xs:enumeration value="2"/>
  <xs:enumeration value="3"/>
  <xs:enumeration value="4"/>
  <xs:enumeration value="5"/>
  <xs:enumeration value="6"/>
  <xs:enumeration value="7"/>
  <xs:enumeration value="9"/>
</xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="IndiceInstabilitaClinicaType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare l'indice di stabilit  clinica nelle 24 ore precedenti al
ricovero"</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:enumeration value="0"/>
    <xs:enumeration value="1"/>
    <xs:enumeration value="2"/>
    <xs:enumeration value="3"/>
    <xs:enumeration value="4"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="IndiceIntensitaAssistenzialePrecRicoveryType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indicare l'indice di stabilit  clinica nelle 24 ore precedenti al
ricovero"</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:enumeration value="2"/>
    <xs:enumeration value="3"/>
  </xs:restriction>
```

```
</xs:simpleType>
```

```
<xs:simpleType name="ProblemiSocioFamiliariType">
```

```
  <xs:annotation>
```

```
    <xs:documentation>Segnalazione dei problemi di natura socio-familiare rilevati al momento del
    ricovero, codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche tecniche. "Valori ammessi:00 = Nessun problema
    rilevato01 = In carico ai servizi sociali02 = Problemi relazionali/comportamentali/psichiatrici03 = Dipendenze04 = Problemi
    di autonomia, disabilità fisica05 = Problemi di carattere giudiziario06 = Difficoltà economiche07 = Difficoltà abitative08 =
    Vive solo/a09 = Assenza o inadeguatezza del caregiver10 = Presenza amministratore di sostegno/tutore99 = Dato
    mancante"</xs:documentation>
```

```
  </xs:annotation>
```

```
  <xs:restriction base="xs:string">
```

```
    <xs:pattern value="[0-9]{2}"/>
```

```
    <xs:enumeration value="00"/>
```

```
    <xs:enumeration value="01"/>
```

```
    <xs:enumeration value="02"/>
```

```
    <xs:enumeration value="03"/>
```

```
    <xs:enumeration value="04"/>
```

```
    <xs:enumeration value="05"/>
```

```
    <xs:enumeration value="06"/>
```

```
    <xs:enumeration value="07"/>
```

```
    <xs:enumeration value="08"/>
```

```
    <xs:enumeration value="09"/>
```

```
    <xs:enumeration value="10"/>
```

```
    <xs:enumeration value="99"/>
```

```
  </xs:restriction>
```

```
</xs:simpleType>
```

```
<xs:element name="FlsSIOC_1">
```

```
  <xs:complexType>
```

```
    <xs:sequence>
```

```
      <xs:element name="T1_Anagrafica">
```

```
        <xs:complexType>
```

```
          <xs:sequence>
```

```
            <!-- CAMPI TECNICI -->
```

```
            <xs:element name="CampiTecnici">
```

```
              <xs:complexType>
```

```
                <xs:sequence>
```

```
              </xs:element>
```

```
name="tipoTrasmissione" type="TipoTrasmissioneType"/>
```

```

name="CodiceRegione" type="CodiceRegioneType"/>
</xs:element>
name="CodiceAzienda" type="CodiceAziendaType"/>
</xs:element>
name="CodiceASST" type="CodiceASSTType"/>
</xs:element>
name="CodiceDistretto" type="CodiceDistrettoType"/>
</xs:element>
name="CodiceStruttura" type="CodiceStrutturaType"/>
</xs:element>
name="NumeroSchedaRicovero" type="NumeroSchedaRicoveroType"/>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<!-- DATI ANAGRAFICI -->
<xs:element name="DatiAnagrafici">
<xs:complexType>
<xs:sequence>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
name="CodiceFiscaleAssistito" type="CodiceFiscaleAssistitoType"/>
</xs:element>
type="GenereType"/>
name="Genere"
</xs:element>
name="AnnoNascita" type="AnnoNascitaType"/>
</xs:element>
name="RegioneResidenza" type="RegioneResidenzaType"/>
</xs:element>
name="AziendaSanitariaResidenza" type="CodiceAziendaType"/>
</xs:element>
name="ComuneStatoResidenza" type="ComuneStatoResidenzaType"/>
</xs:element>
name="ComuneDomicilio" type="ComuneDomicilioType"/>
</xs:element>
name="CodiceAziendaeventualeImpTariffSociosan" type="CodiceAziendaeventualeImpTariffSociosanType"/>
</xs:element>
name="Cittadinanza" type="CittadinanzaType"/>
</xs:element>
type="StatoCivileType"/>
name="StatoCivile"
</xs:element>
name="TitoloStudio" type="TitoloStudioType"/>
</xs:element>
name="IndiceInstabilitaClinica" type="IndiceInstabilitaClinicaType"/>
</xs:element>

```



ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
			per tentativo di cancellazione di una chiave non presente	del record già presente in un precedente invio
		E.01.30.001.003	L'errore segnala che il record è stato scartato per tentativo di variazione di una chiave non presente	
		E.01.30.001.004	L'errore segnala che il record è stato scartato per tentativo di inserimento di una chiave già presente	
		E.01.01.001.005	L'errore segnala che il record è stato scartato per tentativo di cancellazione o variazione di una chiave già valorizzata in un anno precedente rispetto al periodo di elaborazione	
2	Codice Regione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E.01.30.002.001	Il codice regione non coincide con il MITTENTE	Il campo Codice Regione non coincide con la regione di appartenenza del mittente del flusso
3	Codice ATS		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
			Datatype errato	Il campo prevede 3 caratteri numerici
		E.01.10.003.001	Il codice ATS non esiste nella relativa anagrafica	
		E.01.30.003.002	Il codice ATS non congruente con il campo "Codice Regione"	
4	Codice ASST		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E.01.01.004.001	Il codice ASST non esiste nella relativa anagrafica	

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
5	Codice Distretto		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E.01.01.005.001	Il codice Distretto non esiste nella relativa anagrafica	
6	Codice Struttura		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (6 caratteri)
		E.01.10.006.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Valore non corrispondente ad un codice STS11.
7	Numero della scheda di ricovero		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (8 caratteri)
			Il campo non è congruente con i valori attesi	Il campo non è congruente deve contenere le prime 2 cifre Anno di ricovero o precedente, le ultime 6 devono contenere un numero diverso da 0
		E.01.30.007.002	Il codice della scheda è già presente per l'anno in corso relativamente alla struttura inviata nel campo "Codice struttura"	Il campo contiene un valore già presente a db
8	Codice Fiscale Assistito		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (20 caratteri)
		E.01.01.008.001	Codice Fiscale non coerente	Codice fiscale non presente in banca dati nazionale
9	Genere		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (1 carattere)

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3)	
10	Anno di nascita		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (4 caratteri)
			Datatype errato in un campo obbligatorio	Valore compreso tra 1900 e 2999.
11	Regione di Residenza		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
			Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	
		E.01.10.011.001	Codice Regione di residenza non esiste nella relativa anagrafica	
		E.01.30.011.002	Codice Regione di residenza non congruente con lo Stato Estero di residenza	
12	ATS di residenza		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
			Datatype errato	Il campo prevede 3 caratteri numerici
		E.01.10.012.001	Il codice ATS di residenza non esiste nella relativa anagrafica	
		E.01.30.012.002	ATS di residenza non congruente con il campo "Regione di Residenza"	
13	Comune/Stato di Residenza		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (6 caratteri)
		E.01.10.013.001	Il Comune/Stato di Residenza non esiste nella relativa anagrafica	
		E.01.30.013.002	Il Comune/Stato di Residenza non congruente con il	

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
			campo "Regione di residenza"	
14	Comune di domicilio		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (6 caratteri)
		E.01.01.014.001	Il codice Comune di domicilio non esiste nella relativa anagrafica	
15	Codice ATS di eventuale imputazione tariffa sociosanitaria		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E.01.01.015.001	Errata relazione codice comune Ats di eventuale imputazione tariffa	
16	Cittadinanza		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (2 caratteri)
			Datatype errato in un campo obbligatorio	Valore alfanumerico di 2 caratteri.
		E.01.10.016.005	Il codice Cittadinanza non esiste nella relativa anagrafica	
17	Stato civile		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (2 caratteri)
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5,6,7,8,9,99)	
18	Titolo di studio		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (1 carattere)
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5,6,7,9)	

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
19	Indice di Instabilità clinica		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (1 carattere)
			Valore non appartenente al dominio atteso (0,1,2,3,4)	
20	Indice di Intensità assistenziale precedente al ricovero		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (1 carattere)
			Valore non appartenente al dominio atteso (2,3)	
21	Problemi socio-familiari Nodo «Problemi Socio-familiari»		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (2 caratteri)
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,99)	
		E.01.30.021.001	Valori multipli non congruente	È ammissibile un solo valore se presente il valore 00 o valore 99

## 6.4 Tracciato RICOVERO XML (Esempio)

Di seguito è riportato un esempio di XML con dati puramente esemplificativi.

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<FlsSIOC_2 xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance">
  <T2_Ricovero>
    <CampiTecnici>
      <tipoTrasmissione>I</tipoTrasmissione>
      <CodiceRegione>010</CodiceRegione>
      <CodiceAzienda>000</CodiceAzienda>
      <CodiceASST>000</CodiceASST>
    </CampiTecnici>
  </T2_Ricovero>
</FlsSIOC_2>
```

<CodiceDistretto>00000</CodiceDistretto>  
<CodiceStruttura>000001</CodiceStruttura>  
<NumeroProgressivoScheda>25000001</NumeroProgressivoScheda>  
</CampiTecnici>  
<DatiRicovero>  
<SoggettoProponente>1</SoggettoProponente>  
<SoggettoSegnalante>1</SoggettoSegnalante>  
<RicoveroCOT>1</RicoveroCOT>  
<CodiceCOT>010000M6C1-7</CodiceCOT>  
<DataRichiestaAccoglimento>2025-08-13</DataRichiestaAccoglimento>  
<DataRicovero>2025-08-13</DataRicovero>  
<ProvenienzaPaziente>01</ProvenienzaPaziente>  
<CodiceRegioneProvenienza>010</CodiceRegioneProvenienza>  
<CodiceASLProvenienza>000</CodiceASLProvenienza>  
<CodiceStrutturaProvenienza>000000</CodiceStrutturaProvenienza>  
<DataDimissioneDecesso>2025-12-13</DataDimissioneDecesso>  
<GiornateAssenza>0</GiornateAssenza>  
<MotivoRicovero>01</MotivoRicovero>  
<ModalitaDimissione>1</ModalitaDimissione>  
<ValutazioneADLIngresso>0</ValutazioneADLIngresso>  
<ValutazioneADLDimissione>0</ValutazioneADLDimissione>  
</DatiRicovero>  
</T2\_Ricovero>  
<DiagnosiCD9CM>  
<CodiceDiagnosiCD9>401.9</CodiceDiagnosiCD9>  
<CodiceDiagnosiCD9>402.9</CodiceDiagnosiCD9>  
<CodiceDiagnosiCD9>250.00</CodiceDiagnosiCD9>  
</DiagnosiCD9CM>  
<DiagnosiCD10IM>  
<CodiceDiagnosiCD10>401.9</CodiceDiagnosiCD10>  
<CodiceDiagnosiCD10>402.9</CodiceDiagnosiCD10>  
<CodiceDiagnosiCD10>250.00</CodiceDiagnosiCD10>  
</DiagnosiCD10IM>  
<ProceduraCD9CM>  
<CodiceProceduraPrincipaleCD9>36.01</CodiceProceduraPrincipaleCD9>  
<CodiceProceduraPrincipaleCD9>88.91</CodiceProceduraPrincipaleCD9>

</ProceduralCD9CM>

<ProceduralCD10IM>

<CodiceProceduraPrincipaleICD10>36.01</CodiceProceduraPrincipaleICD10>

<CodiceProceduraPrincipaleICD10>88.91</CodiceProceduraPrincipaleICD10>

</ProceduralCD10IM>

</FIsSIOC\_2>

## 6.5 Tracciato RICOVERO XSD

Di seguito è riportato lo schema XSD

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

```
<xs:schema xmlns:xs="http://www.w3.org/2001/XMLSchema">
```

```
<!-- Simple Types -->
```

```
<xs:simpleType name="TipoTrasmissioneType">
```

```
<xs:annotation>
```

```
<xs:documentation>Indica trasmissioni di informazioni nuove, modificate o eventualmente annullate.</xs:documentation>
```

```
</xs:annotation>
```

```
<xs:restriction base="xs:string">
```

```
<xs:length value="1"/>
```

```
<xs:enumeration value="I"/>
```

```
<xs:enumeration value="C"/>
```

```
<xs:enumeration value="V"/>
```

```
</xs:restriction>
```

```
</xs:simpleType>
```

```
<xs:simpleType name="CodiceRegioneType">
```

```
<xs:annotation>
```

```
<xs:documentation>Indica il codice della Regione</xs:documentation>
```

```
</xs:annotation>
```

```
<xs:restriction base="xs:string">
```

```
<xs:length value="3"/>
```

```
</xs:restriction>
```

```
</xs:simpleType>
```

```
<xs:simpleType name="CodiceAziendaType">
```

```
<xs:annotation>
```

```
<xs:documentation>Indicare il codice dell'azienda sanitaria locale in cui è ubicata la struttura OdC.</xs:documentation>
```

```
</xs:annotation>
```

```

    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="CodiceASSTType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>Indicare il codice ASST di afferenza territoriale dell' OdC"
</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:integer">
      <xs:length value="3"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="CodiceDistrettoType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>Indicare il codice distretto di afferenza territoriale dell' OdC."
</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="5"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="CodiceStrutturaType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>Indicare il codice della struttura OdC erogatrice.</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="6"/>
    </xs:restriction>
  </xs:simpleType>
  <xs:simpleType name="NumeroProgressivoSchedaType">
    <xs:annotation>
      <xs:documentation>Indica il numero della scheda di ricovero.</xs:documentation>
    </xs:annotation>
    <xs:restriction base="xs:string">
      <xs:length value="8"/>
      <xs:pattern value="(2[5-9][0-9]{5}[1-9][3-9][0-9][0-9]{5}[1-9])"/>

```

```
</xs:restriction>

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="SoggettoProponenteType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Identifica il soggetto che ha richiesto il ricovero in struttura, codificato con i
valori di dominio indicati nelle specifiche tecniche.</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:enumeration value="1"/>
    <xs:enumeration value="2"/>
    <xs:enumeration value="3"/>
    <xs:enumeration value="4"/>
    <xs:enumeration value="5"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="SoggettoSegnalanteType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indica se il caso sia stato segnalato al medico da un soggetto qualificato
differente da quelli indicati nel campo 7.</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:enumeration value="1"/>
    <xs:enumeration value="2"/>
    <xs:enumeration value="3"/>
    <xs:enumeration value="4"/>
    <xs:enumeration value="5"/>
    <xs:enumeration value="9"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="RicoveroCOTType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indica se, nel processo di valutazione dell'opportunità di ricoverare il
paziente presso l'ospedale di comunità, abbia avuto un ruolo attivo una COT</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:integer">
    <xs:enumeration value="1"/>
    <xs:enumeration value="2"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
```

```
</xs:restriction>

</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceCOTType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indica, qualora il ricovero sia stato mediato da una COT, la concatenazione
del codice identificativo della regione, della ASL e codice STS11.</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="12"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="ProvenienzaPazienteType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Indica da dove proviene il paziente che entra in struttura. Campo codificato
con i valori di dominio indicati nelle specifiche funzionali.</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="2"/>
    <xs:enumeration value="01"/>
    <xs:enumeration value="02"/>
    <xs:enumeration value="03"/>
    <xs:enumeration value="04"/>
    <xs:enumeration value="05"/>
    <xs:enumeration value="06"/>
    <xs:enumeration value="07"/>
    <xs:enumeration value="08"/>
    <xs:enumeration value="99"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceRegioneProvenienzaType">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Se valore campo 13 diverso da 01 indica il codice identificativo della
Regione dove si trova la struttura di provenienza del paziente.</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:length value="3"/>
  </xs:restriction>
```

---

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="CodiceAziendaProvenienzaType">

<xs:annotation>

<xs:documentation>Se valore campo 14 diverso da 999 e campo 13 diverso da 01 e regione di provenienza del paziente (campo 14 ) coincide con la regione inviante, indica il codice identificativo della Azienda dove si trova la struttura di provenienza del paziente</xs:documentation>

</xs:annotation>

<xs:restriction base="xs:string">

<xs:length value="3"/>

</xs:restriction>

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="CodiceStrutturaProvenienzaType">

<xs:annotation>

<xs:documentation>Se valore campo 14 diverso da 999 e valore campo 13 diverso da 01, 07 e 99 e regione di provenienza del paziente (campo 14 ) = a regione inviante, indica il codice identificativo della struttura</xs:documentation>

</xs:annotation>

<xs:restriction base="xs:string">

<xs:length value="6"/>

</xs:restriction>

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="GiornateAssenzaType">

<xs:annotation>

<xs:documentation>Numero di giornate nelle quali il paziente, durante il ricovero, è temporaneamente assente. Se paziente assente per meno di 24 ore si considera 1 giorno di assenza</xs:documentation>

</xs:annotation>

<xs:restriction base="xs:integer">

<xs:minInclusive value="0"/>

<xs:maxInclusive value="999"/>

</xs:restriction>

</xs:simpleType>

<xs:simpleType name="MotivoRicoveroType">

<xs:annotation>

<xs:documentation>Identifica il motivo principale che ha determinato la necessità del ricovero, codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche funzionali.</xs:documentation>

</xs:annotation>

<xs:restriction base="xs:string">

<xs:length value="2"/>

```
<xs:enumeration value="01"/>
```

```
<xs:enumeration value="02"/>
```

```
<xs:enumeration value="03"/>
```

```
<xs:enumeration value="04"/>
```

```
<xs:enumeration value="05"/>
```

```
<xs:enumeration value="06"/>
```

```
<xs:enumeration value="07"/>
```

```
<xs:enumeration value="08"/>
```

```
<xs:enumeration value="09"/>
```

```
<xs:enumeration value="99"/>
```

```
</xs:restriction>
```

```
</xs:simpleType>
```

```
<xs:simpleType name="ModalitaDimissioneType">
```

```
<xs:annotation>
```

<xs:documentation>Individua lo stato del paziente al momento della dimissione, e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture, codificato con i valori di dominio indicati nelle specifiche funzionali.</xs:documentation>

```
</xs:annotation>
```

```
<xs:restriction base="xs:integer">
```

```
<xs:enumeration value="1"/>
```

```
<xs:enumeration value="2"/>
```

```
<xs:enumeration value="3"/>
```

```
<xs:enumeration value="4"/>
```

```
<xs:enumeration value="5"/>
```

```
<xs:enumeration value="6"/>
```

```
<xs:enumeration value="7"/>
```

```
<xs:enumeration value="8"/>
```

```
<xs:enumeration value="9"/>
```

```
</xs:restriction>
```

```
</xs:simpleType>
```

```
<xs:simpleType name="ValutazioneADLInType">
```

```
<xs:annotation>
```

<xs:documentation>Se valore data di ricovero – anno di nascita > 19, indica il punteggio individuale, secondo la scala "Indice di Barthel modificato", misurato all'ingresso in struttura.</xs:documentation>

```
</xs:annotation>
```

```
<xs:restriction base="xs:integer">
```

```
<xs:minInclusive value="0"/>
```

```

                <xs:maxInclusive value="100"/>
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
        <xs:simpleType name="ValutazioneADLOutType">
            <xs:annotation>
                <xs:documentation>Se valore data di ricovero – anno di nascita > 19 e se valore campo 20
                diverso da 9, indica il punteggio individuale, secondo la scala “Indice di Barthel modificato”, misurato al momento della
                dimissione dalla struttura.</xs:documentation>
            </xs:annotation>
            <xs:restriction base="xs:integer">
                <xs:minInclusive value="0"/>
                <xs:maxInclusive value="100"/>
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
        <xs:simpleType name="CodiceDiagnosiICD9Type">
            <xs:annotation>
                <xs:documentation>Identifica le patologie secondarie di cui il paziente è affetto, o condizioni
                nelle quali si trova (fino ad un massimo di 6) utilizzando la codifica ICD9CM.</xs:documentation>
            </xs:annotation>
            <xs:restriction base="xs:string">
                <xs:minLength value="3"/>
                <xs:maxLength value="7"/>
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
        <xs:simpleType name="CodiceDiagnosiICD10Type">
            <xs:annotation>
                <xs:documentation>Identifica le patologie secondarie di cui il paziente è affetto, o condizioni
                nelle quali si trova (fino ad un massimo di 6) utilizzando la codifica ICD10IM.</xs:documentation>
            </xs:annotation>
            <xs:restriction base="xs:string">
                <xs:minLength value="3"/>
                <xs:maxLength value="7"/>
            </xs:restriction>
        </xs:simpleType>
        <xs:simpleType name="CodiceProceduraPrincipaleICD9Type">
            <xs:annotation>
                <xs:documentation>Identifica gli interventi e le procedure effettuati/e durante il ricovero (fino ad
                un massimo di 11) utilizzando la codifica ICD9CM.</xs:documentation>

```

```

</xs:annotation>
<xs:restriction base="xs:string">
  <xs:minLength value="3"/>
  <xs:maxLength value="8"/>
</xs:restriction>
</xs:simpleType>
<xs:simpleType name="CodiceProceduraPrincipaleICD10Type">
  <xs:annotation>
    <xs:documentation>Identifica gli interventi e le procedure effettuati/e durante il ricovero (fino ad
un massimo di 11) utilizzando la codifica ICD10IM.</xs:documentation>
  </xs:annotation>
  <xs:restriction base="xs:string">
    <xs:minLength value="3"/>
    <xs:maxLength value="8"/>
  </xs:restriction>
</xs:simpleType>
<!-- Root Element -->
<xs:element name="FlsSIOC_2">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element name="T2_Ricovero">
        <xs:complexType>
          <xs:sequence>
            <!-- CAMPI TECNICI -->
            <xs:element name="CampiTecnici">
              <xs:complexType>
                <xs:sequence>
                  <xs:element
name="tipoTrasmissione" type="TipoTrasmissioneType"/>
                  <xs:element
name="CodiceRegione" type="CodiceRegioneType"/>
                  <xs:element
name="CodiceAzienda" type="CodiceAziendaType"/>
                  <xs:element
name="CodiceASST" type="CodiceASSTType"/>
                  <xs:element
name="CodiceDistretto" type="CodiceDistrettoType"/>
                  <xs:element
name="CodiceStruttura" type="CodiceStrutturaType"/>

