

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ «VIADANA»

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

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità di VIADANA
Sede	Largo de Gasperi, Viadana
CUP	CUP E67H21009320002
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	31/07/2023

* 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)

Allegato 1 decreto accreditamento OdC Viadana DGR 784 del 31.07.2023

Allegato 2 istanza riclassificazione nota prot. 76025 del 30.12.2025

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 l'ospedale, attraverso il raccordo e l'integrazione, a livello distrettuale, con le nuove strutture delle Case di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (COT) e i Presidi Ospedalieri presenti nel territorio. L'OdC si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti residenti nel territorio afferente al Distretto Oglio Po casalasco viadanese, che comprende i Comuni di Viadana, Pomponesco, Dosolo, Commessaggio, Rivarolo Mantovano, Marcaria, Commessaggio, San Martino Dall'Argine e Sabbioneta, in provincia di Mantova, ed i Comuni di Calvatone, Casalmaggiore, Casteldidone, Cingia de Botti, Gussola, Martignana di Po, Motta Baluffi, Piadena Drizzona, Rivarolo del Re ed Uniti, San Giovanni in Croce, San Martino del Lago, Scandolara Ravara, Solarolo Rainerio, Spineda, Tornata, Torricella del Pizzo e Voltido, in provincia di Cremona.

L'OdC di Viadana, presidio dell'ASST di Mantova, serve un bacino di utenza di circa 90.000 abitanti. È un punto di riferimento fondamentale per il territorio che comprende il territorio casalasco e

viadanese e i comuni limitrofi delle province di Mantova e Cremona e delle province confinanti di Parma e Reggio Emilia. L'OdC di Viadana è collocato all'interno della Casa di Comunità di Viadana. 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, in linea 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)

***rif. b.1** L'OdC di Viadana è stato accreditato con provvedimento regionale DGR 784 del 31.07.2023 per n.20 posti letto (al momento attivi 15 posti letto) (allegato 1). È stata inviata istanza di riclassificazione e dichiarazione di avvenuto adeguamento ai requisiti ex DGR 2559/14 e DGR 1435/2023 in data 30.12.2025 (allegato 2)

L'OdC di Viadana 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 necessitano comunque di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio, ma con necessità di assistenza e sorveglianza continuativa che non può essere garantita a domicilio per carenza o inadeguatezza (strutturale e/o 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 care-giver 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 – b5)

Allegato 3 Piano di Cura OdC

Allegato 4 Educazione sanitaria caregiver

Allegato 5 Gestione trasporti secondari pazienti

Allegato 6 Relazione generale organizzativa e gestionale Ospedale di Comunità di Viadana

Allegato 7 Modello organizzativo aziendale OdC Viadana

Allegato 8 Progetto sperimentale di collaborazione dei medici di Continuità Assistenziale della sede di Viadana con l'Ospedale di Comunità di Viadana

I pazienti ricoverati nell'OdC di Viadana, 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.

***rif. b.2** Date le caratteristiche del target di pazienti e dei 15 posti letto attivi, il funzionamento, la cura e l'assistenza ai pazienti ricoverati presso l'OdC di Viadana è assicurata dai seguenti professionisti:

- 1 Coordinatore infermieristico con ruolo di case manager, presente da lunedì a venerdì in fascia oraria diurna
- 1 Medico con responsabilità clinica e ulteriori 2 medici che, secondo turnistica, garantiscono la presenza di almeno 4,5 ore al giorno 6 /7 giorni e la pronta disponibilità nelle restanti ore dal lunedì al venerdì nel turno diurno; nel turno notturno e nei diurni festivi e prefestivi è attivo il servizio di pronta Disponibilità su progetto sperimentale attivo dal 01/01/2026 con Medici di Continuità Assistenziale (MCA)
- 9 Infermieri che garantiscono, in turnazione, l'assistenza per h24 per 7 giorni su 7
- 9 Operatori Socio Sanitari che garantiscono, in turnazione, l'assistenza h 24 per 7 giorni su 7
- 3 fisioterapisti, afferenti al Servizio di Terapie Fisiche del Poliambulatorio della Casa di Comunità di Viadana, che intervengono su necessità e per quanto indicato nel PRI
- Su necessità è possibile chiedere consulenze di altre professionalità, mediante richieste su portale dedicato (Galileo)

Il personale di reparto si prende cura del paziente in tutte le fasi del periodo di ricovero presso la struttura, curando tutti i passaggi, dalla fase di accoglienza alla dimissione protetta (allegato 3).

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;
- 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 (allegato 4);
- possibilità di avvalersi di consulenze specialistiche presenti presso la Casa di Comunità/Struttura ospedaliera di riferimento.

