

OSPEDALE DI COMUNITÀ «MURAVERA»

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

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

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità «MURAVERA»
Sede	Viale Rinascita, 1, 09043 Muravera CA
CUP	G42C26000040006
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione non applicabile
Data di inizio funzionamento*	28.05.2026

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

2. Introduzione e servizi offerti

Il presente documento definisce le modalità di realizzazione e l'organizzazione dell'Ospedale di Comunità (OdC) presso il Distretto Sarrabus Gerrei - Sede Muravera, situato presso il secondo piano del PO San Marcellino, afferente alla Azienda Sanitaria Locale n. 8 di Cagliari, in coerenza con il DM 77/2022 e con il modello di sviluppo dell'assistenza territoriale previsto dal PNRR – Missione 6 Salute, e con la DGR 27/34 del 21/05/2025. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria che afferisce alla rete dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni di assistenza infermieristica, sociosanitari, di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale; si configura quale struttura destinata alla presa in carico di pazienti clinicamente stabilizzati che necessitano di assistenza a bassa intensità e di monitoraggio infermieristico continuativo.

La struttura, in overbooking, prevede una dotazione di 20 posti letto, con degenza media orientativamente compresa tra 7 e 30 giorni, in funzione della complessità assistenziale e degli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Il documento definisce assetto organizzativo, criteri di accesso, modalità operative, responsabilità professionali e strumenti di monitoraggio, al fine di garantire qualità dell'assistenza, sicurezza delle cure e integrazione multi professionale, nell'ottica della continuità ospedale-territorio garantendo qualità dell'assistenza e sicurezza delle cure per i pazienti afferenti al Distretto Sarrabus Gerrei.

1. Introduzione e servizi offerti

Gli Standard proposti tenendo conto del contesto di sviluppo del progetto per un nucleo di 15 posti letto:

- 7 Infermieri h24
- 1 Coordinatore infermieristico
- 4 OSS h24
- 1 Assistente sociale 18h/sett (in condivisione con Distretto Sarrabus Gerrei)
- 1 Fisioterapista 18h/sett (in condivisione con PO San Marcellino Muravera)

Organizzazione assistenza Infermieristica

Il Coordinatore Infermieristico è un infermiere in possesso dei requisiti previsti dalla L.43/2006 e successive modificazioni. All'interno dell'OdC svolge le seguenti attività:

- pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative;
- pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;
- gestione del personale;
- sviluppo e formazione del personale;
- costruzione di relazioni collaborative e interprofessionali;
- gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- gestione della sicurezza

L'Infermiere/Infermiere Case Manager svolge attività finalizzate a favorire la presa in carico del paziente, pianificando le attività assistenziali con obiettivi a lungo, medio o breve termine; è un infermiere esperto con formazione specifica, una figura cardine all'interno del modello organizzativo che si propone, e svolge le seguenti attività:

- pianifica e coordina il percorso del paziente dall'ingresso, durante l'accoglienza e verso la destinazione definitiva;
- è responsabile dell'attuazione del PAI o del percorso di recupero/mobilizzazione e deospedalizzazione del paziente;
- mantiene le relazioni tra il paziente, la famiglia, i servizi domiciliari e l'ospedale nel caso il ricovero sia proposto da un reparto tramite il sistema PASS/COT;
- attiva la procedura della transizione con il servizio ADI/rete dei servizi territoriali, e verifica la prescrizione degli ausili eventualmente necessari per il passaggio al setting domiciliare;
- è il responsabile del buon andamento del PAI, esegue delle valutazioni in itinere per il raggiungimento degli obiettivi preposti;
- in collaborazione con gli infermieri dell'OdC, svolge l'addestramento e l'educazione terapeutica del caregiver/familiare utilizzando un apposito ambulatorio all'interno dell'OdC.

L'Infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica. Svolge attività assistenziali e di prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati/disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria; per l'espletamento delle funzioni si avvale, quando necessario, dell'opera del personale di supporto, nello specifico:

- partecipa all'identificazione dei bisogni di assistenziali del paziente e del caregiver/familiare;

- identifica i bisogni di assistenza infermieristica del paziente e del caregiver/familiare e formula i relativi obiettivi;
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico in relazione agli obiettivi del PAI;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- utilizza strumenti e tecniche di comunicazione ed ascolto efficace finalizzate all'empowerment del paziente e del caregiver/familiare;
- agisce sia individualmente, sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;

L'Operatore Socio-Sanitario (OSS) è l'operatore che svolge l'attività indirizzata a soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario. Favorisce il benessere e l'autonomia dell'assistito svolgendo attività di assistenza diretta, supporto domestico alberghiero, interventi igienico-sanitario e di carattere sociale e supporto gestionale, organizzativo e formativo del paziente e del caregiver/familiare.