```

```

name="NumeroProgressivoScheda" type="NumeroProgressivoSchedaType"/>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
<!-- DATI RICOVERO -->
<xs:element name="DatiRicovero">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element
name="SoggettoProponente" type="SoggettoProponenteType"/>
      <xs:element
name="SoggettoSegnalante" type="SoggettoSegnalanteType" minOccurs="0"/>
      <xs:element
name="RicoveroCOT" type="RicoveroCOTType"/>
      <xs:element
name="CodiceCOT" type="CodiceCOTType" minOccurs="0"/>
      <xs:element
name="DataRichiestaAccoglimento" type="xs:date"/>
      <xs:element
name="DataRicovero" type="xs:date"/>
      <xs:element
name="ProvenienzaPaziente" type="ProvenienzaPazienteType"/>
      <xs:element
name="CodiceRegioneProvenienza" type="CodiceRegioneProvenienzaType" minOccurs="0"/>
      <xs:element
name="CodiceAziendaProvenienza" type="CodiceAziendaProvenienzaType" minOccurs="0"/>
      <xs:element
name="CodiceStrutturaProvenienza" type="CodiceStrutturaProvenienzaType" minOccurs="0"/>
      <xs:element
name="DataDimissioneDecesso" type="xs:date"/>
      <xs:element
name="GiornateAssenza" type="GiornateAssenzaType"/>
      <xs:element
name="MotivoRicovero" type="MotivoRicoveroType"/>
      <xs:element
name="ModalitaDimissione" type="ModalitaDimissioneType"/>
      <xs:element
name="ValutazioneADLIngresso" type="ValutazioneADLInType" minOccurs="0"/>
      <xs:element
name="ValutazioneADLDimissione" type="ValutazioneADLOutType" minOccurs="0"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
</xs:complexType>

```

```

</xs:element>
<!-- DIAGNOSI ICD9CM -->
<xs:element name="DiagnosiICD9CM">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element
name="CodiceDiagnosiICD9" type="CodiceDiagnosiICD9Type" maxOccurs="6"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<!-- DIAGNOSI ICD10IM -->
<xs:element name="DiagnosiICD10IM">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element
name="CodiceDiagnosiICD10" type="CodiceDiagnosiICD10Type" minOccurs="0" maxOccurs="6"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<!-- PROCEDURA ICD9CM -->
<xs:element name="ProceduraICD9CM">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element
name="CodiceProceduraPrincipaleICD9" type="CodiceProceduraPrincipaleICD9Type" minOccurs="0"
maxOccurs="11"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>
</xs:element>
<!-- PROCEDURA ICD10IM -->
<xs:element name="ProceduraICD10IM">
  <xs:complexType>
    <xs:sequence>
      <xs:element
name="CodiceProceduraPrincipaleICD10" type="CodiceProceduraPrincipaleICD10Type" minOccurs="0"
maxOccurs="11"/>
    </xs:sequence>
  </xs:complexType>

```

```

    </xs:element>
  </xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:sequence>
</xs:complexType>
</xs:element>
</xs:schema>
  
```

## 6.6 LA CODIFICA DEI CONTROLLI

### TRACCIATO 2 – RICOVERO

- In rosso i controlli XSD che applicati generano lo scarto completo di tutto il file inviato (Errore XSD);
- In blu i controlli immediati che saranno esposti in una reportistica di errore e identificati con lo specifico “codice errore”

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
1	Tipo Trasmissione		<b>Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio</b>	
			<b>Tipo operazione non appartenente al dominio atteso (I, V, C)</b>	
		E.02.30.001.001	L'errore segnala che il record è stato scartato perché duplicato	In caso di inserimento chiave del record già presente nello stesso invio
		E.02.30.001.002	L'errore segnala che il record è stato scartato per tentativo di cancellazione di una chiave non presente	
		E.02.30.001.003	L'errore segnala che il record è stato scartato per tentativo di variazione di una chiave non presente	
		E.02.30.001.004	L'errore segnala che il record è stato scartato per tentativo di inserimento di una chiave già presente	
		E.02.01.001.005	L'errore segnala che il record è stato scartato per tentativo di cancellazione o variazione di una chiave già valorizzata in un anno precedente rispetto al periodo di elaborazione	
		E.02.01.001.006	L'errore segnala che il record è stato scartato per inserimento di una chiave non presente nel tracciato 1	

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
2	Codice Regione		Mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	
		E.02.30.002.001	Il codice regione non coincide con il MITTENTE	Il campo Codice Regione non coincide con la regione di appartenenza del mittente del flusso
3	Codice ATS		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
			Datatype errato	Il campo prevede 3 caratteri numerici
		E.02.10.003.001	Il codice ATS non esiste nella relativa anagrafica	
		E.02.30.003.002	Il codice ATS non congruente con il campo "Codice Regione"	
4	Codice ASST		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E..02.01.004.001	Il codice ASST non esiste nella relativa anagrafica	
5	Codice Distretto		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E.02.01.005.001	Il codice Distretto non esiste nella relativa anagrafica	
6	Codice Struttura		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (6 caratteri)

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
		E.02.10.006.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Valore non corrispondente ad un codice STS11.
7	Numero progressivo scheda di ricovero		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (8 caratteri)
			Il campo non è congruente con i valori attesi	Il campo non è congruente deve contenere le prime 2 cifre Anno di ricovero o precedente, le ultime 6 devono contenere un numero diverso da 0
		E.02.40.007.001	Le prime due cifre del valore del campo sono diverse dall'ANNO del campo "Data di ricovero" o dell'anno precedente del campo "Data di ricovero"	Le prime 2 cifre del progressivo non corrispondono all'anno della Data di ricovero o all'anno precedente (AAAA Data di ricovero - 1)
		E.02.30.007.002	Il codice della scheda è già presente per l'anno in corso relativamente alla struttura inviata nel campo "Codice struttura"	Il campo contiene un valore già presente a db
8	Soggetto proponente il ricovero		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Datatype errato	Il campo prevede 1 carattere numerico
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5)	
9	Soggetto segnalante al Medico la possibilità di ricovero		Datatype errato	Il campo prevede 1 carattere numerico
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5,9)	
10	Indicare se il ricovero sia stato mediato attraverso le attività delle Centrali Operative Territoriali COT		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Datatype errato	Il campo prevede 1 carattere numerico

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2)	
11	Codice COT		Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (12 caratteri)
		E.02.10.011.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Verificare la corrispondenza dei valori concatenati con le anagrafiche di riferimento codice regione, ATS e codice STS11
12	Data richiesta accoglimento		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (10 caratteri)
			Datatype errato	Il valore inserito non rispetta il Formato AAAA-MM-GG
13	Data di ricovero		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (10 caratteri)
			Datatype errato	Il valore inserito non rispetta il Formato AAAA-MM-GG
		E.02.40.013.001	Il valore del campo "Data di ricovero" è antecedente al 2025	La Data di ricovero deve essere successiva o uguale al 2025-01-01
14	Provenienza del paziente		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5,6,7,8,99)	
15	Codice Regione struttura di provenienza		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Il campo deve essere popolato solo se valore campo "Provenienza del paziente" diverso da 01

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E.02.30.015.001	La valorizzazione non è congruente	Il campo non è congruente deve essere popolato solo se valore campo "Provenienza del paziente" diverso da 01
16	Codice ATS struttura di provenienza del paziente		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
			Datatype errato	Il campo prevede 3 caratteri numerici
		E.02.10.016.001	Il codice ATS di residenza non esiste nella relativa anagrafica	
		E.02.30.016.002	La valorizzazione non è congruente	Il campo deve essere popolato solo se campo "Provenienza del paziente" diverso da 01 e il campo "Codice regione struttura di provenienza" coincide con la regione inviante
		E.02.30.016.003	ATS di residenza non congruente con il campo "Regione di residenza"	
17	Codice struttura provenienza del paziente		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (6 caratteri)
		E.02.10.017.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Valore non corrispondente ad un codice STS11 o 99
18	Data di dimissione o di decesso		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (10 carattere)
			Datatype errato	Il valore inserito non rispetta il Formato AAAA-MM-GG

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
19	Giornate di assenza temporanea		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Datatype errato	Il campo prevede 3 caratteri numerici (valorizzare con 000)
20	Motivo principale del ricovero		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Datatype errato	Il campo prevede fino a 2 caratteri numerici
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5,6,7,8,99)	
21	Modalità di dimissione		mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Datatype errato	Il campo prevede 1 carattere numerico
			Valore non appartenente al dominio atteso (1,2,3,4,5,6,7,8,9)	
22	Valutazione ADL all'ingresso		Datatype errato	Il campo prevede 3 caratteri numerici con valori tra 0 e 100
		E.02.20.022.001	mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Il campo deve essere popolato se valore data di ricovero – anno di nascita > = 19
		E.02.30.022.002	Valorizzazione non congruente	Il campo non è congruente deve essere popolato solo se valore data di ricovero – anno di nascita > = 19
23	Valutazione ADL alla dimissione		Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (3 caratteri)
		E.02.20.023.001	mancata valorizzazione di un campo obbligatorio	Il campo deve essere popolato se valore data di ricovero – anno di nascita > = 19 e se valore campo “Modalità di dimissione” è popolato e diverso da 9
		E.02.30.023.002	Valorizzazione non congruente	Il campo non è congruente deve essere popolato solo se valore data di ricovero – anno di nascita > = 19 e se valore “Modalità di

ID	CAMPO	CODICE ERRORE	DESCRIZIONE ERRORE	DESCRIZIONE ALGORITMO
				dimissione" diverso da 9
24	Codice diagnosi ICD9CM Nodo «Diagnosi»		manca valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (min 3 max 7 caratteri)
		E.02.10.024.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Valore non corrispondente ad un codice ICD9 CM
		E.02.30.024.002	Ammessi massimo 6 valori	L'aggregato prevede un massimo di 6 valori
25	Codice diagnosi ICD10IM Nodo «Diagnosi»		manca valorizzazione di un campo obbligatorio	
			Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (max 7 caratteri)
		E.02.10.025.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento per un campo obbligatorio	Valore non corrispondente ad un codice ICD10 IM
		E.02.30.025.002	Ammessi massimo 6 valori	L'aggregato prevede un massimo di 6 valori
26	Codice procedura/procedura principale ICD9CM Nodo «Procedura»		Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (8 caratteri)
		E.02.10.026.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valore non corrispondente ad un codice ICD9 CM
		E.02.30.026.002	Troppi valori inviati nella struttura ripetitiva	L'aggregato prevede un massimo di 11 valori
27	Codice procedura/procedura principale ICD10IM Nodo «Procedura»		Lunghezza non conforme a quella attesa	La lunghezza del valore specificato non è conforme a quanto previsto (8 caratteri)
		E.02.10.027.001	Non appartenenza alla tabella di riferimento	Valore non corrispondente ad un codice ICD10IM
		E.02.30.027.002	Troppi valori inviati nella struttura ripetitiva	L'aggregato prevede un massimo di 11 valori



**DECRETO N. 617 DEL 14/06/2024  
DEL DIRETTORE GENERALE**

**OGGETTO: PNRR - M6C1 - 1.2.2- REALIZZAZIONE CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE DI MANTOVA - CUP E62C21001510002 - PRESA D'ATTO DEL COMPLETAMENTO DELL'INTERVENTO (FASE 1) E DELL'ENTRATA IN FUNZIONE DELL'OPERA**

## IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che:

- con D.G.R. n. XI/5373 del 11.10.2021 “Attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza – missione 6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – definizione del quadro programmatico e approvazione della fase n.1: identificazione delle strutture idonee di proprietà del Servizio Socio Sanitario Regionale”, la Regione Lombardia ha individuato la localizzazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità demandando alle A.S.S.T. la predisposizione dei progetti di fattibilità da trasmettere a Regione Lombardia per l’approvazione;
- la Regione Lombardia, con nota Protocollo G1.2021.0059999 del 15/10/2021, di trasmissione della D.G.R. n. XI/5373 dell’11.10.2021, ha fornito le prime indicazioni attuative e le scadenze per la presentazione delle progettazioni di fattibilità tecnico-economica per la realizzazione delle Case e degli Ospedali di Comunità dell’A.S.S.T. di Mantova;
- la Regione Lombardia, con D.G.R. n. XI/6080 del 07.03.2022, ha approvato le tabelle che individuano la localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali, prevedendo per l’A.S.S.T. di Mantova n. 9 Case di Comunità, n. 5 Ospedali di Comunità e n. 6 Centrali Operative Territoriali;
- tra gli interventi approvati è prevista, tra gli altri, la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale di Mantova, sita in Viale Albertoni, n. 1 (CUP: E62C21001510002);
- la Regione Lombardia, con D.G.R. n. XI/6426 del 23.05.2022, ha approvato il Piano Operativo Regionale (POR), individuando contestualmente i relativi interventi con la ripartizione delle corrispondenti quote di finanziamento PNRR/PNC;
- con Decreto n. 11697 del 04.08.2022, la Regione Lombardia ha assegnato e impegnato a favore della A.S.S.T. di Mantova l’importo pari a € 400.000,00 per la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale di Mantova;
- con Decreto n. 18498 del 16.12.2022, la Regione Lombardia ha assegnato e impegnato a favore della A.S.S.T. di Mantova l’importo pari a € 350.000,00 a titolo di cofinanziamento per la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale di Mantova;
- con Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 19.05.2023, a seguito di istanza di accesso al fondo per l’avvio delle opere indifferibili di cui all’articolo 26, comma 7, del D.L. n. 50/2022, sono state assegnati all’A.S.S.T. di Mantova, per la realizzazione delle Centrale Operativa Territoriale di Mantova, ulteriori fondi per un importo pari ad € 61.748,50;

DATO ATTO che la realizzazione della Centrale Operativa Territoriale di Mantova è finanziata dall’Unione Europea – Next GenerationEU nell’ambito della Missione 6 Component 1 Investimento 1.2.2;

DATO ATTO che:

il Responsabile Unico del Procedimento per l'intervento di realizzazione della Centrale Operativa Territoriale di Mantova è stato individuato, con decreto n. 242 del 16.03.2022, nell'Ing. Simona Vallicelli, Dirigente della Struttura Complessa Gestione Tecnico Patrimoniale di questa A.S.S.T.;

con decreto n. 971 del 02.11.2022 è stato approvato il Progetto di Fattibilità Tecnico Economica relativo alla Centrale Operativa Territoriale di Mantova;

con decreto n. 677 del 26.06.2023, sono stati affidati i lavori in appalto integrato;

con decreto n. 8 del 03.01.2024 è stato approvato il progetto esecutivo;

DATO ATTO, inoltre, che:

in data 29.06.2023 è stato sottoscritto il contratto per la realizzazione dei lavori in appalto integrato;

in data 29.12.2023 hanno avuto inizio i lavori, come da verbale di avvio lavori;

DATO ATTO, infine, che:

-al fine di garantire il raggiungimento del target PNRR Missione 6 Component 1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti" entro il secondo semestre 2024, si è provveduto all'attivazione dei lavori per Fasi;

-i lavori della Fase 1 sono stati ultimati, come da verbale di fine lavori, e che in data 14.05.2024 è stato emesso il Certificato di Regolare Esecuzione, redatto dal Direttore Lavori, Ing. Luigi Maurizio Pecora e sottoscritto, oltre che dal Direttore Lavori, dal Responsabile Unico del Procedimento, Ing. Simona Vallicelli e dalla ditta esecutrice OPERAZIONE s.r.l. di Napoli. nella persona dell'Ing. Emanuele di Palo;

PRECISATO che la realizzazione della Fase 1 della Centrale Operativa Territoriale di Mantova garantisce il rispetto del target PNRR Missione 6 Component 1-7 "Centrali operative pienamente funzionanti";

VISTE le comunicazioni di Regione Lombardia, tutte conservate in atti, mediante le quali sono state trasmesse le Linee per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 "centrali operative pienamente funzionanti", sub-investimento 1.2.2 – centrali Operative territoriali e con le quali sono stati rimodulati i termini di attivazione delle stesse alla data del 30 giugno 2024 e definite le modalità di reclutamento della figura professionale tecnica ed autonoma per la verifica dei requisiti funzionali delle COT, propedeutica alla certificazione del raggiungimento del target;

CONSIDERATO, in particolare, che le linee guida precitate prevedono la redazione di una relazione da parte di un ingegnere indipendente recante la dichiarazione che le specifiche tecniche del progetto sono in linea con la descrizione dell'investimento e del target

**Sede Legale ASST di Mantova**

Strada Lago Paiolo 10 • 46100, Mantova (MN)

Tel 0376 2011

PI 02481840201

[www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)

presente nelle Council Implementing Decision (CID);

DATO ATTO che con Decreto n. 467 del 09.05.2024 questa A.S.S.T. ha individuato quale ingegnere indipendente, incaricato della redazione della suddetta relazione, l'Ing. Fiorenzo Beruffi, iscritto all'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Mantova (numero di iscrizione: 609);

DATO ATTO:

- del Certificato di Regolare Esecuzione, redatto dal Direttore Lavori, Ing. Luigi Maurizio Pecora e sottoscritto, oltre che dal Direttore Lavori, dal Responsabile Unico del Procedimento, Ing. Simona Vallicelli e dalla ditta esecutrice OPERAZIONE s.r.l. di Napoli nella persona dell'Ing. Emanuele di Palo;
- della relazione, corredata dalla relativa check list di verifica, tutte conservate in atti (Riferimenti Protocollo Generale nn. 32553 e 32591 del 13 giugno 2024), predisposte dall'Ing. Fiorenzo Beruffi in qualità di ingegnere indipendente ed esperto, mediante le quali viene dichiarato che la COT di Mantova è pienamente funzionante e conforme agli standard per il raggiungimento del target PNRR a far data dal 13 giugno 2024;
- della dichiarazione, a firma del Direttore Generale, redatta in conformità all'Allegato n. 2 delle Linee guida sopra citate, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, con la quale viene attestata l'entrata in funzione della COT di Mantova e dei servizi connessi a partire dal 13 giugno 2024;

DATO ATTO che dal presente provvedimento non discendono oneri a carico del Bilancio di questa ASST;

PRESO ATTO dell'attestazione di regolarità e di legittimità del presente provvedimento espressa da PANARELLI CESARINO Direttore della Struttura GESTIONE ACQUISTI, e da GIATTI GIACOMO, responsabile del procedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri o proventi a carico dell'Azienda;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

## **DECRETA**

- 1.** di prendere atto del Certificato di Regolare Esecuzione, redatto dal Direttore Lavori, Ing. Luigi Maurizio Pecora, e sottoscritto, oltre che dal Direttore Lavori, dal Responsabile Unico del Procedimento, Ing. Simona Vallicelli e dalla ditta esecutrice

OPERAZIONE s.r.l. di Napoli, nella persona dell'Ing. Emanuele di Palo;

2. di prendere atto della relazione, corredata dalla relativa check list di verifica, tutte conservate in atti (Riferimenti Protocollo Generale nn. 32553 e 32591 del 13 giugno 2024), predisposte dall'Ing. Fiorenzo Beruffi in qualità di ingegnere indipendente ed esperto, mediante le quali viene dichiarato che la COT di Mantova è pienamente funzionante e conforme agli standard per il raggiungimento del target PNRR a far data dal 13 giugno 2024;
3. di prendere atto del completamento dell'intervento (FASE 1) e dell'entrata in funzione dell'opera secondo la previsione del DM 77/2022;
4. di approvare la dichiarazione, a firma del Direttore Generale, redatta in conformità all'Allegato n. 2 delle Linee guida sopra citate, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, con la quale viene attestata l'entrata in funzione della COT di Mantova e dei servizi connessi a partire dal 13 giugno 2024;
5. di dare atto che dal presente provvedimento non discendono oneri a carico del Bilancio di questa ASST;
6. di pubblicare il presente provvedimento all'Albo on line sul sito istituzionale aziendale, ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e dell'art. 17 della L.R. 33/2009, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

PRESO ATTO dei pareri di

DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
DIRETTORE SANITARIO  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

AVALDI GUIDO  
LORENZONI MARIANNA  
BELLANI ANGELA

DIRETTORE GENERALE  
GEROLA ANNA

(atto firmato digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge)

**Sede Legale ASST di Mantova**

Strada Lago Paiolo 10 • 46100, Mantova (MN)

Tel 0376 2011

PI 02481840201

[www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)

## DICHIARAZIONE ENTRATA IN FUNZIONE COT

### Informazioni Progetto

MISSIONE: Missione 6 Salute

COMPONENTE: C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

INVESTIMENTO: M6C1I1.2 – Casa come primo luogo di cura e telemedicina

SUB-INVESTIMENTO: M6C1I1.2.2 – Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)

TARGET: M6C1-7

CUP: E62C21001510002

CODICE MISURA: M6C1I1.2.2

CODICE PRATT: M6C1I1.2.2.1\_dm 20\_01\_22 implementazione centrali operative territoriali (COT)

1000000099

TITOLO PROGETTO: Implementazione di un nuovo modello organizzativo: Centrali Operative territoriali - Centrale Operativa Territoriale di Mantova

CODICE CONVENZIONE: M6C1I1.2.2.1\_cis\_Lombardia\_030\_cot 2000048393

CODICE SOGGETTO ATTUATORE: 030\_LOMBARDIA

La sottoscritta ANNA GEROLA, nata a MOGLIA, il 08/02/1963, C. F. GRLNNA63B48F267N, in qualità di DIRETTORE GENERALE dell'ASST MANTOVA, in relazione al Progetto identificato in premessa, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000 e quindi consapevole delle responsabilità di ordine amministrativo, civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, ex art. 76 del DPR medesimo,

### DICHIARA CHE

- La Fase 1 dell'opera Centrale Operativa Territoriale di Mantova è stata completata in conformità alle previsioni del Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia finanziati nell'ambito del PNRR Missione 6 – Componente 1 sottoscritto tra Ministero della Salute e Regione Lombardia e dei relativi allegati al CIS (Piano Operativo Regionale e Action plan).