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

L'eventuale insorgenza di instabilità clinica rilevata dal medico di reparto (in turno o chiamato in reperibilità o dall'infermiere in turno) può essere gestita tramite una consulenza da parte degli specialisti ospedalieri e/o organizzando l'invio del paziente nel reparto di competenza.

È prevista la gestione delle criticità. In caso di necessità verrà attivato il medico presente in reparto o in pronta disponibilità nel minor tempo possibile. Qualora il paziente presenti la necessità di intervento di emergenza / urgenza saranno adottate le procedure più idonee, secondo le indicazioni aziendali (allegato 5), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU. Si specifica pertanto, come previsto dal DM 77/22, che, in caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste tramite il sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

I servizi dell'OdC sono attivi in conformità agli standard definiti dal Decreto Ministeriale 77 del maggio 2022 (allegato 3, allegato 6, allegato 7):

***rif. b.3** L'OdC è operativo 7 giorni su 7 e l'assistenza è garantita dal personale sopra descritto (*b2) con turnazione di seguito indicata:

***rif. b.4**

- personale infermieristico: è garantita l'assistenza nelle 24 ore 7 giorni su 7
- personale OSS: è garantita l'assistenza nelle 24 ore 7 giorni su 7

***rif. b.5 (Allegato 8)**

- 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 della ASST e anche con contratto di lavoro autonomo nel turno 8-20 per un minimo di 4,5 ore al giorno da lunedì a sabato. Nelle restanti ore diurne, nel turno 20-8 e nei giorni festivi, l'assistenza medica è garantita in forma di pronta disponibilità dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA) della sede di Viadana presente anch'essa all'interno della Casa di Comunità. La partecipazione della

medicina generale all'attività dell'OdC di Viadana 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 MMG.

L'assistenza riabilitativa viene garantita da personale afferente al Servizio di Terapie Fisiche del Poliambulatorio della Casa di Comunità di Viadana. Il personale fisioterapico viene attivato nel caso di pazienti eleggibili a riabilitazione, come indicato nel PRI redatto dallo specialista Fisiatra su consulenza richiesta del medico di reparto.

4. Definizione Macro-Aree

(*rif. Check list: b8)

Allegato 9 Planimetria

Allegato 10 Procedura Specifica "Gestione delle attività relative all'applicazione del Regolamento di Polizia Mortuaria per il Presidio Asola Bozzolo - Stabilimenti Ospedalieri di Bozzolo e Viadana

L'OdC di Viadana è collocato presso lo stabile che ospita la Casa di Comunità di Viadana, più precisamente al 1° piano del corpo 1, corpo 2 e parte del corpo 3 centrale.

Ai sensi di quanto prevede la normativa vigente (D.M. 77/2022, DRG 6760/2022, DGR 1435/2023), I locali dell'OdC sono così definiti (allegato 9):

- 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
- Soggiorno
- Locale deposito pulito e locale deposito sporco
- locale deposito attrezzature
- spazio attesa per visitatori
- bagni per utenti e per personale dedicati
- tisaneria
- bagno assistito
- locale per attività motorie e riabilitative con wc visitatori e utenti per Handicap (nel PO vi sono altri bagni per visitatori e utenti)
- n.9 stanze con due posti tecnici
- n.2 stanze per un posto tecnico
- le utilities sono presenti nella CdC (distributori bevande)

La diagnostica per immagini è garantita dalla UO Poliambulatorio di Viadana, in quanto accreditata per la macro-attività di Attività di Diagnostica per immagini presente nello stabilimento al piano terra, così come la diagnostica di base di tipo laboratoristico è garantita dal Punto Prelievi presente

al piano terra. Entrambi i servizi sono dislocati al piano terra della Casa di Comunità di Viadana a cui l'Ospedale di Comunità è fisicamente collegata.

Viene garantita la possibilità di eseguire diagnostica di base tramite idonee dotazioni tecnologiche (ecografo, ECG portatile – refertazione anche con servizio di telemedicina (rif* b7), saturimetro, spirometro, emogasanalizzatore, apparecchio per esami POCT).

Sulla base di una razionale organizzazione aziendale e corretto utilizzo degli spazi, nonché per motivi di carattere igienico sanitario, gli spogliatoi destinati agli operatori dell'Ospedale di Comunità trovano collocazione a piano terra della Casa di Comunità e sono in condivisione con altri servizi della CdC.

È previsto un locale per la sosta salma all'interno del reparto, come definito nella procedura aziendale PrSDSBZ11 Procedura Specifica "Gestione delle attività relative all'applicazione del Regolamento di Polizia Mortuaria per il Presidio Asola Bozzolo - Stabilimenti Ospedalieri di Bozzolo e Viadana" (allegato 10)

Sono garantite le attività amministrative e di supporto all'attività di degenza quali e della gestione biancheria.