Organizzazione assistenza Medica

La presenza medica in struttura è garantita per un totale di 23 ore settimanali, dal lunedì al venerdì, garantendo ammissioni e dimissioni nei 5 giorni della settimana nella fascia oraria 08.00-14.00. L'assistenza medica ai pazienti è prestata dai Medici di Medicina Generale (MMG) e/o dal referente medico del Distretto, che hanno in carico i pazienti in base alla loro residenza/domicilio.

Attraverso questo processo si integra il gruppo multidisciplinare con l'equipe infermieristica, garantendo l'assistenza medica routinaria e assicurando una reperibilità telefonica.

In considerazione della contiguità logistica dell'OdC con la SC di Medicina attivo sul medesimo piano del PO San Marcellino, costituisce un rilevante valore aggiunto la possibilità di una integrazione in caso di esigenze cliniche e/o di rivalutazione, con il supporto del medico di guardia della U.O. di Medicina, assicurando una più tempestiva valutazione dei pazienti e un rafforzamento della continuità assistenziale. La presenza medica è garantita, con accordi aziendali, anche dal medico di guardia della SC di Medicina tramite attraverso chiamata ai numeri 070/6097735-7707

Nel fine settimana (sabato e domenica) e nei giorni festivi, la continuità assistenziale è garantita tramite il servizio di Guardia Medica, attivabile a chiamata. Per tutte le situazioni di urgenza ed emergenza viene attivato il servizio territoriale di emergenza-urgenza (112).

Organizzazione assistenza Riabilitativa

Il fisioterapista, in occasione della presa in carico iniziale, effettuerà una valutazione funzionale del paziente, definendo gli obiettivi riabilitativi e compilando la sezione della cartella clinica di propria competenza. Successivamente prenderà visione del PAI ed integrerà il programma riabilitativo previsto. Condividerà infine con l'équipe la proposta relativa alla prescrizione di eventuali ausili necessari.

2. Definizione Macro-Aree

Come previsto nel Documento di Indirizzo per il meta-progetto dell'Ospedale di Comunità di Age.na.s 2022 si definiscono:

- Macro-Area degenza, evidenziata in rosso nella Figura 1: ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali 15 posti letto di degenza, ambulatorio infermieristico e ambulatorio per gli specialisti che provvisoriamente comportano l'utilizzo di locali operativi del PO San Marcellino.
- Macro-Area generali e logistici: servizi di accoglienza per gli utenti, spogliatoi, aree relax, magazzini, depositi, servizi mortuari, locali tecnici sono garantiti dall'utilizzo dei locali già operativi del PO San Marcellino.