**Sede Legale ASST di Mantova**

Strada Lago Paiolo 10 • 46100, Mantova (MN)

Tel 0376 2011

PI 02481840201

[www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)

- L'opera è conforme ai requisiti previsti per il sub-investimento M6C1I1.2.2 Centrali operative territoriali e per il conseguimento del Target europeo M6C1-7 descritti nell'Allegato alla Decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia (Council Implementing Decision - CID) e negli Operational arrangements tra la Commissione Europea e l'Italia, ovvero:

*L'investimento previsto riguarda l'attivazione delle Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza.*

*Ci si aspetta che le Centrali operative territoriali assicurino il monitoraggio da remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supportino lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari e costituiscano un punto di riferimento per i prestatori di assistenza e le esigenze dei pazienti.*

*Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione delle Centrali operative territoriali con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliari con vari servizi territoriali con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.*

*Il meccanismo di verifica definito negli Operational arrangements prevede che siano prodotte le seguenti evidenze documentali:*

- a) Certificato di completamento e di entrata in funzione rilasciato in conformità alla legislazione nazionale.*
  - b) Relazione di un ingegnere indipendente approvata dalla Regione o Provincia Autonoma responsabile dell'attuazione, che includa la giustificazione che le specifiche tecniche del progetto (o dei progetti) siano in linea con la descrizione dell'investimento e del target presente nelle Council Implementing Decision (CID).*
- L'opera è conforme agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi definiti dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale" e dalle altre normative nazionali e regionali di riferimento, tenuto conto anche degli orientamenti Agenas ("Le Centrali Operative Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali" – Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor, "La Centrale Operativa Territoriale dalla realizzazione all'attivazione" – Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor).

**Sede Legale ASST di Mantova**

Strada Lago Paiolo 10 • 46100, Mantova (MN)

Tel 0376 2011

PI 02481840201

**[www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)**

- È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali" ("Do No Significant Harm" – DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, così come chiarito dalla circolare n. 33 del 13 ottobre 2022 della Ragioneria Generale dello Stato, che ha aggiornato la "Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all'ambiente" di cui alla Circolare n. 32 del 30 dicembre 2021.
- Per la realizzazione dell'intervento sono stati rispettati tutti i principi trasversali previsti dal PNRR, quali, tra gli altri, il principio di parità di genere e l'obbligo di protezione e valorizzazione dei giovani.
- È stato assicurato il rispetto di tutte le disposizioni previste dalla normativa europea e nazionale, con particolare riferimento a quanto previsto dal Regolamento (UE) n. 241/2021 e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, come modificato dalla legge 29 luglio 2021, n. 108.
- È stato garantito il rispetto degli obblighi in materia di comunicazione e informazione previsti dall'art. 34 del Regolamento (UE) n. 241/2021.
- La documentazione comprovante il soddisfacente conseguimento di tutte le Milestone e di tutti i Target (nazionali ed europei) relativi al sub-investimento M6C1I1.2.2 Centrali operative, e in particolare in relazione al Target europeo M6C1-7, è stata correttamente caricata nel sistema informativo ReGiS nella sezione relativa agli indicatori target.
- La documentazione inserita nel sistema informativo ReGiS è coerente rispetto al valore realizzato dichiarato del target ed è idonea a confermare il soddisfacente conseguimento del milestone/target, ivi inclusi i sub criteri indicati nella descrizione della misura e nella descrizione della milestone o del target in coerenza con l'Annex CID e con gli Operational Arrangements.
- Sono stati correttamente eseguiti, e superati con esito positivo, i controlli necessari ad assicurare la correttezza, affidabilità e completezza degli atti/procedure propedeutici al soddisfacente raggiungimento di milestone/target oggetto di rendicontazione (es. sulle procedure di selezione e/o di gara/affidamento).

- Tutti i collaudi e le verifiche richiesti sono stati eseguiti con esito positivo, conformemente alle normative vigenti.
- Le attrezzature e le strutture necessarie al funzionamento del servizio sono state installate e sono operative.
- Le eventuali procedure e autorizzazioni richieste da enti esterni per l'avvio del servizio sono state regolarmente ottenute.
- La Centrale Operativa Territoriale di Mantova e i servizi connessi, sono ufficialmente entrati in funzione a partire dal 13/06/2024.

Luogo e data

Mantova, 14/06/2024

Il Direttore Generale

Dott.ssa Anna Gerola

*(atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti  
disposizioni di legge)*

## Sommario

Sommario .....	1
1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	3
3. AMBITO DI APPLICAZIONE .....	3
4. ACRONIMI E GLOSSARIO.....	3
5. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT) .....	4
5.1 MODELLO ORGANIZZATIVO COT .....	5
5.2 OBIETTIVI SPECIFICI .....	6
5.3 CRITERI CLINICI E SOCIALI DI INCLUSIONE.....	6
5.4 CRITERI DI ESCLUSIONE .....	7
5.5 MODALITÀ DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO .....	7
6. ASSISTENTE SOCIALE DELL'AMBITO PRESSO COT MANTOVA .....	8
6.1 SCOPO.....	8
6.2 REQUISITI.....	9
6.3 CRITERI DI ESCLUSIONE .....	9
6.4 MODALITA' DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO .....	9
6.5 SERVIZI ATTIVABILI .....	10
7. ALTRI AMBITI SOCIALI .....	10
8. SISTEMA DI GESTIONE DIGITALE DEL TERRITORIO-SGDT- .....	11
9. RIFERIMENTI .....	13

Stato delle revisioni

Stato delle revisioni					
Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
0	28/12/2023	Prima emissione	<p><b>Direttore Distretto Mantovano</b> Dr.ssa Angela Bellani</p> <p><b>Direttore Distretto Alto Mantovano</b> Dr.ssa Maria Gloria Gandellini</p> <p><b>Direttore Distretto Basso Mantovano</b> Dr.ssa Anna Maria Nigrelli</p> <p><b>Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadonese</b> Dr.ssa Elena Mariani</p>	<p><b>RQA</b> Dr. Enrico Burato</p>	<p><b>DSS</b> Dr. Renzo Boscaini</p>
1	10/05/2024	4. Acronimi e Glossario; 5. Centrale Operativa Territoriale (COT); 5.1 Obiettivi specifici; 5.2 Criteri clinici e sociali di inclusione; 5.4 Modalità di accesso e descrizione percorso; 6 Riferimenti	<p><b>Direttore Distretto Mantovano</b> Dr.ssa Angela Bellani</p> <p><b>Direttore Distretto Alto Mantovano</b> Dr.ssa Maria Gloria Gandellini</p> <p><b>Direttore Distretto Basso Mantovano</b> Dr.ssa Anna Maria Nigrelli</p> <p><b>Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadonese</b> Dr.ssa Elena Mariani</p>	<p><b>RQA</b> Dr.ssa Daniela Rastelli</p>	<p><b>DSS</b> Dr.ssa Angela Bellani</p>
2	15/12/2025	Integrazione titolo, normativa, COT,, integrazione area sociale ambito COT Mantova,riferimenti	<p><b>Direttore f.f. Distretto Mantovano</b> Dr.ssa Alessia Sempreboni</p> <p><b>Direttore Distretto Alto Mantovano</b> Dr.ssa Maria Gloria Gandellini</p> <p><b>Direttore Distretto Basso Mantovano</b> Dr.ssa Anna Maria Nigrelli</p> <p><b>Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadonese</b> Dr.ssa Elena Mariani</p> <p><b>Dirigente DAPSS Polo Territoriale</b> Dr.ssa SaraFaroni</p>	<p><b>RQA</b> Dr.ssa Simonetta Bettellini</p>	<p><b>DSS</b> Dr.ssa Angela Bellani</p>
3	30/01/2026	Integrazione orario funzionamento COT	<p><b>Direttore f.f. Distretto Mantovano</b> Dr.ssa Alessia Sempreboni</p> <p><b>Direttore Distretto Alto Mantovano</b> Dr.ssa Maria Gloria Gandellini</p> <p><b>Direttore ad interim Distretto Basso Mantovano</b> Dr.ssa Angela Bellani</p> <p><b>Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadonese</b> Dr.ssa Elena Mariani</p> <p><b>Dirigente DAPSS Polo Territoriale</b> Dr.ssa SaraFaroni</p>	<p><b>RQA</b> Dr.ssa Simonetta Bettellini</p>	<p><b>DSS</b> Dr.ssa Angela Bellani</p>

*Documento firmato elettronicamente. La copia originale del documento in stato di validità è pubblicata sul sistema informatico Taleteweb e consultabile elettronicamente da tutto il personale autorizzato.*

Rev.0 GdL: Alessandro Amadini, Monica Carnevali, Sara Faroni, Stefania Bavera, Marilena Ferraresi, Barbara Gerola

Rev.1 GdL: Alessandro Amadini, Monica Carnevali, Sara Faroni, Stefania Bavera, Marilena Ferraresi, Barbara Gerola

Rev.2 GdL; Faroni Sara, Sempreboni Alessia, Ferraresi Marilena, Carnevali Monica, Amadini Alessandro

Rev.3 GdL; Faroni Sara, Ravelli Andrea, Ferraresi Marilena, Carnevali Monica, Amadini Alessandro

## 1. PREMESSA

Il DM 77/2022 prevede la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, la definizione dei parametri di riferimento del personale e gli obiettivi strategici per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, costituendo di fatto la Riforma di settore in coerenza con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

L'assistenza territoriale è intesa come l'insieme delle attività sanitarie e socio-sanitarie svolte sul territorio, al fine di garantire una presa in carico precoce e una continuità assistenziale e deve essere orientata a superare la frammentazione dei servizi tra polo ospedaliero e polo territoriale; ad attuazione di ciò si rende necessario sviluppare percorsi specifici aventi come base la valutazione multidimensionale orientata ad una personalizzazione del piano di cura e strutturando percorsi di dimissioni protette in ogni ambito di ricovero capaci di individuare, nel rispetto delle scelte della persona e della famiglia, percorsi appropriati e privilegiando, quando possibile, il rientro a domicilio con il supporto dei servizi domiciliari e presa in carico cronicità o, se non possibile, verso l'istituzionalizzazione in servizi residenziali socio-sanitari.

A garanzia della funzionalità del sistema territoriale, sono state istituite le Centrali Operative Territoriali.

## 2. SCOPO


Lo scopo di questo documento è quello di delineare il percorso della COT di ASST Mantova per i percorsi di presa in carico dei pazienti cronici e fragili, in un processo di integrazione fra ospedale e territorio, rivolto in particolar modo ai pazienti che hanno necessità di presa in carico domiciliare, dimessi dai reparti dei Presidi Ospedalieri e dagli OdC (così come indicato nel PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall'OdC al domicilio).

## 3. AMBITO DI APPLICAZIONE

Le indicazioni contenute nel presente documento si applicano a tutte le COT operative a livello aziendale.

## 4. ACRONIMI E GLOSSARIO

ASST	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
COT	Centrale Operativa Territoriale
PS	Pronto Soccorso
IFeC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
SSO	Servizio Sociale Ospedaliero
MMG	Medico di Medicina Generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
CdC	Casa di Comunità
SERD	Servizio per le Dipendenze
CPS	Centro Psico Sociale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD	Residenza Sanitaria per Disabile
SGDT	Sistema per la Gestione Digitale del Territorio
PRIAMO	Portale Regionale per richiesta ricovero presso Strutture
OdC	Ospedale di Comunità
C-DOM	Cure Domiciliari

 <p>Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p><b>PROCEDURA</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b></p>	<p>PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026 Pagina 4 di 13</p>
--	--	--

## 5. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

La COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro, che potrà essere tanto più efficace quanto più leve avrà modo di governare, sia sul lato della domanda sia sul lato dell'offerta. La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un servizio distrettuale e svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie e ospedaliere.

Nei seguenti provvedimenti concernenti le linee programmatiche per il potenziamento dell'assistenza territoriale sono presenti le modalità operative della COT:

- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” che definisce 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 Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR;
- la DGR XI/7592/2022 “Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” - Documento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale (primo provvedimento)”;
- la DGR XI/6760/2022 “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale”

in particolare:

- la DGR N° XII/2089 del 25/03/2024 recante “Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell'art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024”;
- la DGR N° XII/2588 del 21/06/2024 recante “Ulteriori determinazioni in merito alle Centrali Operative Territoriali e in merito alla garanzia di assistenza medica H24 nelle Case di Comunità in raccordo con il sistema della Continuità Assistenziale”;
- la DGR N° XII/3720 del 30/12/2024 recante “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025”.

Questo quadro normativo ha delineato il ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT) quale supporto strategico alla presa in carico di assistiti fragili e cronici ed alla gestione delle transizioni tra i vari setting assistenziali, garantendo il coordinamento nell'attivazione dei percorsi sanitari e sociosanitari a seconda del bisogno del cittadino.

A seguito della DGR 3720/24 al fine di garantire la piena operatività delle Centrali Operative Territoriali e uno sviluppo omogeneo e uniforme delle funzionalità di presa in carico e gestione delle transizioni tra setting assistenziali al fine di valorizzare le peculiarità dei singoli territori, garantire una copertura continuativa del servizio e una miglior connessione con le strutture extraziendali, Regione Lombardia ha emesso un ulteriore decreto (DGR XII/4560 del 16/06/2025) che prevede l'organizzazione delle COT in trasversali e verticali.

Nel polo territoriale di ASST Mantova sono presenti n. 4 Distretti: Alto Mantovano, Mantovano, Basso Mantovano e Oglio Po Casalasco Viadanese, quest'ultimo a scavalco tra ASST Mantova e ASST Cremona.

Sono attive n. 6 COT: COT Mantova, COT Asola, COT Suzzara, COT Goito, COT Quistello, COT Viadana. Le COT dipendono gerarchicamente dal Direttore di Distretto ed il responsabile organizzativo è il coordinatore

infermieristico. A livello aziendale la COT di Mantova (collocata fisicamente presso il Presidio Ospedaliero di Mantova, ubicata nei locali al P.T. della Palazzina N.10) viene individuata quale COT Trasversale con funzione di supporto e di coordinamento delle altre COT attive.

### 5.1 MODELLO ORGANIZZATIVO COT

A seguito della DGR XII/4560 del 16/06/2025 le Centrali Operative Territoriali (COT) vengono definite secondo le seguenti definizioni:

**COT trasversale (o “di coordinamento” o “Hub”)** è la struttura organizzativa unica per ogni ASST che svolge la funzione di ricevere tutte le richieste di transizione di setting e/o di presa in carico relative ad assistiti domiciliati e/o residenti nel territorio di afferenza dell’ASST. Tali richieste vengono inoltrate alla COT Trasversale sia da strutture/servizi/professionisti della stessa ASST, sia da strutture sanitarie esterne alla ASST, definendo per ciascun “soggetto inviante” le modalità operative di trasmissione delle richieste. La COT trasversale assegna la richiesta ad una COT verticale a seconda del domicilio/residenza del cittadino o in base al servizio da attivare, oppure invia la richiesta alla COT trasversale dell’ASST di afferenza del cittadino. La COT trasversale monitora inoltre tutte le transizioni attivate e lo stato di avanzamento delle richieste. La COT trasversale può svolgere la funzione di COT verticale per la gestione e la presa in carico delle transizioni relative ai cittadini del proprio distretto o territorio di afferenza; in questo caso si “autoasigna” la richiesta di transizione. Le richieste di transizioni di setting saranno inserite nel Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT).

**COT Verticali (o “distrettuali” o “spoke”)** sono le strutture organizzative definite dalle singole ASST, che possono essere diversificate a seconda delle specializzazioni funzionali o territoriali. Le COT Verticali svolgono la funzione di presa in carico delle transizioni assegnate dalla COT Trasversale per gli assistiti del territorio di afferenza, attivando i servizi idonei a soddisfare i bisogni del cittadino in base al catalogo dell’offerta territoriale e assegnando il servizio al soggetto erogatore. Le COT Verticali mantengono una comunicazione attiva con il soggetto inviante fino alla chiusura della richiesta.

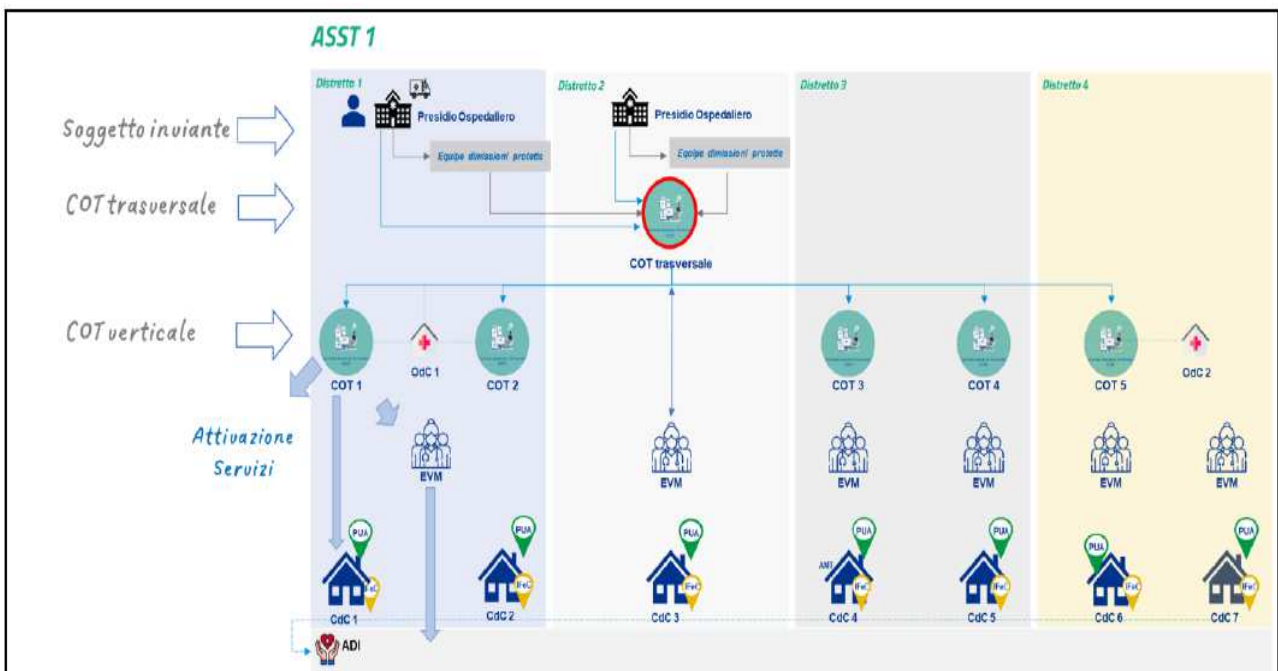




Figura 1. Schema esemplificativo di funzionamento del modello nella gestione della transizione Ospedale-Territorio presente nell'allegato 1 DGR 4560/25.

 <p>Carlo Poma</p>  <p>Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p><b>PROCEDURA</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b></p>	<p>PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026 Pagina 6 di 13</p>
---	--	--

Si identificano pertanto COT Mantova come Trasversale e COT di Asola; Goito; Suzzara; Viadana; Quistello come verticali.

Le COT sono attive a livello distrettuale e sono collocate presso le Case di Comunità. La collocazione fisica della COT trasversale di Mantova è presso il Presidio Ospedaliero di Mantova ubicata nei locali al P.T. della Palazzina N.10 che sarà la sede definitiva della CdC di Mantova.

La COT di Mantova è attiva dal lunedì alla domenica dalle ore 08:00 alle ore 20:00.

Le altre COT, presenti negli altri Distretti del territorio di ASST Mantova, sono attive dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 14.00; nelle giornate di sabato domenica e nei festivi infrasettimanali l'operatività viene garantita dalla COT di Mantova.

Nell'ambito della COT è identificato 1 Coordinatore infermieristico (che afferisce alla DAPSS Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie) responsabile organizzativo e del funzionamento della COT con le seguenti figure: 3 infermieri e 1 unità di personale di supporto.



La COT interviene nel:

- percorso di dimissione
- transizione dei percorsi verso le COT verticali; al fine di pianificare ed attivare i servizi necessari quali: Cure domiciliari (C-DOM), Cure Palliative Domiciliari (CP-Dom), Servizi Socio-Sanitari (SAD PNR., ecc), attivazione IFeC, coinvolgimento del MMG/PLS o altra COT di appartenenza;
- inserimento in PRIAMO della richiesta di dimissione verso strutture riabilitative o general geriatriche;
- percorso di dimissione verso gli Ospedali di Comunità e dagli OdC verso il domicilio;
- attivazione di consulenza IFeC in PS o nei reparti ospedalieri (IO01PC01PSMN Gestione del paziente cronico e fragile dimesso dal Pronto Soccorso del P.O. di Mantova);
- stesura del PAI per pazienti cronici arruolati da ASST Mantova, in stretta sinergia con l'MMG dell'assistito (RdUOCENTROSERVIZI);
- prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali per i pazienti cronici (RdUOCENTROSERVIZI);
- monitoraggio dei pazienti arruolati con patologia cronica (RdUOCENTROSERVIZI).