5. Modello organizzativo

(*rif. Check list: b4-b5)

Allegato 7 Piano di Cura OdC

Allegato 11 Modulo Proposta ammissione Ospedale di Comunità

Allegato 12 Procedura "Centrale Operativa Territoriale"

Allegato 13 Procedura Gestione Integrata tra la COT di Casalmaggiore e la COT di Viadana di soggetti che necessitano di continuità assistenziale post dimissione

Allegato 14 Protocollo Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall'OdC al domicilio

L'OdC di Viadana accoglie prevalentemente pazienti residenti nel Distretto Oglio Po casalasco viadanesi, 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:

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 dei pazienti:

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 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

Modalità di accesso all'OdC:

la presa in carico dell'utente prevede la presentazione della domanda di inserimento (allegato 11) 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'OdC 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 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 attività di base della vita quotidiana (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 percorso di dimissione del paziente è gestito in collegamento con gli operatori della COT e della Casa della Comunità di Viadana (allegati 12, 13 e 14).

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 Viadana e a quella 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 Viadana, 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

- Informa l'OdC in merito all'esito del sopralluogo domiciliare per la programmazione delle dimissioni.

- stila il Piano Individuale (PI) e lo inoltra alla COT di riferimento in base alla residenza del paziente per l'attivazione dei servizi.

La COT di riferimento territoriale attiva i servizi necessari in coerenza con il PI e attiva l'IFeC per il primo accesso post-dimissione, se necessario

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, b10)

Allegato15 FASAS_OdC

Allegato 16 Guida alla compilazione_FASAS_OdC;

Allegato 17 Flusso SIOC RL 2026

***rif b.6** 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) (allegato 15 e 16).

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 Viadana, è 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 Viadana sarà supportato 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** 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 (allegato 17)

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.

Nelle more della riclassificazione in OdC, l'attività è stata rendicontata come Sa07, compilando regolarmente hsp 22 bis e hsp 12.

Integrazione con altri Servizi

(*Check list rif. b.7-b.9)

Allegato 12 Procedura “Centrale Operativa Territoriale;

Allegato 13 Gestione Integrata tra la COT di Casalmaggiore e la COT di Viadana di soggetti che necessitano di continuità assistenziale post dimissione

Allegato 14 Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall’OdC al domicilio

Allegato 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** 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” (allegato 12) 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. Nell’ambito del Distretto Oglio Po casalasco viadanese, distretto “a scavalco” tra l’ASST di Mantova e l’ASST di Cremona, è stata definita un’ulteriore procedura specifica di raccordo tra la COT di Viadana (ASST MN) e la COT di Casalmaggiore (ASST CR) “Gestione Integrata tra la COT di Casalmaggiore e la COT di Viadana di soggetti che necessitano di continuità assistenziale post dimissione” (allegato 13)

***rif. b.7** Il protocollo PR01PdCOdCASST “Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall’OdC al domicilio” 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 (allegato 14).

***rif. b.9** 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** 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, 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, allegato 5), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU.

***rif. b.7** Presso l'OdC di Viadana saranno attivate ulteriori attività di monitoraggio dei pazienti attraverso servizi di telemedicina. Tali servizi sono attualmente in fase di avvio e verranno progressivamente implementati (allegato 18).

ELENCO ALLEGATI

1. decreto accreditamento OdC Viadana DGR 784 del 31.07.2023
2. istanza riclassificazione nota prot. 76025 del 30.12.2025
3. Piano di Cura Ospedale di Comunità ASST Mantova PdCOdCASST Rev. 2
4. Educazione sanitaria caregiver MOD02PdCOdCASST
5. Gestione trasporti secondari pazienti adulti PG01MQ07
6. Relazione generale organizzativa e gestionale Ospedale di Comunità di Viadana
7. Documento organizzativo aziendale OdC Viadana
8. Progetto sperimentale di collaborazione dei medici di Continuità Assistenziale della sede di Viadana con l'Ospedale di Comunità di Viadana
9. Planimetria OdC Viadana
10. Procedura Specifica "Gestione delle attività relative all'applicazione del Regolamento di Polizia Mortuaria per il Presidio Asola Bozzolo - Stabilimenti Ospedalieri di Bozzolo e Viadana" PrSDSBZ11
11. Modulo Proposta ammissione Ospedale di Comunità MOD01PdCOdCASST
12. Centrale Operativa Territoriale PGCOT Rev.3
13. Procedura Gestione Integrata tra la COT di Casalmaggiore e la COT di Viadana di soggetti che necessitano di continuità assistenziale post dimissione PrS01PGCOT
14. Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall' OdC al domicilio PR01PdCOdCASST
15. FASAS _OdC
16. Guida alla compilazione FASAS _OdC
17. Flusso_SIOC_RL_2026
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