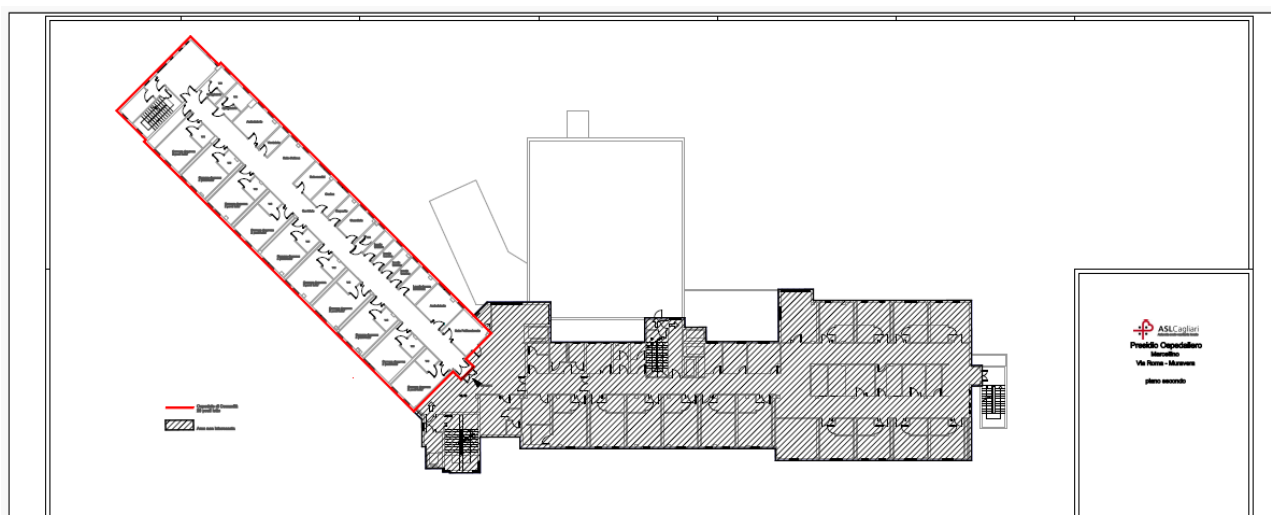


Figura 1. Planimetria piano secondo con evidenza OdC

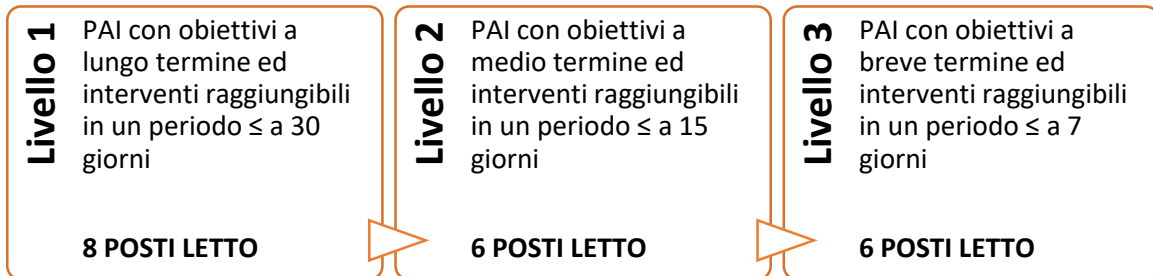
3. Modello organizzativo

L'OdC accoglie elettivamente pazienti con perdita recente di alcune attività della vita quotidiana (ADL) ed esempio, camminare, provvedere alle cure igieniche, usare il bagno, lavarsi, vestirsi, muoversi nel letto, mangiare, espletare i bisogni fisiologici, con diverse possibili traiettorie prognostiche:

- pazienti le cui funzioni/abilità perse sono potenzialmente riacquistabili ma è necessario un periodo di recupero per favorire la mobilitazione e la riattivazione, con un percorso da iniziare in OdC e da proseguire eventualmente in ambito riabilitativo;
- pazienti totalmente dipendenti le cui funzioni/abilità motorie o cognitive non sono recuperabili, dovendo adattare il paziente (e la famiglia) all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico. È necessario un breve periodo di tempo di adattamento alla disabilità definitiva, prima del transito in setting territoriale

- prosecuzione di terapia e/o medicazioni avanzate in setting di transizione

Queste linee prognostiche si traducono in tre livelli di Setting Assistenziale di transizione, in cui si propone di suddividere la nostra capacità di accoglienza in base alla durata degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi al fine di garantire un opportuno turnover in coerenza con gli obiettivi aziendali:



La suddivisione in tre livelli di Piano Assistenziale Integrato (PAI), consentono di differenziare l'intensità e la durata degli interventi assistenziali, evitando che l'accesso alla struttura sia limitato esclusivamente a ricoveri prolungati. Tale articolazione organizzativa garantisce una quota stabile di posti letto ad elevata rotazione, in particolare nei livelli a breve e medio termine. Inoltre, la presenza di percorsi con durata definita facilita le transizioni operative con il territorio, promuovendo la continuità assistenziale, il rientro al domicilio o l'inserimento in altri Setting di Cura più appropriati, in coerenza con l'evoluzione del quadro clinico e funzionale della persona.

Criteri di eleggibilità e di esclusione dei pazienti

I destinatari delle degenze di Ospedale di Comunità sono afferenti al Distretto Sarrabus Gerrei per residenza/domicilio, con le seguenti caratteristiche:

- 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 multi morbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente stabili, dimessi 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'ospedale di comunità svolge pertanto una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero.

Sono eleggibili pazienti, provenienti da 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/Medico Referente del Distretto;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (valutazione con Scala MEWS ≤ 2);
- 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 (Scala MEWS ≤ 2 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa;
- 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;

Non sono eleggibili pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati:

- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con elevata complessità intensità assistenziale;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza 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, affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all'atto dell'invio;
- pazienti in cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.

A queste si aggiungono casi appositamente valutati dalla COT, pazienti con inquadramento diagnostico non ben definito, programma terapeutico non ben delineato, affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento (con esclusione dell'isolamento da contatto) tutti quei

pazienti la cui documentazione è stata rigettata dalla COT come non valutabile perché incompleta o perché non aggiornata.

Se tra la data di invio della documentazione e la data di trasferimento, trascorre un arco temporale di 5 giorni, questa deve essere inoltrata aggiornata alla COT; se sopraggiungono complicanze è compito del Medico dell'U.O. o della struttura richiedente comunicare, via mail o telefono, la sospensione del trasferimento all'OdC tramite la COT. In particolare, il trasferimento del paziente deve essere sospeso se, nelle 24 ore precedenti, sono sopraggiunti segni di instabilità clinica.