## **5.2 OBIETTIVI SPECIFICI**

- Garantire una presa in carico al paziente attraverso la continuità delle cure, anche in presenza di problematiche sociali;
- Garantire il setting adeguato post dimissione sia in ambito territoriale che ospedaliero
- Garantire una presa in carico al paziente attraverso la continuità delle cure
- Garantire un monitoraggio clinico/assistenziale nella fase post-dimissione
- Supportare il caregiver
- Prevenire e ridurre episodi di scompenso e re-ricoveri
- Attivazione da parte della COT di Cure domiciliari, IFeC, servizi sociosanitari
- Arruolamento, gestione e monitoraggio dei pazienti cronici con PAI

## **5.3 CRITERI CLINICI E SOCIALI DI INCLUSIONE**

 <p>Carlo Poma</p>  <p>Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p><b>PROCEDURA</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b></p>	<p>PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026 Pagina 7 di 13</p>
---	--	--

Pazienti clinicamente stabili, in dimissione dai reparti ospedalieri, per i quali è stato valutato che il domicilio è il setting di cura più adeguato e che necessitano di:

- monitoraggio clinico/assistenziale;
- prosecuzione o attivazione di Cure Domiciliari;
- addestramento al paziente/care-giver per aderenza terapeutica/compliance;
- supporto al caregiver nell'orientamento ai servizi

Per i pazienti segnalati dal reparto con punteggio Brass superiore a 18 o con la sola compresenza negli items della Brass di:

- vive solo senza sostegno
- assume più di 5 farmaci
- più di 2 ricoveri negli ultimi 3 mesi

è prevista una presa in carico da parte dell'IFeC anche in assenza di interventi sanitari specifici. L'area sociale dedicata alle dimissioni protette ospedaliere (SSO) in servizio presso il P.O di Mantova (afferenti alla Direzione Socio-Sanitaria) si occupa delle dimissioni di pazienti fragili con problematiche prevalentemente famigliari e di fragilità sociali in stretta collaborazione con l'area sociale delle CdC distrettuali, degli Ambiti territoriali e dei Comuni. Presso la COT di Mantova è presente un assistente sociale dell'Ambito che si interfaccia con l'area sociale delle dimissioni ed i vari nodi della rete territoriale per i cittadini del Distretto Mantovano.

#### **5.4 CRITERI DI ESCLUSIONE**

Pazienti psichiatrici in fase acuta e non affetti da patologie croniche;

#### **5.5 MODALITÀ DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO**



Il reparto ospedaliero segnala al Nucleo di Valutazione Dimissioni Protette attraverso il portale Galileo la richiesta di dimissione per l'utente in dimissione allegando scheda BRASS ed altra documentazione utile alla presa in carico territoriale: progetto riabilitativo, richiesta di prestazioni infermieristiche, schema terapeutico, etc. Il Nucleo di Valutazione segnala su SGDT la richiesta di dimissione alla COT.

La modalità di segnalazione alla COT avviene:

- tramite SGDT
- attraverso portale Sanitario (COT Mantova)

L'operatore COT valuta l'opportunità di organizzare un accesso in reparto per approfondimento del caso e condivisione del percorso assistenziale anche in presenza di familiari e caregiver, per:

- recepire informazioni riguardanti le condizioni cliniche, la terapia farmacologica in atto, schema terapeutico alla dimissione, prescrizioni, appuntamenti e controlli successivi alla dimissione
- prendere atto dei bisogni assistenziali post dimissione e raccordarsi con l'MMG e altri professionisti sanitari e/o sociali, qualora sia necessario attivare uno o più dei servizi tradizionali della domiciliarità
- garantire la valutazione anche attraverso i professionisti ospedalieri e territoriali che concorrono allo stato di salute del paziente, attivando tutte le risorse presenti.
- inserire la valutazione del paziente nel programma regionale SGDT;

 Carlo Poma 	<b>PROCEDURA</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b>	PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026 Pagina 8 di 13
--	---	--

- concordare la visita domiciliare successiva alla dimissione coinvolgendo il MMG. La COT garantisce che il paziente venga preso in carico dai servizi di competenza nei tempi previsti.

In caso di attivazione cure domiciliari (C-DOM) l'operatore COT dovrà:

- controllare la corretta ricezione della richiesta da Soggetto che deve contenere scala Triage, Siad e dimissione protetta con eventuali allegati
- provvedere all'apertura del titolo richiesto all'Ente Erogatore previa scelta del paziente, tutore legale o amministratore di sostegno, tramite l'applicativo SGDT.

Quando le COT verticali non sono attive, la COT trasversale di Mantova garantisce la raccolta della documentazione, effettua le valutazioni necessarie e le trasmette alla COT verticale di competenza territoriale che attiverà i servizi necessari e appropriati nella prima giornata feriale utile.

Qualora il paziente fosse ricoverato in un Presidio Ospedaliero diverso dalla sua residenza e quindi in un altro Distretto, la COT del Distretto di ricovero valuta e trasmette la relativa documentazione alla COT di competenza tramite mail

- COT Asola (cot.altomantovano@asst-mantova.it)
- COT Mantova (cot.mantova@asst-mantova.it)
- COT Quistello (cot.quistello@asst-mantova.it)
- COT Suzzara (cot.suzzara@asst-mantova.it)
- COT Viadana (cot.viadana@asst-mantova.it)
- COT Goito (cot.altomantovano@asst-mantova.it)

Può effettuare l'assegnazione del paziente valutato anche attraverso il portale per la Gestione Digitale del Territorio (SGDT).



## 6. ASSISTENTE SOCIALE DELL'AMBITO PRESSO COT MANTOVA

Presso la COT di Mantova è presente un'assistente sociale dell'Ambito che si interfaccia con l'area sociale delle dimissioni ed i vari nodi della rete territoriale per i cittadini del Distretto Mantovano.

Il PNRR – M5C2 – Sub Investimento **1.1.3 “Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione”** - NEXT GENERATION EU affidato con Determinazione n. 176/2023 del 07.09.2023 prevede la figura dell'Assistente Sociale per le Dimissioni Protette. Ogni Ambito struttura il ruolo di questa figura ed i servizi attivabili in maniera differente.

Per l'Ambito di Mantova l'Assistente Sociale di Ambito per le Dimissioni Protette ha la sua sede operativa presso la COT dell'Ospedale Carlo Poma a Mantova ed è assunta dalla Cooperativa CSA tramite collaborazione con il Consorzio Progetto Solidarietà, con contratto di 30 ore settimanali dal lunedì al venerdì. Il servizio svolto da questa risorsa è rivolto ai pazienti residenti nell'Ambito di Mantova che sono ricoverati in ospedali o presso strutture nei reparti subacuti che non hanno servizi SAD (Servizi Assistenza Domiciliare) attivi. Il servizio è gratuito per i beneficiari valutati idonei, poiché erogato con i fondi del PNRR ed è rivolto ai pazienti residenti nell'Ambito di Mantova, con l'esclusione dei pazienti dimessi dal Pronto Soccorso. Il servizio può essere attivato solamente quando i pazienti sono ancora ricoverati e mai in caso di auto-dimissione anticipata del paziente.

### 6.1 SCOPO

 Carlo Poma 	<b>PROCEDURA</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b>	PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026 Pagina 9 di 13
--	---	--

L'obiettivo è di cercare di garantire continuità assistenziale, mantenendo la persona a domicilio e riducendo il rischio di ulteriore ricovero ospedaliero o supportando il nucleo in attesa di inserimento della persona in RSA/RSD.

## **6.2 REQUISITI**

I requisiti per l'accesso ai fondi di dimissione protetta di Ambito sono:

- dimissione a carattere di "urgenza sociale" (dimissione in tempi brevi che non permette l'attivazione dei servizi sociali di base),
- bisogno sanitario prevalente che comporta una riduzione dell'autonomia e necessita di assistenza diretta (igiene personale, alzata/rimessa a letto, vestizione, mobilitazione, preparazione/somministrazione pasti, monitoraggio), secondariamente necessità di attività inerenti il governo casa (lavanderia e pulizia ordinaria degli ambienti di prevalente utilizzo del paziente (camera da letto/cucina/bagno/zona in cui soggiorna il paziente),
- rete familiare fragile e abitazione adeguata.

L'"urgenza" è intesa come una condizione tale per cui il servizio sociale di base non ha modo di conoscere, prendere in carico la situazione od organizzare il rientro a domicilio in tempi brevi.

Il servizio non può essere attivato se il paziente si autodimette o se viene meno la condizione di bisogno sanitario, anche in questo caso la COT segnala al servizio sociale di base.

## **6.3 CRITERI DI ESCLUSIONE**

Le condizioni di esclusione dall'accesso alla linea 1.1.3 PNRR sono:

- Persona, sola e senza alcun sostegno, non in grado di assumere in autonomia e con responsabilità la terapia farmacologica;
- Persona, sola e senza alcun sostegno, con bisogno di assistenza sociosanitaria H24 (soggetti che richiedono una continuità di cure erogabili da strutture residenziali);
- Abitazione non adeguata (utenze non attive, condizioni igieniche precarie o pessime); indisponibilità di un domicilio; dichiarazione di inagibilità e/o inabitabilità del fabbricato.


In presenza di uno o più di queste condizioni di esclusione l'Assistente Sociale di Ambito per le Dimissioni Protette Ambito di Mantova segnala la situazione senza effettuare un'attivazione dei servizi PNRR.

## **6.4 MODALITA' DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO**

L'attivazione del processo di valutazione sociosanitaria dell'Assistente Sociale di Ambito per le Dimissioni Protette avviene a seguito di segnalazione con apposito modulo che viene compilato dal Servizio Sociale Ospedaliero (SSO), dagli infermieri della COT o dagli Assistenti Sociali dei comuni dell'Ambito di Mantova. La segnalazione può essere effettuata via mail a [dimissioniprotette@coprosol.it](mailto:dimissioniprotette@coprosol.it).

Nella valutazione sociosanitaria si prevedono visite congiunte in reparto con infermieri di famiglia (IFEC) o infermieri della COT (e l'Assistente Sociale del comune di residenza del beneficiario e/o il SSO del se disponibile) allo scopo di avere una valutazione multidimensionale della persona individuando bisogni e criticità nel rientro a domicilio per dare risposte adeguate.

Sono necessari almeno 3 giorni (72 ore) dalla data di invio del progetto (PAI), compilato dall'assistente sociale e trasmesso alla Cooperativa CSA, per l'attivazione dei servizi.

 <p>Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p><b>PROCEDURA</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b></p>	<p>PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026 Pagina 10 di 13</p>
--	--	---

L'Assistente Sociale di Ambito per le Dimissioni Protette effettua inoltre continuo raccordo con gli Assistenti Sociali dei Comuni verificando se le persone sono conosciute, aggiornandoli su quanto emerso in fase di valutazione, sui servizi attivati e sul loro andamento, organizzando visite domiciliari congiunte in fase di monitoraggio.

Quando attivati in fase di valutazione, l'Assistente Sociale di Ambito per le Dimissioni Protette si avvale della collaborazione di IFEC anche nelle visite domiciliari con funzioni di monitoraggio sociosanitario e di rapporto con Medico di Medicina Generale (MMG). Vi è inoltre continuo e reciproco aggiornamento con la Coordinatrice SAD di CSA circa eventuali criticità rilevate dagli OSS a seguito di attivazione del progetto.

Al bisogno vi è attiva collaborazione con il Servizio Sociale Ospedaliero e con l'Ufficio di Protezione Giuridica (UPG) dell'Ospedale Carlo Poma, con gli operatori del PUA (Punto Unico di Accesso) e con il SUPI (Servizio Unificato Protesica e Integrativa) presenti nella CdC provvisoria di via Trento a Mantova. In situazioni di maggiore fragilità, per necessità di una dieta particolare o intolleranze del paziente in caso di attivazione pasti a domicilio, l'Assistente Sociale di Ambito di Mantova per le Dimissioni Protette contatta il Medico di Medicina Generale informandolo sulla situazione e facendosi rilasciare certificato medico da allegare a modulo pasti.

## **6.5 SERVIZI ATTIVABILI**

Questa Linea prevede che l'Assistente Sociale di Ambito per le Dimissioni Protette supporti, strutturando un piano assistenziale individualizzato, il nucleo familiare del paziente fragile in attività di assistenza (igiene e cura della persona, preparazione e consegna pasti, cura e igiene delle zone di vita della persona, lavanderia a domicilio, monitoraggio) della durata di massimo 30 giorni e rapportandosi con il servizio sociale del comune di residenza per una presa in carico successiva. In alternativa è possibile attivare l'Assistenza tutelare integrativa, per un massimo di 7 giorni dalle dimissioni che prevede l'attivazione di personale ASA/OSS per almeno 6 ore giornaliere fino ad un massimo di 50 ore per paziente.

## **7. ALTRI AMBITI SOCIALI**



In caso di necessità di attivazione PNRR – M5C2 – Sub Investimento **1.1.3 “Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione”** - NEXT GENERATION EU affidato con Determinazione n. 176/2023 del 07.09.2023 presso altri ambiti si chiedono informazioni a:

- ALTO MANTOVANO contattare il PUA di Asola mail: [pua.asola@asst-mantova.it](mailto:pua.asola@asst-mantova.it) che attiva AS Ambito
- VIADANA/ OGLIO PO al personale sanitario ospedaliero entro le 48 ore da inizio ricovero segnala alla COT compilando l'apposita modulistica inviandola in base a bisogno sociale e sanitario in particolare:

### *IN CASO DI BISOGNO SOCIALE:*

1. segnalare al PUA di Viadana mail: [pua.viadana@asst-mantova.it](mailto:pua.viadana@asst-mantova.it) che segnala ad SSB competente
2. visita possibilmente in ospedale o immediatamente dopo il rientro al domicilio.

### *IN CASO DI BISOGNO SANITARIO: EQUIPE MULTIPROFESSIONALE:*

 <p>Carlo Poma</p>  <p>Regione Lombardia ASST Mantova</p>	<p><b>PROCEDURA</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b></p>	<p>PGCOT Rev. 3 Data 30/01/2026 Pagina 11 di 13</p>
---	--	---

1. segnalare al PUA di Viadana mail: [pua.viadana@asst-mantova.it](mailto:pua.viadana@asst-mantova.it) che segnala per residenti di Viadana e mail [pua.bozzolo@asst-mantova.it](mailto:pua.bozzolo@asst-mantova.it) per residenti di Bozzolo ad SSB competente
2. visita in ospedale o immediatamente dopo il rientro al domicilio (possibilmente congiunta) tra SSB,, ASCOP, RAA , IFEC/ Infermiere valutatore.

## **8. SISTEMA DI GESTIONE DIGITALE DEL TERRITORIO-SGDT-**



La COT è dotata di una piattaforma software denominata “Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT)”, unica e centralizzata a livello regionale, sviluppata e resa disponibile in Cloud per assicurare i requisiti di accesso sicuro da parte di tutti gli operatori e progettata per:

- 1) creare un punto di riferimento e di facilitazione per i servizi e i professionisti sociosanitari che hanno in carico persone affette da patologie croniche;
- 2) garantire la collaborazione professionale ed ottimizzare i percorsi assistenziali erogati dalla rete di prossimità;
- 3) configurare le transizioni di setting secondo il modello del *Transitional Care*;
- 4) creare un sistema di raccolta dei dati di salute dei cittadini che si rivolgono alle strutture del distretto per l’analisi del bisogno socioassistenziale.

Il sistema SGDT è in grado di configurare l’assetto organizzativo, tra le COT dell’ASST, quindi a livello aziendale, nell’ambito del quale si svolge l’azione di coordinamento della COT e di gestire pratiche riferite a diverse tipologie di percorsi assistenziali.

Il sistema è in grado di gestire le informazioni anagrafiche del paziente e le codifiche delle strutture sociosanitarie territoriali attraverso l’integrazione con le principali banche dati regionali. Il sistema consente, inoltre, di gestire i contatti del paziente/famiglia/caregiver, i dati necessari allo svolgimento della valutazione dei bisogni dell’assistito mediante l’utilizzo di specifiche scale di valutazione, predisporre lo specifico progetto assistenziale, verificare la presenza di servizi attivi (attualmente già attivo per Cure Domiciliari ed IFeC), registrare, anche in tempo reale, le attività erogate dalle diverse figure professionali, assegnare/ricevere notifiche sulle attività da svolgere tra le diverse strutture organizzative configurate sul sistema e tra i diversi operatori abilitati all’accesso al sistema. Il sistema SGDT è, inoltre, integrato al Fascicolo Sanitario Elettronico per facilitare l’accesso alla documentazione sanitaria disponibile da parte degli operatori autorizzati.

TIMING	RESPONSABILITA'	ATTIVITA'	REGISTRAZIONI
T <sub>0</sub> Individuazione paziente	Medico di reparto  Medico Pronto Soccorso	Paziente in dimissione verso il domicilio che necessita di attivazione di servizi sanitari e/o socio assistenziali	Segnalazione sul portale Galileo al Nucleo Valutazioni Dimissioni Protette che segnal su SGDT (per COT Mantova)  Segnalazione su portale sanitario (PS) e attivazione telefonica della COT (per COT Mantova)  e-mail per COT di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantova</li> <li>• Asola</li> <li>• Goito</li> <li>• Suzzara</li> <li>• Quistello</li> <li>• Viadana</li> </ul>
T <sub>1</sub> Valutazione paziente	Servizio dimissioni protette e/o infermiere/IFeC COT	Valutazione del paziente da parte del personale COT del paziente che deve essere dimesso a domicilio dai reparti o da PS (solo PS del PO di Mantova) IFeC o infermiere COT si reca se necessario in reparto, recepisce informazioni cliniche/assistenziali Recepimento informazioni riguardanti caregiver, familiari, altri servizi territoriali/ambulatoriali/ospedalieri coinvolti	Richiesta dimissione su SGDT Consulenza su Galileo per IFeC in PS (per COT Mantova)
T <sub>2</sub> Dimissione paziente	COT	Attivazione dei servizi per la dimissione	Attivazione servizi secondo relative e specifiche procedure
T <sub>3</sub>	COT	Inserimento del paziente nel portale territoriale	Inserimento in SGDT

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	<b>PROCEDURA GENERALE</b> <b>Centrale Operativa Territoriale</b> <b>ASST Mantova</b>	PGCOT Rev. 2 Data 15/12/2025 Pagina 13 di 13
---	--	---

## 9. RIFERIMENTI

- DGR N. XII/4560 DEL 16/06/2025 “Determinazioni in ordine all’adozione di un modello organizzativo di interconnessione delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell’ambito del Sistema Sanitario Regionale”
- DGR N° XII/3720 del 30/12/2024 recante “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l’anno 2025”.Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-7 “Centrali operative pienamente funzionanti”, subinvestimento 1.2.2 – Centrali Operative Territoriali
- DGR N° XII/2588 del 21/06/2024 recante “Ulteriori determinazioni in merito alle Centrali Operative Territoriali e in merito alla garanzia di assistenza medica H24 nelle Case di Comunità in raccordo con il sistema della Continuità Assistenziale”;
- DGR N° XII/2089 del 25/03/2024 recante “Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del polo territoriale delle ASST (PPT) ai sensi dell’art. 7 c. 17 della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 “testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”, così come modificata dalla legge regionale di riforma del 14 dicembre 2021, n. 22, in attuazione della DGR XII/1827/2024”;
- DGR XI/6760/2022 “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale”
- DGR XI/7592/2022 “Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” - Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (primo provvedimento)”;
- il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” che definisce 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 Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR;
- Council Implementing Decision – CID
- "Orientamenti Agenas\* “Le Centrali Operative Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali” - Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor; "
- Orientamenti Agenas\* “La Centrale Operativa Territoriale: dalla realizzazione all’attivazione” - Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor)
- Articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021
- Regolamento (UE) n. 241/2021 e dal decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, come modificato dalla legge 29 luglio 2021, n. 108
- Art. 34 del Regolamento (UE) n. 241/2021
- PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall’OdC al domicilio
- IO01PC01PSMN Gestione del paziente cronico e fragile dimesso dal Pronto Soccorso del P.O. di Mantova
- RdUOCENTROSERVIZI
- Legge Regione Lombardia nr. 23/2015
- Legge Regione Lombardia nr. 22/2021
- RdUODISTRETTO

## Indice

<b>PREMESSA</b> .....	<b>3</b>
<b>1. SCOPO</b> .....	<b>3</b>
<b>2. CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....	<b>3</b>
<b>3. FLOW CHART</b> .....	<b>3</b>
<b>4. SIGLARIO</b> .....	<b>3</b>
<b>5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ</b> .....	<b>3</b>
5.1. TRASPORTO PRIMARIO .....	3
5.2 TRASPORTO SECONDARIO .....	3
5.2.1 Modalità di attivazione mezzi.....	4
5.3 ORGANIZZAZIONE DEI TRASPORTI SECONDARI.....	4
5.3.1 Indicazioni operative per la collaborazione Presidi Ospedalieri e –servizio di Emergenza Territoriale 118 per i soli trasporti urgenti con prognosi tempo-dipendente. ....	4
5.4 TRASPORTO SECONDARIO PROGRAMMATO .....	7
5.5 TRASPORTO SECONDARIO URGENTE: CLASSIFICAZIONE DI EHERENWERTH.....	7
5.6 ELENCO DELLE “AREE DEFINITE CRITICHE” .....	8
5.7 GESTIONE DEI TRASPORTI SECONDARI URGENTI .....	9
5.7.1 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di MANTOVA da PRONTO SOCCORSO .....	9
5.7.2 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di MANTOVA dai REPARTI DI DEGENZA .....	10
5.7.3 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di BORGIO MANTOVANO da PRONTO SOCCORSO .....	11
5.7.4 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di BORGIO MANTOVANO da REPARTO DI DEGENZA.....	12
5.7.4 bis Trasporti secondari per pazienti CARDIOLOGICI dal PO di BORGIO MANTOVANO .....	12
5.7.5 Attivazione del Trasporto Secondario dal PRONTO SOCCORSO del PO di ASOLA .....	13
5.7.6 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di ASOLA da REPARTO DI DEGENZA .....	14
5.7.7 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di BOZZOLO da REPARTO DI DEGENZA.....	15
5.7.8 Attivazione trasporto secondario dalle REMS di Castiglione delle Stiviere .....	16
5.7.9 Attivazione trasporto secondario di Viadana .....	19
5.10 DOCUMENTAZIONE SANITARIA PER IL TRASPORTO .....	20
5.11 MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TRASPORTO SANITARIO. ....	20
5.12 INDICAZIONI IN CASO DI GUASTO AUTOMEZZO AZIENDALE .....	20
5.13 INDICAZIONI PER CORRETTO UTILIZZO DEI DISPOSITIVI ACUSTICI E LUMINOSI .....	20
<b>6. RIFERIMENTI E ALLEGATI</b> .....	<b>21</b>

