

# 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/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))

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)