## STATO DELLE REVISIONI

Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
2	14/08/2014	Cap. 3 Descrizione delle attività; Cap. 4 Responsabilità e modalità di attivazione	Coord. GdM trasporti M. Luppi  Direzione Sanitaria Daniela Rastelli	RQA / RM ASST MN Enrico Burato  RAAT 118 Mantova G.P. Castelli	RAAT 118 ASST MN G.P. Castelli DMP Mantova P.V. Storti DMP Asola e Bozzolo F. Pajola DMP Pieve di Coriano R. Schiavello DMP OPG Andrea Pinotti
3	20/04/2016	Revisione Ditta mezzi di trasporto, ragione sociale aziendale, REMS	Direzione Sanitaria Daniela Rastelli Gian Paolo Castelli	RQA Enrico Burato	DS Pier Vincenzo Storti
4	26/09/2017	Revisione, ricodifica, definito monitoraggio ed indicatori	Gruppo di Miglioramento	RQA Enrico Burato	DS Maurizio Galavotti
5	20/01/2018	Modifiche concordate con AREU	Coordinatore GdM Giulio Bongiovanni	RQA Enrico Burato	DS Maurizio Galavotti
6	12/11/2018	-integrazione REMS -modificato N. Fax COTA	Dr.ssa Maria Saveria Renzulli	RQA Enrico Burato	DS Maurizio Galavotti
7	29/06/2020	Classe terza, non tempo dipendente Introduzione algoritmo decisionale MOD02PG01MQ07	Coordinatore GdM Massimo Amato	RQA Enrico Burato	DS Riccardo Bertoletti
8	29/07/2021	Classe terza tempo dipendente da PO Borgio MN Modifica attivazione mezzi	Coordinatore GdM Massimo Amato	RQA Enrico Burato	DG Dr Raffaello Stradoni
9	19/06/2024	Adeguamento a modifiche organizzative- riferimenti telefonici e composizione equipe di trasporto Integrato punto per attivazione del Trasporto Secondario PEDIATRICO da Pronto Soccorso PO di Asola	Coordinatore GdM Gianpaolo Castelli	RQA/RM Daniela Rastelli	DS Marianna Lorenzoni
10	22/07/2024	Punto 5.7.5 bis composizione equipe di trasporto pediatrico di classe I e II da PS Asola	Massimo Amato (Direttore SC PS e MdU); Barbara Benazzi (Dirigente DAPSS);	RQA/RM Daniela Rastelli	DS Marianna Lorenzoni

11	03/02/2025	Modificata composizione equipie di trasporto nelle tabelle ai <b>punti 5.7.5 e 5.7.6</b> relative ai trasporti Secondari PO di Asola  Tolta tabella <b>Punto 5.7.5 bis</b> "Attivazione del Trasporto Secondario Pediatrico da Pronto Soccorso PO Asola" in quanto inserita nella PG03MQ07 "Trasporti sanitari secondari Pediatrici"	Massimo Amato (Direttore SC PS e MdU); Barbara Benazzi (Dirigente DAPSS);	RM Crescini Patrizia	DS Marianna Lorenzoni
12	08.05.2025	Modificato codice del modulo MOD01PG03MQ07" richiesta trasporto secondario programmato per paz adulto (MOD03PG01MQ07), <b>integrato cap. 5.4</b> secondo DGR XI/6082 – DGR 5165/2016	Dr.ssa Roberta Ladisa (Responsabile SSD Gestione Trasporti Aziendali)	RCQ Biasin Claudia	DD E/U Dr Massimo Amato

*Documento firmato elettronicamente. La copia originale del documento in stato di validità è pubblicata sul sistema informatico Taleteweb e consultabile elettronicamente da tutto il personale autorizzato.*

**Rev 2 Redatto dal Gruppo di Miglioramento dei trasporti sanitari secondari:** Dr. Mario Luppi, Dr. Pierpaolo Parogni, RAD Morena Bolognini, Dr.ssa Daniela Rastelli, Dott.ssa Roberta Ladisa, Dr. Gian Paolo Castelli, Coord. I Simonetta Chiarucci, Dr.ssa Gaia Cimolino, Dott. Messora Carlo, Dott. Pierangelo Marzi, Dott. Alberto Bosi, Dott. Vincenzo Sgarioto, Dott.ssa Paola Antonicelli.

**Rev 3 Redatto:** Dr.ssa Daniela Rastelli, Dr Gianpaolo Castelli

**Rev 4 Redatto:** Consuelo Basili, Fabio Pajola, Renato Schiavello, Piero Superbi, Giulio Bongiovanni, Daniela Rastelli (Direzione Sanitaria); Mario Luppi, Pierpaolo Parogni, Carlo Messora, Massimo Amato, Gianpaolo Castelli, Alberto Bosi, Vito Codeluppi, Emanuele Piva (Responsabile Centrale Operativa Trasporti Aziendali) Ugo Rizzi (Responsabile AAT 118 Cremona Mantova)

**Rev 7: GdM:** Massimo Amato; Pierpaolo Parogni; Stefano De Togni; Consuelo Basili; Fabio Pajola; Adriano Verzola; Paola Castagnoli;

**Rev 8: GdM: dr** Massimo Amato; dr Fabio Pajola, dr Piero Superbi; dr Marco Ghirardini; dr Gian Paolo Castelli; dr L. Bianciardi; dr Raffaele Ghiradi; dr Giuliano Crocco; dr.ssa Paola Carmela Borzi; dr Mauro Pagani, Lucia Fontana, Marina Vezzoli, Elisa Caramori, Claudia Biasin

**Rev. 9: GdM:** Gianpaolo Castelli (Direttore Dipartimento Emergenza Urgenza – Direttore SC Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione Mantova); Gianluca De Giuli (Coordinatore SC Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione Mantova); Massimo Amato (Direttore SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Mantova); Paola Carmela Borzi (Responsabile Struttura Semplice Pronto Soccorso Mantova); Lucia Fontana (Coordinatrice SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Mantova); Elisa Caramori (Coordinatrice Pronto Soccorso Borgo Mantovano); Marina Vezzoli (Coordinatrice Pronto Soccorso Asola); Giovanna Gotti (Coordinatrice Terapia Intensiva Anestesia e Rianimazione Borgo Mantovano); Pierpaolo Parogni (Dirigente Responsabile AAT 118 Mantova); Antonio Di Dio (Coordinatore AAT 118 Mantova) Alessandro Rossigalli (DAPSS- Responsabile Area Dipartimentale Dipartimento Emergenza-Urgenza); Stefano Bernardelli (Direttore DAPSS); Catia Boem (DAPSS - Polo Ospedaliero - Gestione trasporto pazienti- Coordinatrice COTA e SSTI); Isabella Bottazzi (infermiera COTA); Stefano De Togni (Dirigente DAPSS); Barbara Benazzi (Dirigente DAPSS); Daniela Rastelli (Risk Manager) Patrizia Crescini (Funzione organizzativa per la Gestione del rischio clinico); Laura Nosè (Funzione Organizzativa per il coordinamento del sistema gestione della qualità); Fabio Pajola (DMP Asola)

**Rev. 10:** Massimo Amato (Direttore SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Mantova); Barbara Benazzi (Dirigente DAPSS); Stefano De Togni (Dirigente DAPSS); Marianna Lorenzoni (DSA); Alessandro Rossigalli (DAPSS- Responsabile Area Dipartimentale Dipartimento Emergenza-Urgenza; Serena varalta (Responsabile Area Dipartimentale Dipartimento Materno-Infantile)

**Rev. 11:** Amato Massimo (Direttore SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Mantova); Crocco Giuliano (Dirigente Responsabile Pronto Soccorso Asola); Giacomo Claudio (Direttore Pediatria Asola); Barbara Benazzi (Dirigente DAPSS); Daniela Bozzoli (Coordinatrice Pronto Soccorso Asola e Pediatria Asola); Bernardelli Stefano (Direttore DAPSS); De Togni Stefano (Dirigente DAPSS); Fasolato Valeria (Direttore di Dipartimento Materno-Infantile); Rossigalli Alessandro (DAPSS- Responsabile Area Dipartimentale Dipartimento Emergenza-Urgenza; Varalta Serena (Responsabile Area Dipartimentale Dipartimento Materno-Infantile); Arianna Boschetti (Responsabile S.S. Governo Clinico - Direzione Medica P.O. Mantova)

**Rev. 12:** Amato Massimo (Direttore SC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza Mantova); Roberta Ladisa ((Responsabile SSD Gestione Trasporti Aziendali)

## Premessa

Come da raccomandazione Ministeriale n. 11 “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)” la morte o il grave danno subiti dal paziente a seguito di malfunzionamento del sistema di trasporto sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero rappresenta un evento sentinella spesso indicativo di carenze organizzative. Il sistema di trasporto dei pazienti, sia all’interno delle strutture ospedaliere che in maggior misura in ambito extraospedaliero, rappresenta un elemento di fondamentale importanza nel processo assistenziale, in ragione della tempestività degli interventi e dell’effettuazione in sicurezza degli stessi. La conoscenza e la valutazione dei fattori di rischio collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario consentono di attuare una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasportati.

### 1. Scopo

Definire i criteri e le modalità per la gestione dei Trasporti secondari dei pazienti

### 2. Campo di applicazione

Pazienti adulti ASST Mantova

### 3. Flow chart

Non applicato

### 4. Siglario

<b>AAT</b>	Articolazione Aziendale Territoriale (AREU)
<b>AREU</b>	Azienda Regionale Emergenza Urgenza
<b>B.O.</b>	Blocco Operatorio
<b>COTA</b>	Centrale Operativa Trasporti Aziendali
<b>DAPSS</b>	Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie
<b>DEA</b>	Dipartimento Emergenza e Accettazione
<b>MSA1</b>	Mezzo di Soccorso Avanzato con Infermiere
<b>MSA2</b>	Mezzo di Soccorso Avanzato con Infermiere e Medico
<b>MSB</b>	Mezzo Soccorso di Base
<b>SOREU</b>	Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza
<b>SSTI</b>	Servizio Sanitario Trasporti Interni

### 5. Descrizione delle attività

I trasporti effettuati da questa Azienda possono essere suddivisi in due categorie principali:

- TRASPORTO PRIMARIO;
- TRASPORTO SECONDARIO.

#### 5.1. TRASPORTO PRIMARIO

Si tratta di un trasporto d’urgenza ed emergenza proveniente dal territorio verso strutture ospedaliere, tale tipologia di trasporto è di esclusiva competenza di AREU. Per definizione è volto al trasporto di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia acuta e dell’infortunio alla struttura sanitaria.

Il servizio è svolto secondo le indicazioni fornite da AREU.

#### 5.2 TRASPORTO SECONDARIO

Per trasporto sanitario secondario si intende il trasporto di pazienti in continuità di assistenza da un ospedale ad un altro ospedale per necessità diagnostico-terapeutiche non disponibili nella struttura che propone il trasferimento.

Il trasporto sanitario secondario, in funzione delle condizioni cliniche del paziente e della finalità del trasporto può essere distinto in:

• **Trasporto sanitario secondario programmato:**

(Tel: 0376 201023 interno 2023 – mail: [centraleoperativa@asst-mantova.it](mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it))

Trasporto dei pazienti ricoverati, autonomi o che necessitano di assistenza, verso altre strutture sanitarie al fine di:

- completare accertamenti diagnostici, trattamenti terapeutici e/o consulenze in elezione e/o differibili;
- proseguire le cure verso il Centro più appropriato (back transport dall’ospedale Hub e Spoke);
- trasferire il paziente non autonomo o privo di assistenza dei familiari in struttura residenziale.

In generale, le condizioni cliniche del paziente consentono la programmazione del trasporto con almeno 6 ore di anticipo rispetto alla data prefissata del trasporto.

• **Trasporto Sanitario secondario urgente differibile:**

(Tel: 0376 201023 interno 2023 – mail: [centraleoperativa@asst-mantova.it](mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it))

Trasferimento del paziente ricoverato presso una Unità di degenza della Struttura o in osservazione presso il Pronto Soccorso, che presenta un’esigenza di approfondimenti diagnostico-terapeutici e/o un aggravamento delle condizioni cliniche, ma non tali da richiedere con immediatezza un trasporto verso altra Struttura della rete più adeguata alla corretta gestione dello stato

di salute.

**• Trasporto sanitario secondario urgente prognosi tempo-dipendente:**  
(Tel: 0376 201023 interno 2023 – mail: [centraleoperativa@asst-mantova.it](mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it))

Trasporto del paziente critico e/o clinicamente instabile, che si trova in osservazione presso il PS (Trasporto Secondario precoce o Trasporto Primario Differito) oppure ricoverato presso una degenza.

Le condizioni cliniche del paziente sono tali da richiedere in brevissimo tempo (indicativamente entro i 30 min) il trasferimento per l'esecuzione di accertamenti diagnostici, assistenza e cure presso altra Struttura sanitaria appartenente ad una rete di patologia specifica. A titolo di esempio, si possono indicare le seguenti patologie come tempo-dipendenti: IMA (STEMI) atteso in emodinamica per angioplastica; Stroke ischemico atteso in Stroke Unit per fibrinolisi; Aneurisma addominale o toracico in rottura atteso in Sala operatoria; Emorragia intracranica che necessita di terapia chirurgica immediata; Trauma maggiore da trasferire ad un centro hub. Queste patologie tempo-dipendenti, pur essendo anche evolutive, vanno valutate in concerto tra medico di PS e medico rianimatore sulla modalità più sicura e competitiva di trasporto.

**5.2.1 Modalità di attivazione mezzi**

La richiesta di trasporto di classe I e II, come di trasporto programmato, avviene tramite contatto telefonico con COTA al n° 0376 201023 int.2023 e invio di MOD03PG01MQ07 (Richiesta trasporto secondario programmato – paz adulto) all'indirizzo e-mail [centraleoperativa@asst-mantova.it](mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it).

La richiesta di trasporto secondario differibile e tempo-dipendente, evolutivo e classi successive, avviene tramite modulo **MOD02PG03MQ07** (richiesta trasporto secondario urgente classe di rischio III – IIIe - IV – V) e MOD02PG01MQ07.1 da inviare via e-mail all'indirizzo [centraleoperativa@asst-mantova.it](mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it).

**5.2.2 Tipi di mezzi/ambulanze utilizzabili**

Nome ambulanza	Dotazione
<b>Mezzo Convenzionato classe A</b>	- monitor multiparametrico - DAE (defibrillatore automatico) - aspiratore - Pedi-Mate (trasporto paziente pediatrico)
<b>Mezzo Aziendale classe A1</b>	- monitor multiparametrico (Lifepack 15) - ventilatore automatico - aspiratore - Zaino farmaci - Zaino pediatrico - Pedi-Mate / Neo-Mate (trasporto Pz pediatrico)

**5.3 ORGANIZZAZIONE DEI TRASPORTI SECONDARI**

La responsabilità dell'organizzazione e della gestione di un eventuale trasferimento di un paziente dall'interno di una Struttura Sanitaria è in capo alla Struttura stessa sia, per quanto attiene alla disponibilità del Mezzo di Trasporto corredato di tutte le attrezzature necessarie, sia per la composizione dell'equipe.

In caso di Trasporti Secondari Urgenti ed in alcune situazioni specifiche, è appropriato che il Servizio di Emergenza Territoriale 118, con le sue Sale Operative Regionali di Emergenza-Urgenza (SOREU) con le équipes ed i mezzi di soccorso messi a disposizione dalle Articolazioni Aziendali Territoriali (AAT) di AREU, collabori, su richiesta, all'effettuazione dei trasporti sanitari urgenti, compatibilmente con le situazioni contingenti in essere.

Si ritiene appropriata un'eventuale richiesta di supporto del Servizio di Emergenza Territoriale 118 solo per i Trasporti Sanitari Secondari con prognosi tempo-dipendente data la necessità di assicurare cure tempestive.

I trasporti sanitari secondari urgenti differibili, ove previsto, sono in carico alla ASST Mantova.

**5.3.1 Indicazioni operative per la collaborazione Presidi Ospedalieri e –servizio di Emergenza Territoriale 118 per i soli trasporti urgenti con prognosi tempo-dipendente.**

Nei Trasporti Secondari Urgenti prognosi tempo-dipendente, pertanto la collaborazione tra Ospedale e servizio di Emergenza Territoriale 118 si può realizzare in modo differenziato, in funzione delle diverse tipologie di Strutture che richiedono la collaborazione, della presenza nel Presidio di una Terapia Intensiva e della distanza del Presidio dalla Struttura sede di DEA della propria Azienda:

**1. MANTOVA E BORGO MANTOVANO:** I Presidi Ospedalieri dotati di DEA, con Terapia Intensiva Generale, disponendo di servizi di guardia attiva e di pronta disponibilità anestesiológica, possiedono sufficienti risorse sanitarie per assicurare una tempestiva gestione dei pazienti durante il trasporto. A tali Strutture AREU, se richiesto, può mettere a disposizione, compatibilmente con le proprie attività di soccorso territoriale e nel più breve tempo possibile, un Mezzo di Trasporto di Base (MSB) con due soccorritori certificati come da convenzione ASST Mantova e AREU (siglata in data 29/06/2023).

I Mezzi Sanitari di Base (MSB) sono attrezzati al soccorso territoriale e al trasporto primario e non comprendono nelle proprie dotazioni monitor-defibrillatori, sistemi di monitoraggio multiparametrico, ventilatore automatico, pompe d'infusione, farmaci o soluzioni infusionali. La Struttura richiedente, pertanto, dovrà provvedere al completamento delle

dotazioni sanitarie necessarie e dell'equipaggio sanitario.

Solo in caso di comprovata indisponibilità dell'equipe di accompagnamento ospedaliera, per contestuale impegno in altro trasporto, il Servizio di Emergenza Territoriale 118, può mettere a disposizione, se richiesto e compatibilmente con le attività sul territorio, una propria equipe sanitaria.

2. **ASOLA:** Il Presidio Ospedaliero di Asola, che è sede di P.S. senza Terapia Intensiva, che è afferente ad un'Azienda Ospedaliera che gestisce anche una struttura sede di DEA con Terapia Intensiva distante più di 20 Km dal Presidio stesso, potrebbe avere maggiori difficoltà nell'assicurare assistenza sanitaria in tempi adeguati sia per l'attesa del trasporto del paziente alla struttura sede di DEA o altro reparto/servizio anche di altra Azienda, sia per l'impossibilità di garantire in tempi brevi un'adeguata equipe sanitaria da mettere a disposizione per il trasporto.

Dato che presso il Presidio Ospedaliero vi è una sede di postazione di un Mezzo di Soccorso Avanzato del 118 (MSA), tale mezzo può essere considerato come prima risorsa da attivare per i Trasporti Secondari Tempo dipendenti, se non già impegnata nell'attività di soccorso territoriale. L'Azienda è tenuta, comunque, a garantire la disponibilità di un mezzo e l'attivazione di un'equipe sanitaria per il trasporto nei casi in cui l'MSA del 118 sia impegnato in altri soccorsi e non possa essere competitivo per l'effettuazione del Trasporto Secondario Urgente Tempo Dipendente.

3. **BOZZOLO.** Il Presidio Riabilitativo Multifunzionale di Bozzolo, può avvalersi del supporto dell'equipe sanitaria di trasporto proveniente dall'Ospedale sede DEA con Terapia Intensiva. AREU, può fornire, se richiesto e compatibilmente con le attività di soccorso territoriale, un mezzo di trasporto MSB.

Dato che presso il Presidio di Bozzolo vi è una sede di postazione di un Mezzo di Soccorso Avanzato del 118 (MSI), tale mezzo può essere considerato come prima risorsa da attivare per i Trasporti Secondari Tempo-dipendenti, se non già impegnata nell'attività di soccorso territoriale.

L'Azienda è tenuta, comunque, a garantire la disponibilità di un mezzo e l'attivazione di un'equipe sanitaria per il trasporto nei casi in cui l'MSA del 118 sia impegnato in altri soccorsi e non possa essere competitivo per l'effettuazione del Trasporto Secondario Urgente Tempo-Dipendente.

4. **VIADANA:** il Servizio di Emergenza Territoriale 118 invierà il mezzo ritenuto più appropriato per la gestione dell'emergenza-urgenza che si verifica (analogamente al paziente presso il proprio domicilio) presso il Presidio di Viadana.

La collaborazione tra ASST Mantova e Servizio di Emergenza Territoriale 118 per l'attività dei Trasporti Secondari Urgenti prognosi tempo-dipendenti, così come sopra definiti, nel rispetto dei criteri e dei limiti definiti nel presente documento, è da ritenersi, a tutti gli effetti, attività istituzionale di pari importanza e rilievo per i cittadini assistiti rispetto all'attività di soccorso territoriale.

La responsabilità della gestione dei pazienti urgenti da trasportare resta in capo alla Struttura Sanitaria che ha richiesto il trasferimento del paziente fino a che lo stesso non viene preso in carico da un'equipe sanitaria del Servizio di Emergenza Territoriale 118 o dall'equipe sanitaria dell'Ospedale ricevente.

Il livello di assistenza sanitaria da garantire al paziente durante il trasporto secondario precoce deve essere almeno pari a quella assicurata al paziente da parte della Struttura inviante, ossia, il paziente non può essere affidato a personale medico non specialista qualora, all'atto della richiesta di trasporto secondario, la Struttura inviante stia assicurando al paziente un'assistenza medica specialistica e tale assistenza (stante le perduranti necessità cliniche del paziente e a garanzia della continuità di cura) sia necessaria anche durante il trasferimento del paziente stesso.

Le collaborazioni possibili tra Servizio di Emergenza Territoriale 118 e le Strutture Sanitarie Lombarde, in funzione della loro tipologia, della gravità del quadro clinico del paziente e dalla distanza del Presidio dal DEA di riferimento, possono essere sintetizzate nella seguente tabella:

Criteri di collaborazione Ospedale - Servizio di Emergenza Territoriale 118 nell'organizzazione dei Trasporti Sanitari Secondari				
	<b>H con o senza DEA/EAS/PS/PPI con Terapia Intensiva</b>	<b>1.H con o senza PS/PPI <u>senza Terapia Intensiva</u></b>  <b>2. Presidio Riabilitativo <u>distanti meno di 20 KM</u></b>  da Struttura aziendale sede di DEA/EAS o PS con T.I.	<b>1. H con o senza PS/PPI <u>senza Terapia Intensiva</u></b>  <b>2. Presidio Riabilitativo <u>distanti più di 20 KM</u></b>  da Struttura aziendale sede di DEA/EAS o PS con T.I.	<b>RSA/ POT</b>

	Differibile (TSSUd)	Equipe sanitaria e mezzo H	Equipe sanitaria e mezzo H	Equipe sanitaria e mezzo H	Mezzo ed equipe soccorso Servizio 118
<i>Trasporto sanitario secondario URGENTE da Reparto</i>	Tempo dipendente (TSSUd)	1^ opzione: equipe e mezzo dell' H MSB 118, se conv. con AREU  2^ opzione solo se equipe H è già impegnata in altro trasporto, equipe e mezzo Servizio 118	1^ opzione: equipe e mezzo dell' H MSB 118, se conv. con AREU  2^ opzione: solo se equipe H è già impegnata in altro trasporto, equipe e mezzo Servizio 118	1^ opzione: MSA, se in sede competitiva e se non già impegnato (con MSB, se MSA è su VLV)  2^ opzione: Equipe sanitaria e mezzo H	Mezzo ed equipe sanitaria Servizio 118
<i>Trasporto sanitario secondario URGENTE da Pronto Soccorso</i>	Differibile (TSSUd)	Equipe sanitaria e mezzo H	Equipe sanitaria e mezzo H	Equipe sanitaria e mezzo H	/
	Tempo dipendente (TSSUd)	1^ opzione: equipe e mezzo dell' H MSB 118 se conv. con AREU  2^ opzione solo se equipe H è già impegnata in altro trasporto, equipe e mezzo Servizio 118	1^ opzione: equipe e mezzo dell' H MSB 118, se conv. con AREU  2^ opzione: solo se equipe H è già impegnata in altro trasporto, equipe e mezzo Servizio 118	1^ opzione: MSA, se in sede competitiva e se non già impegnato (con MSB se MSA è su VLV)  2^ opzione: Equipe sanitaria e mezzo H	/

Fonte: DELIBERAZIONE N° X / 2933 Seduta del 19/12/2014

#### **5.4 TRASPORTO SECONDARIO PROGRAMMATO**

Il trasporto secondario programmato prevede un accordo telefonico tra U.O. e la COTA, che deve avvenire almeno 6 ore in anticipo rispetto alla data prevista e convalidato dall'invio di MOD03PG01MQ07.

È consentita la presenza dell'accompagnatore in caso di:

- donna in gravidanza anche nella fase di travaglio/parto e post partum;
- accompagnatore/caregiver di utente/paziente in una di queste condizioni: fine vita, grande anziano (ultraottantenne) allettato, presenza di barriere linguistiche, pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104."

**L'equipe di trasporto è costituita dal personale della COTA (2 soccorritori) ed eventualmente dal medico e/o infermiere del UO, a seconda delle condizioni cliniche e assistenziali che il paziente richiede.**

#### **5.5 TRASPORTO SECONDARIO URGENTE: CLASSIFICAZIONE DI EHERENWERTH**

In relazione alle condizioni del paziente e alla finalità del trasferimento, è necessario prioritariamente inquadrare il paziente all'interno delle Classi di rischio di Eherenwerth che individuano le necessità assistenziali durante il trasporto ed il personale responsabile del paziente durante il trasferimento. A scopo di indirizzare il clinico alla migliore classificazione si è introdotto l'algoritmo decisionale MOD02PG01MQ07.1 "Algoritmo ASST Mantova Classificazione trasporto pazienti", mutuato da *Risk Score for Transport Patients* per il paziente adulto, che è basato su parametri multipli, a cui viene assegnato un punteggio che determina uno score finale e orienta sulla più corretta classe di trasporto secondario.

È necessario, comunque, che la richiesta di trasporto sia sempre corredata da tale modulo compilato e controfirmato dal medico che ha in carico il paziente.

---

#### **CLASSE I e II: pazienti non critici**

Il paziente, pur se affetto da patologie concomitanti, non è previsto che possa ragionevolmente subire un deterioramento clinico. Per definizione in classe I si identificano pazienti deambulanti e in classe II non deambulanti. Questo tipo di paziente:

- Non richiede o richiede raramente il monitoraggio dei parametri vitali
- Non ha bisogno di una linea venosa
- Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva/Area Critica.

**Per questo tipo di trasferimento non è richiesta la presenza di un Medico durante il trasporto, ma eventualmente di un infermiere dell'UO richiedente.** In ogni caso la responsabilità del paziente fino all'arrivo nella struttura di destinazione resta in capo alla Struttura inviante.

---

#### **CLASSE III:**

Il paziente, a causa della compromissione di uno o più organi o apparati, deve dipendere da strumenti di supporto, monitoraggio delle funzioni vitali.

**È richiesta la presenza del Medico di U.O se paziente ricoverato, Medico di PS se paziente in Pronto Soccorso.** La responsabilità del paziente è del Medico che ha in carico il paziente.

---

#### **CLASSE IIIe (evolutiva)**

I pazienti appartenenti alla classe IIIe che hanno già effettuato un percorso diagnostico che abbia individuato, sulla base della letteratura esistente, una patologia che lo predisponga a deterioramenti che possono essere in taluni casi prevedibili o potenziali entro un breve lasso di tempo.

Le patologie per le quali esistono evidenze scientifiche di rapida evolutività, sono:

1. ematoma epidurale acuto
2. emorragia sub aracnoidea spontanea (specie nelle prime tre ore)
3. patologie vascolari a sede in fossa cranica posteriore
4. fistola carotido cavernosa post traumatica
5. stroke ischemici o emorragici spontanei non compresi nei casi precedenti
6. dissecazione dell'aorta toracica o addominale
7. infarto miocardico acuto
8. intossicazioni da CO in paziente non cosciente
9. stato di shock settico resistente alla terapia medica convenzionale

**In tali casi il trasporto secondario deve essere effettuato con la presenza del medico anestesista-rianimatore e di un infermiere.**

**Per le patologie 5, 6 e 7 la tempo-dipendenza e l'evolutività devono essere tema di accordo tra il medico di Pronto Soccorso e il rianimatore di guardia al fine di stabilire la modalità più sicura e competitiva di trasporto.**

---

#### **Classe IV:**

Il paziente a causa della propria patologia presenta insufficienze d'organo, che necessitano di terapie atte al mantenimento dei parametri vitali che devono essere controllate con costante attenzione, ma il cui stato clinico può improvvisamente variare spontaneamente necessitando di nuovi interventi.

**È richiesta la presenza del Medico anestesista-rianimatore e di un infermiere durante il trasporto.**

---

**CLASSE V:**

Il paziente:

- Non può essere completamente stabilizzato
- Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo
- Richiede terapia salvavita durante il trasporto

**È richiesta la presenza del Medico anestesista-rianimatore e di un infermiere durante il trasporto.**

**5.6 ELENCO DELLE “AREE DEFINITE CRITICHE”**

Le aree o Unità Operative definite Critiche sono le seguenti:

- Rianimazione e/o terapia intensiva
- Terapia intensiva respiratoria (UTIR)
- Terapia intensiva neonatale (TIN) (vedasi procedura PG02MQ07 – trasporto neonatale)
- Emodinamica – Unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC)
- Neurochirurgia (NCH)
- Stroke Unit
- Emodialisi
- Sale operatorie
- Centro ustionati
- Radiologia (solo in caso di emergenza)

## 5.7 GESTIONE DEI TRASPORTI SECONDARI URGENTI

Le seguenti tabelle riassumono le modalità di trasporto secondario urgente e programmato dai diversi P.O. dell'ASST di Mantova.

### 5.7.1 Attivazione del Trasporto Secondario dal **PO di MANTOVA** da **PRONTO SOCCORSO**

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe che effettua il trasporto	Mezzo utilizzato	Attività
<b>Classe I e II</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Autista e soccorritore Ditta convenzionata	Mezzo Convenzionato COTA	Il Medico richiedente - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto; - compila il MOD03PG01MQ07 "richiesta trasporto secondario programmato (paz adulto)" e lo invia tramite mail a: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l'autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b>
<b>Classe III Non tempo Dipendente (con tempo di attivazione &lt; 6 ore)</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	-Medico di P.S con o senza infermiere di PS a giudizio clinico - Autista SSTI dedicato trasporti secondari	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth; MOD02PG01MQ07.1: - contatta <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto - compila il modulo di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) e lo allega al verbale di Pronto Soccorso e lo invia tramite mail a: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantovas.it">centraleoperativa@asst-mantovas.it</a>
<b>Classe III - Tempo dipendente</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	-Medico di P.S -Infermiere P.S. -Autista SSTI dedicato trasporti secondari	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth; MOD02PG01MQ07: - contatta <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto - compila il modulo di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale), lo allega al verbale di Pronto Soccorso e lo invia tramite mail a: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantovas.it">centraleoperativa@asst-mantovas.it</a>
<b>Classe III e* - IV e V</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	-Medico anestesista -Infermiere P.S. -Autista SSTI dedicato trasporti secondari	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth; MOD02PG01MQ07: - contatta <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto - compila il modulo di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale), lo allega al verbale di Pronto Soccorso e lo invia tramite mail a: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantovas.it">centraleoperativa@asst-mantovas.it</a>

\*Nel paziente evolutivo, classe IIIe la tempo-dipendenza e l'evolutivezza devono essere tema di accordo tra il medico di Pronto Soccorso e il rianimatore di guardia al fine di stabilire la modalità più sicura e competitiva di trasporto.

**5.7.2 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di MANTOVA dai REPARTI DI DEGENZA**

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe che effettua il trasporto	Mezzo utilizzato	Attività
<b>Trasporto programmato</b>  (con tempo di attivazione > 6 ore)	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autista e soccorritore Ditta convenzionata</li> <li>- In casi selezionati: Medico U.O. con o senza Infermiere di U.O. a giudizio clinico</li> </ul>	<p>Mezzo Convenzionato COTA</p> <hr/> <p>Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)</p>	<p>Il Medico richiedente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto;</li> <li>- compila il MOD03PG01MQ07 “richiesta trasporto secondario programmato” e lo invia tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul> <p>In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l’autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b></p>
<b>Classe III - Tempo dipendente</b>	Tutti i giorni 07-20 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico U.O.</li> <li>- Infermiere Rianimazione</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	<p>Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>
	Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico U.O.</li> <li>- Infermiere reperibile PS Mantova</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	<p>Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>
<b>Classe IIIe* - IV e V</b>	Tutti i giorni 07-20 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico anestesista</li> <li>- Infermiere Rianimazione</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	<p>Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>
	Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico anestesista</li> <li>- Infermiere reperibile PS Mantova</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	<p>Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>

**5.7.3 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di BORGIO MANTOVANO da PRONTO SOCCORSO**

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe che effettua il trasporto	Mezzo utilizzato	Attività
<b>Classe I e II</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Autista e soccorritore Ditta convenzionata	Mezzo Convenzionato COTA	Il Medico richiedente - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto; - compila il MOD03PG01MQ07 “richiesta trasporto secondario programmato” e lo invia tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l’autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b>
<b>Classe III Non tempo Dipendente (con tempo di attivazione &lt; 6 ore)</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Ore 8.00-20.00: Medico di P.S. Ore 20.00-8.00: Medico specialista coinvolto nel caso clinico - Autista SSTI dedicato trasporti secondari - A giudizio clinico Infermiere dedicato ai trasporti secondari (Borgio MN)	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto - invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a>
<b>Classe III - Tempo dipendente</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<b>PRIMA OPZIONE</b> - ore 8.00-20.00: Medico di P.S se in PS (h8-20) Ore 20.00-8.00: Medico specialista coinvolto nel caso clinico - Infermiere dedicato ai trasporti secondari (Borgio MN) - Autista ditta convenzione dedicata trasporti tempo-dipendenti	Ambulanza convenzionata a Pieve_01 per trasporti tempo-dipendenti.	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto ; - compila il MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07 (algoritmo decisionale) allegandolo al verbale di PS; - invia tramite Fax o Scanner (Virtual Fax) MOD02PG03MQ07 e MOD02PG01MQ07.1 mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a>
		<b>SECONDA OPZIONE</b> Equipe AREU	Mezzo AREU	In caso di indisponibilità del mezzo dedicato ai trasporti tempo-dipendenti, si potrà contattare SOREU per la gestione del trasporto, compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari.
<b>Classe III e* - IV e V</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Medico anestesista - Infermiere dedicato ai trasporti secondari (Borgio MN ) - Autista ditta convenzione dedicata trasporti tempo-dipendenti	Ambulanza convenzionata a Pieve_01 per trasporti tempo-dipendenti	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto; - compila il MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) allegandolo al verbale di PS - invia MOD02PG03MQ07 e MOD02PG01MQ07.1 tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a>
		<b>SECONDA OPZIONE</b> Equipe AREU	Mezzo AREU	In caso di indisponibilità del mezzo dedicato ai trasporti tempo-dipendenti, si potrà contattare SOREU per la gestione del trasporto, compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari.

\*Nel paziente evolutivo, classe IIIe, la tempo-dipendenza e l’evoluitività devono essere tema di accordo tra il medico di Pronto Soccorso e il rianimatore di guardia al fine di stabilire la modalità più sicura e competitiva di trasporto.

**5.7.4 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di BORGOMANTOVANO da REPARTO DI DEGENZA**

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe che effettua il trasporto	Mezzo utilizzato	Attività
<b>Trasporto programmato (con tempo di attivazione &gt; 6 ore)</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Autista e soccorritore Ditta convenzionata  - In casi selezionati: Medico U.O. con o senza Infermiere di U.O. a giudizio clinico	Mezzo Convenzionato COTA  Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto; - compila il MOD03PG01MQ07 “richiesta trasporto secondario programmato” e lo invia tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l’autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b>
<b>Classe III - Tempo dipendente</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<b>PRIMA OPZIONE</b> - Medico di U.O. - Infermiere dedicato ai trasporti secondari (PS Borgo Mantovano) - Autista ditta convenzione dedicata trasporti tempo-dipendenti	Ambulanza convenzionata Pieve_01 per trasporti tempo-dipendenti.	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare trasporto; - compila il MOD2PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) allegandolo alla cartella clinica. - invia MOD2PG03MQ07 e MOD02PG01MQ07.1 via mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> .
		<b>SECONDA OPZIONE</b>  Equipe AREU	Mezzo AREU	In caso di indisponibilità del mezzo dedicato ai trasporti tempo-dipendenti, si potrà contattare SOREU per la gestione del trasporto, compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari.
<b>Classe III e* - IV e V</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Medico anestesista - Infermiere dedicato ai trasporti secondari (PS Borgo Mantovano) /infermiere rianimazione - Autista ditta convenzione dedicata trasporti tempo-dipendenti	Ambulanza convenzionata Pieve_01 per trasporti tempo-dipendenti.	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare trasporto; - compila il MOD2PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) allegandolo alla cartella clinica. - Invia MOD2PG03MQ07 e MOD02PG01MQ07.1 via mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> .

**5.7.4 bis Trasporti secondari per pazienti CARDIOLOGICI dal PO di BORGOMANTOVANO**

I trasporti secondari per pazienti CARDIOLOGICI verranno gestiti secondo le seguenti modalità

Classe di trasporto	da Pronto Soccorso		da Reparto	
	h 8 - 20	h 20 - 8	h 8 - 20	h 20 - 8
Classe I e II	mezzo COTA	mezzo COTA	mezzo COTA	mezzo COTA
Classe III non tempo dipendente	medico PS con o senza infermiere di PS**  Mezzo Morena	medico Anestesista con o senza infermiere PS**  Mezzo Morena	* medico U.O. con o senza infermiere di U.O.  Mezzo Morena	medico Anestesista senza o con infermiere U.O.  Mezzo Morena
Classe III tempo dipendente e potenzialmente evolutiva + Classe evolutiva IV e V	medico Anestesista con infermiere di PS**  Mezzo Pieve01	medico Anestesista con infermiere di PS**  Mezzo Pieve01	medico Anestesista con infermiere di PS**  Mezzo Pieve 01	medico Anestesista con infermiere di PS**  Mezzo Pieve01
	<b>SECONDA OPZIONE Equipe e mezzo AREU</b> In caso di indisponibilità del mezzo dedicato ai trasporti tempo-dipendenti, si potrà contattare SOREU per la gestione del trasporto, compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari.			

\* Cardiologo o Internista in base alla presenza dei professionisti in servizio e alle necessità dell’”Area cardio-medica”.

\*\* PS di Borgo Mantovano

Per i dettagli vedasi IO01PG01MQ07 “Gestione organizzativa del paziente cardiologico tra i Presidi Ospedalieri di Borgo Mantovano e di Mantova

**5.7.5 Attivazione del Trasporto Secondario dal PRONTO SOCCORSO del PO di ASOLA**

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe coinvolta nel trasporto	Mezzo utilizzato	Note
<b>Classe I e II</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Autista e soccorritore Ditta convenzionata	Mezzo Convenzionato COTA	Il Medico richiedente - contatta la COTA al <b>0376 201023 – int. 2023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto; - compila il MOD03PG01MQ07 “richiesta trasporto secondario programmato” e lo invia tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l’autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b>
<b>Classe III Non tempo Dipendente  (tempo di attivazione &lt; 6 ore)</b>	Lun-Ven 07:30-19:30	- Medico di U.O. Medicina Generale di Asola (II <u>Medico di PS rimane in PS</u> ) con o senza infermiere PS Asola a giudizio clinico** - Autista SSTI dedicato trasporti secondari	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta COTA al <b>0376 201023 – int. 2023</b> per organizzare il trasporto - Invia la richiesta di trasporto MOD2PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a>
	Sab-Festivi 07-20	- Medico di U.O. Medicina Generale di Asola (II <u>Medico di PS rimane in PS</u> ) con o senza infermiere Rianimazione MN a giudizio clinico - Autista SSTI dedicato trasporti secondari		
	Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	- Medico di U.O. Medicina Generale di Asola (II <u>Medico di PS rimane in PS</u> ) con o senza infermiere di PS MN a giudizio clinico - Autista SSTI dedicato trasporti secondari		
<b>Classe III Tempo dipendente</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<b>PRIMA OPZIONE</b> Equipe AREU118	Mezzo AREU	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth; con il MOD02PG01MQ07.1 <u>Compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari</u> , si attiva SOREU per la gestione del trasporto
	Lun-Ven 07:30-19:30	<b>SECONDA OPZIONE</b> - Medico di U.O. Medicina Generale di Asola (II <u>Medico di PS rimane in PS</u> ) - Infermiere PS Asola ** - Autista SSTI dedicato trasporti secondari	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta COTA al <b>0376 201023 – int. 2023</b> per organizzare il trasporto - Invia la richiesta di trasporto MOD2PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a>
	Sab-Festivi 07-20	<b>SECONDA OPZIONE</b> - Medico di U.O. Medicina Generale di Asola (II <u>Medico di PS rimane in PS</u> ) - Infermiere Rianimazione MN - Autista SSTI dedicato trasporti secondari		
	Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	<b>SECONDA OPZIONE</b> - Medico di U.O. Medicina Generale di Asola (II <u>Medico di PS rimane in PS</u> ) - Infermiere reperibile PS Mantova - Autista SSTI dedicato trasporti secondari		
<b>Classe IIIe* - IV - V</b>	Lun-Ven 07:30-19:30	- Medico Anestesista del Presidio di Mantova - Infermiere PS Asola ** - Autista SSTI dedicato trasporti secondari	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: - contatta COTA al <b>0376 201023 – int. 2023</b> per organizzare il trasporto - Invia la richiesta di trasporto MOD2PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a>
	Sab-Festivi 07-20	- Medico Anestesista del Presidio di Mantova - Infermiere Rianimazione MN - Autista SSTI dedicato trasporti secondari		
	Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	- Medico Anestesista del Presidio di Mantova - Infermiere reperibile PS Mantova - Autista SSTI dedicato trasporti secondari		

\*Nel paziente evolutivo, classe IIIe, valutato il caso clinico dall’anestesista e il medico di Pronto Soccorso, la tempo-dipendenza e l’evoluitività devono essere tema di accordo tra il medico di Pronto Soccorso e il rianimatore di guardia al fine di stabilire la modalità più sicura e competitiva di trasporto.

\*\* Fino a riattivazione della degenza di Pediatria, 1 infermiere della Pediatria (già presente in PS) garantirà il supporto necessario per la durata del trasporto (in sostituzione dell’infermiere del B. O. previsto nella PG01MQ07 - rev 10)

### 5.7.6 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di ASOLA da REPARTO DI DEGENZA

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe coinvolta nel trasporto	Mezzo utilizzato	Note
<b>Trasporto programmato</b>  (con tempo di attivazione > 6 ore)	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autista e soccorritore Ditta convenzionata</li> <li>- In casi selezionati: Medico U.O. con o senza Infermiere di U.O. a giudizio clinico</li> </ul>	<p align="center">Mezzo Convenzionato COTA</p> <hr/> <p align="center">Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale))</p>	<p>Il Medico richiedente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto;</li> <li>- compila il MOD03PG01MQ07 “richiesta trasporto secondario programmato” e lo invia tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul> <p>In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l’autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b></p>
<b>Classe III</b> <b>Tempo dipendente</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<b>PRIMA OPZIONE</b> Equipe AREU118	Mezzo AREU	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth; con il MOD02PG01MQ07.1 <u>Compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari</u> , si attiva SOREU per la gestione del trasporto.
	Lun-Ven 07:30-19:30	<b>SECONDA OPZIONE</b> - Medico di U.O. - Infermiere PS Asola** - Autista SSTI dedicato trasporti secondari	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta COTA al <b>0376 201023 – int. 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD2PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>
	Sab-Festivi 07-20	<b>SECONDA OPZIONE</b> - Medico di U.O. - Infermiere Rianimazione MN - Autista SSTI dedicato trasporti secondari		
Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	<b>SECONDA OPZIONE</b> - Medico di U.O. Medicina Generale di Asola ( <u>Il Medico di PS rimane in PS</u> ) - Infermiere reperibile PS Mantova - Autista SSTI dedicato trasporti secondari			
<b>Classe IIIe* - IV - V</b>	Lun-Ven 07:30-19:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico Anestesista del Presidio di Mantova</li> <li>- Infermiere PS Asola**</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta COTA al <b>0376 201023 – int. 2023</b> per organizzare il trasporto</li> </ul> <p>Invia la richiesta di trasporto MOD2PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></p>
** Fino a riattivazione della degenza di Pediatria, l’infermiere della Pediatria (già presente in PS) garantirà il supporto necessario per la durata del trasporto (in sostituzione dell’infermiere del B. O. previsto nella PG01MQ07 - rev 10)				

**5.7.7 Attivazione del Trasporto Secondario dal PO di BOZZOLO da REPARTO DI DEGENZA**

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe che effettua il trasporto	Mezzo utilizzato	Attività
<b>Trasporto programmato (con tempo di attivazione &gt; 6 ore)</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autista e soccorritore Ditta convenzionata</li> <li>- In casi selezionati: Medico U.O. con o senza Infermiere di U.O. a giudizio clinico</li> </ul>	Mezzo Convenzionato COTA  Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto;</li> <li>- compila il MOD03PG01MQ07 “richiesta trasporto secondario programmato” e lo invia tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul> In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l’autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b>
<b>Classe III - Tempo dipendente</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	<b>PRIMA OPZIONE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe AREU118</li> </ul>	Mezzo AREU	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth; con il MOD02PG01MQ07.1 <u>Compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari</u> , si attiva SOREU per la gestione del trasporto.
	Tutti i giorni 07-20 festivi compresi	<b>SECONDA OPZIONE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico Anestesista P.O. Mantova</li> <li>- Infermiere Rianimazione Mantova</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>
	Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	<b>SECONDA OPZIONE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico Anestesista P.O. Mantova</li> <li>- Infermiere reperibile PS Mantova</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>
<b>Classe IIIe* - IV e V</b>	Tutti i giorni 07-20 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico Anestesista P.O. Mantova</li> <li>- Infermiere Rianimazione P.O. Mantova</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>
	Tutti i giorni 20-06 festivi compresi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico Anestesista P.O. Mantova</li> <li>- Infermiere reperibile PS Mantova</li> <li>- Autista SSTI dedicato trasporti secondari</li> </ul>	Ambulanza ASST MN (automezzo Aziendale)	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatta la COTA al <b>0376 201023 -int 2023</b> per organizzare il trasporto</li> <li>- Invia la richiesta di trasporto MOD02PG03MQ07 (Richiesta trasporto secondario urgente) e MOD02PG01MQ07.1 (algoritmo decisionale) alla mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a></li> </ul>

## 5.7.8 Attivazione trasporto secondario dalle REMS di Castiglione delle Stiviere

### 5.7.8.1 Caratteristiche funzionali e organizzative delle REMS di Castiglione delle Stiviere

Le REMS sono strutture residenziali sanitarie che esplicano funzioni terapeutico-riabilitative e socioriabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato, a cui la Magistratura ha applicato la misura di sicurezza detentiva (Decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e Decreto-legge n. 52 del 31 marzo 2014 convertito dalla legge 30 maggio 2014, n. 81).

Le persone ospiti della struttura hanno diritto all'erogazione di prestazioni sanitarie al pari dei cittadini in stato di libertà.

In base alla propria posizione giuridica, tutti i pazienti sono sottoposti alla vigilanza del Magistrato di sorveglianza o delle altre Autorità Giudiziarie competenti, pertanto trovano applicazione l'art. 11 della Legge 26 luglio 1975, n. 354 e l'art. 17 del D.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000.

La dotazione organica delle R.E.M.S. è costituita da Medici psichiatri, Infermieri, Operatori Socio Sanitari, Educatori Professionali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Psicologi, Assistenti Sociali (Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia del 1 ottobre 2012).

Non sono previsti: infermieri specializzati nel trasporto in ambulanza ed anestesisti.

Nella Struttura di Castiglione delle Stiviere, inoltre, non è prevista la reperibilità per il personale Medico in quanto nelle ore notturne e nei festivi tutte le funzioni sono garantite da un Medico di guardia interno.

Ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo in sede di Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 "competono all'Amministrazione Sanitaria i trasferimenti in luogo di cura esterni alla REMS".

In caso di malore o incidente che riguardi un paziente ospite del Sistema Polimodulare REMS il primo intervento è assicurato dal Medico il quale compie, altresì, le valutazioni in merito alla necessità di:

- attivare l'AREU attraverso la chiamata al numero 112 NUE/settore sanitario;
- organizzare l'accompagnamento del paziente da parte del personale sanitario delle REMS, qualora ritenuto necessario e se utile al mantenimento della relazione terapeutica;
- consegnare al personale AREU il MOD03PG01MQ07 compilato dal medico di guardia ed ogni altra documentazione sanitaria utile, dietro consenso del paziente;
- assicurare la comunicazione del trasferimento all'Autorità Giudiziaria competente con contestuale richiesta del piantonamento del paziente da parte della Polizia Penitenziaria (negli orari e nei giorni di chiusura della Segreteria Amministrativa, il Medico di guardia provvederà direttamente ad inoltrare la comunicazione mediante e-mail. Tramite l'applicativo OPG2000 potrà verificare l'Autorità Giudiziaria competente).

### 5.7.8.2. Il piantonamento

Il piantonamento è effettuato dal personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria su disposizione dell'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. della legge 26 luglio 1975 n. 354 e dell'art. 2, terzo comma, Accordo in sede di Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015)

Nei suddetti casi di emergenza/urgenza (es. per ingestione di corpo estraneo, etc.), i pazienti vengono accolti dal Presidio Ospedaliero di Mantova direttamente nelle sezioni dedicate ai ricoveri in regime di sicurezza/piantonamento.

Il Medico della REMS interessata (o il Medico di guardia interno) avverte telefonicamente il Medico della Direzione Sanitaria (tel. **0376 2011**), anche in reperibilità dopo le 17 e festivi e prefestivi, che, qualora risulti necessario, disporrà gli interventi per l'ottimale gestione della situazione.

Il Medico del Sistema Polimodulare di REMS Provvisorie che ha gestito l'emergenza/urgenza contatta il Medico di UO del P.O. di Mantova per seguire gli sviluppi in ordine alla salute del paziente e per trasmettere il nome del Medico che lo ha in cura e che raccoglierà le comunicazioni successive.

Alla dimissione, sempre che non sussistano rischi collegati alla patologia in atto e alla situazione clinica del paziente (evenienza che richiederà valutazioni specifiche sulle modalità del trasferimento in accordo tra l'équipe della REMS e l'U.O. della struttura di ricovero), il ritorno al Sistema Polimodulare di REMS Provvisorie è garantito dal Servizio Autisti con l'accompagnamento dei Professionisti individuati dall'équipe della REMS.

I Professionisti del Sistema Polimodulare di REMS Provvisorie, incaricati di accompagnare il paziente, qualora si ravvisi la necessità di un ricovero, in accordo col Reparto Ospedaliero, si alterneranno per collaborare alla gestione del ricoverato nel corso del periodo di degenza, secondo i turni programmati dal Coordinatore (nei giorni festivi le decisioni in merito spettano all'Infermiere in turno più anziano per servizio nella REMS di provenienza del paziente, in raccordo con il Medico di guardia).

L'équipe curante, in accordo con l'U.O. che ha accolto il paziente, definirà i tempi dell'accompagnamento (es. per tutta la giornata, per alcune ore al giorno, etc).

Questo al fine di soddisfare, in supporto agli operatori del Reparto Ospedaliero, gli specifici bisogni di salute dei pazienti fragili e complessi provenienti dalle Rems.

Il Professionista del Sistema Polimodulare di REMS Provvisorie incaricato dell'accompagnamento e/o di collaborare nella gestione del ricoverato nel corso della degenza raggiunge il P.O. con mezzo aziendale guidato in autonomia o, nei casi debitamente motivati, con l'Autista della Struttura (anche in reperibilità).

Prima possibile il professionista compilerà il modulo "Missione e foglio di viaggio" a riconoscimento del servizio, da

sottoporre alla firma del Coordinatore, se presente, negli altri casi del Medico di guardia.

Il modulo “Missione e foglio di viaggio” dovrà essere compilato anche nel caso in cui sia richiesto il solo riconoscimento del servizio in quanto è stato attivato l’Autista della struttura. In tale ultimo caso, al modulo andrà allegata una relazione firmata in ordine ai motivi che hanno determinato l’attivazione dell’Autista.

I pazienti ospiti del Sistema Polimodulare di REMS Provvisorie vengono trasportati presso altre strutture sanitarie aziendali anche per **prestazioni programmate o urgenti differibili** (Classe di Eherenwerth I, II) quali:

- visite specialistiche non psichiatriche erogate in regime ambulatoriale;
- procedure diagnostico-terapeutiche erogate in regime ambulatoriale;
- ricoveri ospedalieri programmati.

Tale ultimo tipo di trasporto dei pazienti con valutazione medica di buon compenso è effettuato con mezzo aziendale a cura del Servizio Autisti e con l’accompagnamento da parte dei Professionisti sanitari del Sistema Polimodulare REMS. La qualifica ed il numero dei Professionisti incaricati dell’accompagnamento sono definiti dall’équipe della REMS. Il Coordinatore o, in sua assenza, l’Infermiere in turno identifica il/i Professionista/Professionisti del comparto che deve/devono effettuare l’accompagnamento.

La **programmazione delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri** deve essere in orario compatibile con l’orario di servizio degli Autisti (8-16) poiché la reperibilità degli stessi è finalizzata alle urgenze aziendali (trasporto sangue ed emocomponenti, ecc...).

Il ricorso a strutture sanitarie non aziendali deve rispondere esclusivamente a documentate esigenze di cura.

Qualora il paziente sia in fase **di scompenso e/o di elevata pericolosità sociale** il Medico della REMS o il Medico di guardia interno alla struttura attiverà il percorso più adeguato, valutando la possibilità di richiedere la scorta.

Il medico

- chiama la COTA al 0376 201023 per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto
- compila il MOD03PG01MQ07 e lo invia tramite mail a: [centraleoperativa@asst-mantova.it](mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it)
- individua, con l’équipe, la qualifica ed il numero dei Professionisti incaricati dell’accompagnamento
- compila, a seconda della posizione giuridica del paziente, il MOD04PRS03REMS o il MOD06PRS03REMS e lo invia alla Segreteria Amministrativa

Mezzo convenzionato utilizzato “REMS 01” (attivabile h24) con 2 soccorritori arriverà entro i 50 minuti e trapperà il paziente solo verso il PS Castiglione.

**5.7.8.1 Attivazione trasporto secondario dalle REMS di Castiglione delle Stiviere: tabella sintetica**

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe coinvolta nel trasporto	Mezzo utilizzato	Note
<b>Classe I, II (pazienti in buon compenso)</b>	dal Lunedì al venerdì ore 8-16	Il trasporto di Pazienti con valutazione medica di buon compenso è effettuato con mezzo aziendale a cura del Servizio Autisti e con l'accompagnamento da parte dei Professionisti sanitari del Sistema Polimodulare REMS. La qualifica ed il numero dei Professionisti incaricati dell'accompagnamento sono definiti dall'équipe della REMS.	Mezzo Aziendale REMS	Il Coordinatore della REMS o suo sostituto, - attiva il servizio autisti - individua i Professionisti del Comparto incaricati dell'accompagnamento  Il Medico della REMS compila, a seconda della posizione giuridica del paziente, il MOD04PRS03REMS o il MOD06PRS03REMS e lo invia alla Segreteria Amministrativa
<b>Classe I, II (pazienti in fase di scompenso o pericolosità sociale)</b>	Tutti i giorni h24 festivi compresi	Per il trasporto di pazienti in fase di scompenso e/o di elevata pericolosità sociale il Medico della REMS o il Medico di guardia interno alla struttura attiverà il percorso più adeguato (trasporto con autista e soccorritore dell'associazione convenzionata, richiesta della scorta...)	Mezzo Convenzionato COTA  Mezzo convenzionato REMS 01 con 2 soccorritori (50 minuti per arrivo in posto) e verso PS Castiglione	Il medico della REMS - chiama la COTA al <b>0376 201023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto - compila il MOD03PG01MQ07 e lo invia tramite mail a: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> - individua, con l'équipe, la qualifica ed il numero dei Professionisti incaricati dell'accompagnamento - compila, a seconda della posizione giuridica del paziente, il MOD04PRS03REMS o il MOD06PRS03REMS e lo invia alla Segreteria Amministrativa.
<b>Classe III Non tempo dipendente</b>  <b>Classe III Tempo dipendente</b>  <b>Classe IIIe* - IV - V</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	Equipaggio AREU 118  i pazienti vengono accolti dal Presidio Ospedaliero di Mantova direttamente nelle sezioni dedicate ai ricoveri in regime di sicurezza/piantonamento	AREU 118	Il Medico della REMS interessata (o il Medico di guardia interno) - consegna al personale AREU il <a href="#">MOD01PG01MQ07</a> ed ogni altra documentazione sanitaria utile - avverte telefonicamente il Medico di direzione reperibile (tel. 0376 20111) - individua, con l'équipe la qualifica ed il numero dei Professionisti incaricati dell'accompagnamento (il Coordinatore o, in sua assenza, l'Infermiere in turno identifica il/i Professionista/Professionisti del comparto che deve/devono effettuare l'accompagnamento) - assicura la comunicazione del trasferimento all'A.G. competente.

### 5.7.9 Attivazione trasporto secondario di Viadana

Classe di Eherenwerth	Giorni di riferimento	Equipe coinvolta nel trasporto	Mezzo utilizzato	Note
<b>Trasporto programmato classe I e II (con tempo di attivazione &gt; 6 ore)</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	- Autista e soccorritore Ditta convenzionata  In casi selezionati: - Medico U.O. e/o Infermiere di U.O.	Mezzo Convenzionato COTA	Il Medico richiedente - contatta la COTA al <b>0376 201023</b> per concordare tempi e modalità del trasporto richiesto; - compila il MOD03PG01MQ07 “richiesta trasporto secondario programmato” e lo invia tramite mail: <a href="mailto:centraleoperativa@asst-mantova.it">centraleoperativa@asst-mantova.it</a> In caso di richiesta trasporto presso strutture non convenzionate è necessaria l’autorizzazione del <b>Direttore Medico di Presidio</b>
<b>Classe III, IIIe, IV e V</b>	Tutti i giorni H24 festivi compresi	Equipe AREU118	Mezzo AREU	Il Medico richiedente (chi ha in carico il paziente) definisce la classe Eherenwerth; con il MOD02PG01MQ07.1 <u>Compatibilmente con l’espletamento dei soccorsi primari</u> , si attiva SOREU per la gestione del trasporto.

### 5.10 Documentazione sanitaria per il trasporto

La documentazione sanitaria utilizzata nei trasporti fa riferimento alla politica aziendale della cartella emessa dalla ASST MN.

La richiesta di trasferimento secondario viene effettuata dal Medico della struttura richiedente tramite il “Modulo richiesta trasporto secondario” (MOD02PG03MQ07)

Nei trasferimenti viene altresì compilato dal Medico che trasporta il paziente la “Scheda di monitoraggio del paziente durante il trasporto secondario” (MOD03PG03MQ07) da archiviare nella documentazione sanitaria del paziente

### 5.11 Monitoraggio del sistema di trasporto sanitario.

Il monitoraggio del sistema di trasporto sanitario avviene attraverso:

- monitoraggio degli eventi avversi ed eventi sentinella connessi al sistema di trasporto sanitario secondo il sistema di risk management aziendale.

- Indicatori:

Numeratore: trasporti appropriati

Denominatore: totale trasporti

Risultato atteso: 95% trasporti appropriati

### 5.12 Indicazioni in caso di guasto automezzo aziendale

Nel caso in cui si verifichi un guasto all'automezzo aziendale la procedura da seguire è la seguente:

#### **A) guasto all'automezzo durante il trasporto di un paziente:**

1. il Medico o l'Infermiere, in relazione alla possibilità in termini di assistenza al paziente, contatta la SOREU;
2. la SOREU valutato il caso invierà un mezzo sul posto per permettere il trasferimento del paziente.
3. il Medico e l'Infermiere del mezzo aziendale potranno salire a bordo del mezzo di emergenza 118 per prestare l'assistenza al paziente.
4. l'autista contatterà il soccorso stradale per il mezzo aziendale, nonché gli autisti della ASST MN, in servizio o in reperibilità, per rientrare in sede.

#### **B) guasto all'automezzo durante il rientro del mezzo (senza paziente a bordo):**

l'autista contatterà il soccorso stradale per il mezzo aziendale, nonché gli autisti della ASST MN, in servizio o in reperibilità, per rientrare in sede con l'equipaggio.

### 5.13 Indicazioni per corretto utilizzo dei dispositivi acustici e luminosi

Il codice colore di urgenza (rosso e giallo) che obbliga all'utilizzo dei dispositivi acustici e luminosi, per quanto riguarda i Trasporti secondari, viene stabilito dal medico/sanitario team leader dell'equipe del trasporto.

Il motivo per viaggiare con codice di urgenza elevato e con dispositivi acustici e luminosi attivati sono essenzialmente legati alle patologie Tempo Dipendenti (perché trattasi di un trasporto primario differito).

Tutti gli altri trasporti secondari non devono essere effettuati con dispositivi acustici e luminosi attivati.

Nel caso di rientro con ambulanza senza paziente a bordo non sussistono i motivi per viaggiare con dispositivi acustici e luminosi attivati. In questo caso il Capo Equipaggio è l'autista. Il medico e l'infermiere sono passeggeri. L'unico titolato a decidere (e quindi ne risponde in base al Codice della Strada) è l'autista

### **Rientro in sede dell'equipaggio dopo il trasporto all'Ospedale di Mantova**

Il rientro dell'equipe presso il Presidio Ospedaliero di riferimento potrà avvenire mediante l'utilizzo dell'auto aziendale, le cui chiavi potranno essere ritirate previa firma per accettazione presso il personale della portineria del Presidio Ospedaliero di Mantova e andranno depositate presso la portineria del Presidio d'arrivo.

Qualora per motivi di impossibilità all'utilizzo del mezzo suddetto, sarà possibile agire come sottoindicato:

**Chiamata taxi:** il servizio taxi a Mantova è attivo dalle ore 5 del mattino alle ore 1. L'orario continuato H 24 è previsto solo al venerdì e al sabato.

## 6. Riferimenti e Allegati

- Decreto ASSTMN DG n. 720 del 29/06/2023 “Convenzione tra Azienda Regionale Emergenza Urgenza e ASST Mantova per i trasporti secondari urgenti tempo dipendenti durata 01/07/2023-30/06/2026
- DGR 2933 del 2014 “Determinazioni in merito al miglioramento dell’attività di soccorso e assistenza ai Pazienti in condizioni cliniche di urgenza”
- Raccomandazione Ministeriale RM n°11 del 11.01.2010 “Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”.
- D.M. 553/1987 e D.M. 487/1997- A1 Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze di soccorso
- DGR VIII/1743 del 2006 ed aggiornate nella DGR IX/1964 del 06-07-2011 Soccorso sanitario extraospedaliero
- Contratto Ditta aggiudicataria per trasporti
- DGR 5165/2016 “Requisiti tecnico organizzativi per lo svolgimento del servizio di Trasporto sanitario semplice
- Legge Regionale 33/2009 “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”
- All.1 DGR XI/6082 “Regolamentazione degli ingressi di utenti/pazienti e loro trasferimenti in Pronto Soccorso
- MOD03PG01MQ07 Modulo richiesta trasporto secondario programmato (paz adulto)
- MOD02PG03MQ07 Modulo richiesta trasporto secondario urgente (dalla classe III tempo dipendente)
- MOD03PG03MQ07 “Scheda di monitoraggio del paziente durante il trasporto secondario”
- MOD01PG01MQ07 “Scheda di accompagnamento del paziente nei casi di urgenza/emergenza – REMS”
- MOD02PG01MQ07.1 Algoritmo decisionale per la definizione della classe di Eherenwerth
- MOD04PG03MQ07 Algoritmo decisionale per la definizione della classe di Eherenwerth (Pediatico)
- Raccomandazioni per i Trasferimenti Inter e Intra-Ospedalieri, Consiglio direttivo S.I.A.A.R.T.I., 2012.
- Prot. ASST MN 15927 del 30/03/2023 “ASST MN. Soccorso Azzurro Onlus: attivazione Servizio di trasporto a chiamata pazienti presso REMS di Castiglione d/S verso PS C Castiglione d/S
- SIAARTI – Buona pratica clinica: trasporto intra-ospedaliero e inter-ospedaliero versione 20 del 29/09/2023
- IO01PG01MQ07 “Gestione organizzativa del paziente cardiologico tra i Presidi Ospedalieri di Borgo Mantovano e di Mantova



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Mantova

---

**DECRETO N. 1017 DEL 10/09/2025  
DEL DIRETTORE GENERALE**

**OGGETTO: SERVIZI DI TELEMEDICINA - ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE -  
MODIFICA DECRETO N. 991 DEL 05/09/2025**

---

**Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova**

Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova | [www.asst-mantova.it](http://www.asst-mantova.it)  
Centralino 0376 2011 | Codice Fiscale e Partita Iva 02481840201



## IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il Decreto n. 991 del 05.09.2025 con il quale è stato approvato l'Assetto organizzativo aziendale di Telemedicina mediante:

- l'identificazione di un gruppo di telemedicina aziendale multidisciplinare, coordinato dal Referente per le attività di telemedicina aziendali;
- l'adozione di un Modello Organizzativo di Telemedicina che disciplini le modalità di coinvolgimento dei professionisti, le funzioni e i mandati del Referente e del Gruppo multidisciplinare di telemedicina aziendale;

RILEVATO che nel Team Aziendale di Telemedicina (TAT), approvato con il Decreto soprarichiamato, è stato inserito un nominativo errato ed è stato omesso il nominativo di uno dei componenti;

CONSIDERATO opportuno procedere alla rettifica della composizione del Team Aziendale di Telemedicina (TAT) che si intende così composto:

- Dirigente medico della SC Qualità e Risk Management - Referente per le attività di telemedicina aziendali e coordinatore del TAT, dott.ssa Simonetta Cinzia Bettelini;
- Direttore Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e Direttore Struttura Complessa di Cardiologia, Dr. Corrado Lettieri;
- Direttore del Dipartimento Cure Primarie e Direttore Struttura Complessa Cure Primarie e Continuità Assistenziale, Dr.ssa Mariella Carolina Gallo;
- Medico di Medicina Generale, Dr.ssa Marilena Placenza;
- Pediatra di libera Scelta, Dr. Fabio Severi;
- Direttore Distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese, Dr.ssa Elena Mariani;
- Dirigenti delle Professioni Sanitarie afferenti alla SC DAPSS, polo territoriale e polo ospedaliero, Dr.ssa Sara Faroni e Dr.ssa Barbara Benazzi;
- Direttore f.f. S.C. Direzione Medica P.O. di Mantova, Dr.ssa Arianna Boschetti;
- Direttore della S.C. Accoglienza, CUP e Libera Professione, Dr. Andrea Avanzi;
- Assistente Amministrativo della COT Mantova, Francesca Coppi;
- Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali, Ing. Paolo Garbossa;
- Collaboratore Tecnico dei Sistemi Informativi Aziendali, Mauro Bazziga;
- Responsabile SS Gestione Operativa, Ing. Andrea Grioni;
- Infermiere Responsabile DAPSS Distrettuale, Alessandro Amadini;
- SC Qualità e Risk Management, Dr. Nicola Benedini;
- Responsabile SS Ingegneria Clinica Aziendale, Ing. Marco Franzoni;
- Struttura Affari Generali e Controlli Interni, Dott.ssa Matilde Di Lecce;
- Responsabile Formazione Aziendale, Dr.ssa Antonella Mari;



PRESO ATTO dell'attestazione di regolarità e di legittimità del presente provvedimento espressa da RENZULLI MARIA SAVERIA Direttore della Struttura AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI, e da RENZULLI MARIA SAVERIA, responsabile del procedimento;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri o proventi a carico dell'Azienda;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario;

## DECRETA

1. di rettificare la composizione del Team Aziendale di Telemedicina sostituendo altresì il testo che regola l'Assetto organizzativo aziendale di Telemedicina, approvato con il Decreto n. 991 del 05.09.2025, con quello allegato al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il Team Aziendale di Telemedicina (TAT) è così composto:
  - Dirigente medico della SC Qualità e Risk Management - Referente per le attività di telemedicina aziendali e coordinatore del TAT, dott.ssa Simonetta Cinzia Bettelini;
  - Direttore Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e Direttore Struttura Complessa di Cardiologia, Dr. Corrado Lettieri;
  - Direttore del Dipartimento Cure Primarie e Direttore Struttura Complessa Cure Primarie e Continuità Assistenziale, Dr.ssa Mariella Carolina Gallo;
  - Medico di Medicina Generale, Dr.ssa Marilena Placenza;
  - Pediatra di libera Scelta, Dr. Fabio Severi;
  - Direttore Distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese, Dr.ssa Elena Mariani;
  - Dirigenti delle Professioni Sanitarie afferenti alla SC DAPSS, polo territoriale e polo ospedaliero, Dr.ssa Sara Faroni e Dr.ssa Barbara Benazzi;
  - Direttore f.f. S.C. Direzione Medica P.O. di Mantova, Dr.ssa Arianna Boschetti;
  - Direttore della S.C. Accoglienza, CUP e Libera Professione, Dr. Andrea Avanzi;
  - Assistente Amministrativo della COT Mantova, Francesca Coppi;
  - Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali, Ing. Paolo Garbossa;
  - Collaboratore Tecnico dei Sistemi Informativi Aziendali, Mauro Bazziga;
  - Responsabile SS Gestione Operativa, Ing. Andrea Gioni;
  - Infermiere Responsabile DAPSS Distrettuale, Alessandro Amadini;
  - SC Qualità e Risk Management, Dr. Nicola Benedini;
  - Responsabile SS Ingegneria Clinica Aziendale, Ing. Marco Franzoni;
  - Struttura Affari Generali e Controlli Interni, Dott.ssa Matilde Di Lecce;
  - Responsabile Formazione Aziendale, Dr.ssa Antonella Mari;



3. di confermare che la Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini, Dirigente medico della SC Qualità e Risk Management, è identificata come Referente aziendale di telemedicina;
4. di pubblicare il presente provvedimento all'Albo on line sul sito istituzionale aziendale, ai sensi dell'art. 32 della L. n. 69/2009 e dell'art. 17 della L.R. 33/2009, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

PRESO ATTO dei pareri di

DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
DIRETTORE SANITARIO  
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

AVALDI GUIDO  
LORENZONI MARIANNA  
BELLANI ANGELA

DIRETTORE GENERALE  
GEROLA ANNA

(atto firmato digitalmente ai sensi  
delle vigenti disposizioni di legge)



# **Assetto organizzativo aziendale di Telemedicina – ASST Mantova**



## Indice

<b>1</b>	<b>Scopo del documento</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Definizione del modello organizzativo del Servizio di Telemedicina</b> .....	<b>4</b>
2.1	Struttura di funzionamento.....	4
2.1.1	<i>Struttura Telemedicina</i> .....	5
2.1.2	<i>Team Aziendale di Telemedicina (TAT)</i> .....	5
2.1.3	<i>Gruppi di lavoro</i> .....	7
<b>3</b>	<b>Definizione del modello operativo per l'implementazione degli scenari di Telemedicina</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Monitoraggio dell'attuazione del modello aziendale</b> .....	<b>9</b>



# 1 Scopo del documento

Con DGR 1475/2023<sup>1</sup> Regione Lombardia ha approvato il “Modello organizzativo della Telemedicina”, nel quale viene definito il piano strategico per la diffusione omogenea dei servizi minimi di Telemedicina, al fine di abilitare e rendere sostenibili modelli di assistenza da remoto. I servizi di Telemedicina non sostituiscono la tradizionale erogazione delle prestazioni sanitarie e assistenziali, ma le integrano, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Durante il 2024 ha avuto inizio la fase attuativa del piano strategico di Regione Lombardia volto alla realizzazione e implementazione presso gli Enti Sanitari dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) per l'erogazione dei servizi minimi (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza, Telemonitoraggio livello 1). Al fine di garantire una diffusione efficace e univoca a livello regionale di tali servizi, per ciascuno di essi sono stati dettagliati, all'interno di documenti operativi, modalità standard di erogazione nei differenti scenari sociosanitari e setting di cura (DGR 3671/2024<sup>2</sup>), e con la DGR 3630/2024<sup>3</sup> sono state definite le prime codifiche e tariffe delle prestazioni e dei servizi sociosanitari erogabili in Telemedicina sia in ambito ospedaliero che territoriale. Inoltre, tramite la richiesta di identificare un Referente di Telemedicina contenuta, assieme ad altri obiettivi istituiti a livello regionale, nella DGR 3720/2024<sup>4</sup> sono stati attivamente ingaggiati nelle attività anche i singoli Enti Sanitari.

All'interno di ciascuna organizzazione sanitaria si prevede l'implementazione di un modello organizzativo volto a supportare la diffusione dei servizi di telemedicina, favorendone l'integrazione nei percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali, nei percorsi di presa in carico del paziente cronico e di domiciliarità assistita. Tale integrazione può facilitare lo sviluppo di scenari di collaborazione multiprofessionale e incrementare l'interazione con la COT nella gestione delle transizioni tra setting di cura. La presenza di un'organizzazione interna consolidata, rimessa alla valutazione delle singole Aziende nel rispetto delle proprie esigenze e assetti organizzativi, consente di definire gli strumenti operativi, i meccanismi di coordinamento e le modalità operative da adottare.

Obiettivo del documento è, pertanto, fornire un quadro di riferimento per i Referenti di Telemedicina con indicazioni utili alla definizione dell'assetto organizzativo aziendale di Telemedicina che si articola in tre macro-attività:

- Definizione del modello organizzativo del Servizio di Telemedicina.
- Definizione del modello operativo del Servizio di Telemedicina.
- Monitoraggio dell'attuazione del modello aziendale.

---

<sup>1</sup>DGR 1475/2023 Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) – missione 6, componente 1, sub-investimento 1.2.3.2. “servizi di telemedicina” – modello organizzativo di diffusione dei servizi di telemedicina

<sup>2</sup>DGR 3671/2024: Scenari di applicazione dei servizi minimi di Telemedicina e relative istruzioni operative

<sup>3</sup>DGR 3630/2024: Approvazione del nomenclatore tariffario regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica

<sup>4</sup>DGR 3720/2024 Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025



## 2 Definizione del modello organizzativo del Servizio di Telemedicina

L'Azienda ha identificato come referente aziendale di telemedicina la Dr.ssa Simonetta Cinzia Bettelini, Dirigente medico della SC Qualità e Risk Management

Tra le attività in capo al referente aziendale rientrano:

- coordinamento del Team Aziendale di Telemedicina
- pianificazione e monitoraggio dei progetti di telemedicina
- raccordo con i due componenti del gruppo regionale per Asst Mantova , Mauro Bazziga, Responsabile infrastrutture ICT e Telemedicina e Sara Faroni, dirigente DAPSS Polo Territoriale, entrambi componenti del team aziendale.

La telemedicina avrà una procedura generale che esplicherà le modalità operative, i ruoli e le responsabilità nella gestione delle attività e che si applicherà a tutti i processi di cura e di assistenza le cui prestazioni sono erogabili da remoto. Inoltre, nella procedura generale saranno definite le modalità per la richiesta di attivazione dei progetti.

Il modello organizzativo adottato si basa sui seguenti principi:

- **Interconnessione decisionale** attraverso la creazione di un team multidisciplinare di telemedicina e gruppi di lavoro operativi;
- Utilizzo di strumenti propri della **gestione per processi orizzontali**, un approccio che mira ad ottimizzare l'organizzazione e il flusso di lavoro all'interno delle strutture sanitarie, focalizzandosi sui processi che attraversano i vari reparti e funzioni., a garanzia del miglioramento continuo, dell'efficienza, della qualità e della sicurezza dell'assistenza;
- **Garanzia di coerenza strategica e operativa**, si stabilisce che tutte le decisioni aziendali inerenti la Telemedicina siano centralizzate e gestite dal Team Aziendale Telemedicina (TAT).

### 2.1 Struttura di funzionamento

Il Referente aziendale si avvale della Direzione strategica per i processi decisionali e del Team Aziendale di Telemedicina per il governo aziendale della telemedicina e degli impatti che questa genera nei diversi percorsi socio-clinico-assistenziali.

Il team aziendale gestisce e coordina tutte le fasi del processo, dalla raccolta degli input da parte delle varie discipline al trasferimento del servizio nel setting aziendale competente per la gestione ordinaria, mantenendo un presidio trasversale anche nella fase di monitoraggio. La struttura gestisce la piattaforma di telemedicina aziendale e i relativi professionisti fungono da facilitatori, sostenendo la transizione verso una cultura digitale, anche mediante l'organizzazione di programmi di formazione agli operatori.



Il referente aziendale attiverà gruppi di lavoro specifici attivati sui singoli processi di telemedicina e supporterà i professionisti nella progettazione, disegno e implementazione dei progetti.

### 2.1.1 Struttura Telemedicina

La struttura di Telemedicina è un'unità dedicata all'implementazione e al coordinamento dei processi di telemedicina: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza.

La struttura gestisce e coordina tutte le fasi del processo, dalla raccolta degli input da parte delle varie discipline al trasferimento del servizio nel setting aziendale competente per la gestione ordinaria, mantenendo un presidio trasversale anche nella fase di monitoraggio. La struttura gestisce la piattaforma di telemedicina aziendale e i relativi professionisti fungono da facilitatori, sostenendo la transizione verso una cultura digitale, anche mediante l'organizzazione di programmi di formazione agli operatori.

Il personale amministrativo della COT trasversale della Casa di Comunità di Mantova ha il principale compito di supportare le Unità Operative nella programmazione delle prestazioni a distanza e ha un ruolo di Centro Servizi di Telemedicina.

### 2.1.2 Team Aziendale di Telemedicina (TAT)

L'attivazione del Team Aziendale di Telemedicina avviene secondo mandato della Direzione Strategica, che ne individua i componenti, ed il suo funzionamento è regolamentato da documentazione emessa con apposita deliberazione.

Il team è multiprofessionale ed è composto da:

- Dirigente medico della SC Qualità e Risk Management - Referente per le attività di telemedicina aziendali e coordinatore del TAT, dott.ssa Simonetta Cinzia Bettelini;
- Direttore Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare e Direttore Struttura Complessa di Cardiologia, Dr. Corrado Lettieri
- Direttore del Dipartimento Cure Primarie e Direttore Struttura Complessa Cure Primarie e Continuità Assistenziale, Dr.ssa Mariella Carolina Gallo;
- Medico di Medicina Generale, Dr.ssa Marilena Placenza
- Pediatra di libera Scelta, Dr. Fabio Severi
- Direttore Distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese, Dr.ssa Elena Mariani
- Dirigenti delle Professioni Sanitarie afferenti alla SC DAPSS, polo territoriale e polo ospedaliero, Dr.ssa Sara Faroni e Dr.ssa Barbara Benazzi
- Direttore f.f. S.C. Direzione Medica P.O. di Mantova, Dr.ssa Arianna Boschetti
- Direttore della S.C. Accoglienza, CUP e Libera Professione, Dr. Andrea Avanzi
- Assistente Amministrativo della COT Mantova, Francesca Coppi
- Direttore S.C. Sistemi informativi aziendali, Ing. Paolo Garbossa
- Collaboratore Tecnico dei Sistemi Informativi Aziendali, Mauro Bazziga
- Responsabile SS Gestione Operativa, Ing. Andrea Grioni
- Infermiere Responsabile DAPSS Distrettuale, Alessandro Amadini
- SC Qualità e Risk Management, Dr. Nicola Benedini



- Responsabile SS Ingegneria Clinica Aziendale, Ing. Marco Franzoni
- Struttura Affari Generali e Controlli Interni, Dott.ssa Matilde Di Lecce
- Responsabile Formazione Aziendale, Dr.ssa Antonella Mari.

Tutti i membri del TAT dedicano una parte concordata della loro prestazione lavorativa al TAT, portando al suo interno conoscenze e competenze legate al proprio profilo professionale, e risorse personali che contribuiscono allo sviluppo di una visione e un'operatività multidisciplinare, garantite da una struttura di coordinamento integrata. Le diverse figure professionali, che continuano a rispondere gerarchicamente al responsabile del servizio aziendale di afferenza, rispondono al Coordinatore del TAT esclusivamente per le attività di telemedicina.

Le funzioni del TAT sono:

- Riunirsi periodicamente secondo convocazione del Coordinatore per pianificare attività, metodi e strumenti al fine di raggiungere obiettivi;
- Sistematizzare aziendalimente i processi di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio);
- Accogliere i bisogni e le richieste delle singole Unità Operative, valutarle ed attuarle di conseguenza, attivando specifici gruppi di lavoro;
- Avviare progettualità di telemedicina anche mediante la partecipazione a progettualità finanziate;
- Monitorare i gruppi di lavoro attivati, individuando eventuali azioni correttive o di miglioramento;
- Identificare piattaforma/strumenti/device per l'e-health appropriati alle diverse tipologie di Telemedicina ed al contesto in cui verranno applicati.

Durante gli incontri periodici, convocati a cadenza mensile dal Coordinatore, si procede a:

- Approvare il verbale del precedente incontro;
- Trattare i punti dell'ordine del giorno favorendo un confronto e attuando un'analisi di contesto;
- Verificare lo stato di avanzamento degli impegni assunti;
- Assegnare, qualora si ritenesse necessario, mandati e relativa tempistica ad un gruppo di lavoro;
- Validare eventuale documentazione restituita dai gruppi di lavoro;
- Incontrare professionisti delle U.O./Servizi aziendali intenzionati ad attivare nuovi percorsi di telemedicina.

Alle riunioni di Team partecipano tutti i componenti stabili e, in base all'ordine del giorno, possono essere convocate altre figure per competenza tecnica.

Il Coordinatore del TAT delinea le progettualità da sviluppare e individua gruppi di lavoro a cui partecipano professionisti sanitari e personale tecnico-amministrativo delle diverse U.U.O.O. e dei servizi aziendali coinvolte nel processo di telemedicina da implementare.

Il coordinatore del TAT può convocare altri professionisti qualora lo ritenga utile allo sviluppo della Telemedicina.

### **2.1.3 Gruppi di lavoro**

Il TAT, in base ai mandati della Direzione Strategica/Struttura Telemedicina e alle richieste avanzate dai professionisti aziendali, delinea le progettualità da sviluppare e individua gruppi di lavoro a cui partecipano professionisti sanitari e personale tecnico-amministrativo delle strutture ospedaliere e dei servizi aziendali direttamente coinvolti nel processo di telemedicina da implementare. Il Gruppo di lavoro è coordinato da un Responsabile di processo, identificato dal TAT.

Il Responsabile di Processo accompagna e coordina in modo autonomo il gruppo di lavoro, rispondendo funzionalmente al Responsabile del TAT.

I diversi gruppi di lavoro svolgono un percorso, per quanto possibile, standardizzato e comune per implementare i servizi di telemedicina, partendo dall'analisi del processo ordinario. Tale analisi è il punto di partenza per la definizione del processo di telemedicina che include l'aspetto tecnologico. Periodicamente il Responsabile di Processo relaziona al Responsabile ed a tutto il Team lo stato di avanzamento del progetto di cui è referente.

Il Responsabile di Processo applica un coordinamento funzionale e tra le principali responsabilità ha:

- facilitare la comunicazione e il coordinamento tra le diverse funzioni presenti nel processo;
- condividere e definire le reciproche responsabilità;
- favorire la riflessione rispetto al mandato;
- concordare la cadenza con la quale viene convocato il gruppo e l'eventuale ulteriore coinvolgimento di altri attori dell'azienda o appartenenti ad altre istituzioni
- facilitare il processo di raggiungimento dell'obiettivo e far da garante dell'attuazione del mandato
- relazionare a tutto il Team ed al Coordinatore lo stato di avanzamento delle attività.

Il gruppo di lavoro si riunisce periodicamente fino al conseguimento dei mandati.

L'output del gruppo di lavoro è l'implementazione fattiva della progettualità inizialmente pianificata e la raccolta di dati e indicatori che dovranno essere riportati al Team, che trasformerà in out come sotto forma di analisi e individuazione di azioni correttive e di miglioramento.



### 3 Definizione del modello operativo per l'implementazione degli scenari di Telemedicina

Ciascun processo di telemedicina avviato segue un percorso il più possibile uniforme e standardizzato (avvio, gestione, monitoraggio) secondo una logica di **analisi per processi**.

- **Avvio della Progettualità**

Un processo di telemedicina vede il suo avvio in due possibili modalità:

- La Direzione Strategica dell'ASST, mediante il recepimento di atti regionali, ministeriali e/o istituzionali, definisce gli obiettivi da assegnare al referente di Telemedicina che li condivide con il team di telemedicina e le Unità Operative/Servizi aziendali coinvolti nell'attività (approccio top-down).
- Il TAT Telemedicina accoglie una richiesta di avvio di una progettualità direttamente da parte di una struttura aziendale sia del Polo Ospedaliero che Territoriale (approccio bottom-up), la valuta e condivide con la Direzione Strategica l'avvio della progettualità.

- **Programmazione/Pianificazione delle progettualità**

Il referente della Telemedicina definisce i processi prioritari da affrontare secondo importanza ed urgenza, le fasi del processo e gli obiettivi condivisi da raggiungere. Ciascuna proposta viene analizzata all'interno del Team durante gli incontri periodici.

- **Attività procedurali**

Per ogni attività/progetto/sperimentazione, i diversi gruppi di lavoro svolgono un percorso, per quanto possibile, standardizzato e comune per implementare i servizi di telemedicina.

I progetti dovranno seguire un **Format di progetto** composto da diverse sezioni:

- Analisi di contesto
- Obiettivi primari e secondari
- Campo di applicazione e soggetti coinvolti
- Definizione del processo ordinario e del processo in telemedicina: in questa sezione vengono definite tutte le fasi del percorso, le attività ed i relativi soggetti coinvolti. Viene definita la matrice di attività e responsabilità (matrice RASCI) e la flowchart. La definizione del percorso ordinario è il punto di partenza per la realizzazione del percorso in telemedicina che include, tra gli altri, l'aspetto tecnologico.
- Cronoprogramma
- Indicatori di monitoraggio.

- **Outcome/Output**

In connessione agli obiettivi e secondo la temporalità definite si raggiungono i risultati previsti. Qualora il gruppo di lavoro abbia mandato dal referente aziendale, quest'ultimo procede con la validazione e la trasformazione da output in un outcome di sistema. Tale passaggio darà il via a modalità operative professionali omogenee a garanzia di uniformità ed equità nell'erogazione dei servizi. È importante sottolineare, che si tratta di un processo in continuo miglioramento; quindi, i risultati si possono anche definire "locali" e non "globali" o "assoluti".

- **Monitoraggio**

La fase evolutiva della gestione per processi, il monitoraggio, è preceduta da un follow-up (controlli periodici programmati a seguito di azioni definite). Tali momenti sono necessari per un controllo funzionale allo stato di avanzamento rispetto la progettualità in corso. La fase in oggetto si avvale della raccolta e dell'analisi di indicatori di processo, struttura, esito e di strumenti che siano in grado di valutare anche le performance organizzative. Per ciascuna progettualità, in base agli obiettivi prestabiliti, vengono identificati specifici indicatori con una specifica frequenza di raccolta. La fase di monitoraggio è essenziale per valutare l'efficienza rispetto le decisioni adottate in un'ottica di continuo miglioramento.

## 4 Monitoraggio dell'attuazione del modello aziendale

Per monitorare l'andamento e lo sviluppo dei processi di telemedicina nel tempo è importante fare ricorso a misure sintetiche: gli indicatori di monitoraggio.

Sono stati individuati i seguenti indicatori:

TITOLO	DESCRIZIONE	FREQUENZA DI RACCOLTA
%_Responsabili di Progetto	% membri del TAT con ruolo di Responsabile di Progetto	Annuale
N_progetti attivi	Numero di progetti di telemedicina attivi	Trimestrale/semestrale
N_richieste pervenute	Numero di richieste pervenute al team di progetti da attivare	Trimestrale/semestrale
N_progetti attivati/N_richieste pervenute	Numero di progetti attivati rispetto alle richieste pervenute	Trimestrale/semestrale

Per ciascun progetto attivato, inoltre, vengono definiti specifici indicatori di monitoraggio in relazione agli obiettivi della progettualità.