Gestione degli ingressi in OdC

L'arrivo del paziente verrà concordato per data ed orario tra la COT e l'OdC, dal lunedì al venerdì nella fascia oraria compresa tra le 08:00 e le 14:00. La transizione assistenziale tra ospedale e territorio è gestita in modo integrato tramite il sistema dei PASS e la COT di Muravera, garantendo la continuità del percorso di cura e la presa in carico appropriata del paziente; analogamente, la transizione dal territorio all'ospedale è coordinato attraverso il PUA-UVT e la COT di Muravera, assicurando una valutazione multidimensionale e l'attivazione dei servizi adeguati al bisogno specifico del paziente.

La richiesta di accesso al di fuori di tali orari viene comunque garantita dalla COT, programmata direttamente con l'OdC, in presenza di criteri stabiliti e prioritariamente finalizzata alla decongestione i servizi che trattano patologie tempo-dipendenti, quali, ad esempio, Cardiologia/UTIC e Pronto Soccorso.

Obiettivi del ricovero e modalità di stesura PAI

La determinazione del PAI rappresenta il momento centrale del percorso di presa in carico del paziente all'interno dell'Ospedale di Comunità di Muravera. Il PAI viene definito mediante l'utilizzo della cartella clinico-assistenziale integrata e/o informatizzata, al fine di garantire uniformità documentale, continuità assistenziale e tracciabilità dei processi clinici e organizzativi.

La predisposizione del PAI avviene attraverso una valutazione multidimensionale effettuata dall'équipe multi professionale, composta da medico, infermiere, fisioterapista, assistente sociale e dagli altri professionisti coinvolti nel percorso assistenziale. Tale valutazione considera gli aspetti clinici, funzionali, assistenziali, cognitivi e socio-relazionali della persona assistita, con particolare attenzione al livello di autonomia residua, ai bisogni assistenziali prevalenti e agli obiettivi di recupero e stabilizzazione.

Il PAI definisce gli obiettivi assistenziali e riabilitativi, gli interventi sanitari, infermieristici, riabilitativi e socio-assistenziali programmati, la frequenza e le modalità di monitoraggio clinico-assistenziale, i criteri di rivalutazione periodica e gli indicatori utili alla verifica degli esiti del percorso di cura.

La pianificazione assistenziale viene aggiornata in modo dinamico durante tutta la permanenza del paziente nella struttura, sulla base dell'evoluzione clinica e del raggiungimento degli obiettivi definiti. Tutte le attività vengono registrate nella cartella integrata e/o informatizzata, garantendo la condivisione in tempo reale delle informazioni tra i professionisti coinvolti e favorendo l'integrazione ospedale-territorio.

Gestione del ricovero e attivazione delle risorse necessarie per rispondere ai bisogni specifici dei pazienti

Durante il ricovero, la presa in carico verrà garantita dal personale infermieristico e di supporto, nel caso in cui gli obiettivi non vengano raggiunti nei tempi stabiliti, il MMG del paziente/referente medico del Distretto con l'infermiere formulerà un nuovo PAI e il tempo di degenza verrà ridefinito in base al quadro clinico, riabilitativo e le necessità correlate all'assistenza, ma non potrà comunque protrarsi oltre i 60 giorni, come da normativa vigente.

Gestione delle Dimissioni

A seguito della rielaborazione del nuovo PAI, si può programmare la transizione ad un setting assistenziale pertinente con i nuovi obiettivi definiti per il tramite della COT. A 5 giorni dalla dimissione stimata, se gli obiettivi del PAI sono in via di raggiungimento, l'infermiere redige un PAI di pre-dimissione, che verrà integrato e validato entro il termine ultimo di dimissione dal MMG/Referente medico del Distretto.

4. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando la cartella integrata e/o informatizzata. E inoltre possibile garantire alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

L'alimentazione del flusso regionale avviene tramite la compilazione di tutti i dati sanitari degli accessi presso l'OdC, a cura degli operatori sanitari e l'estrazione di tutte le informazioni contenute andrà ad alimentare il flusso SIOC attraverso il modulo Social Care di Garsia.

La funzione di coordinamento e raccordo con gli altri servizi è gestita, tramite sistema informatico dalla COT che effettua le transizioni tra ospedale (PASS) e territorio (OdC) garantendo la continuità del percorso di cura e la presa in carico del paziente; analogamente, la transizione dall'OdC al territorio è coordinata attraverso il PUA-UVT e la COT, assicurando una valutazione multidimensionale e l'attivazione dei servizi in relazione al bisogno specifico del paziente.

5. Integrazione con altri Servizi

L'Ospedale di Comunità, pur mantenendo un'autonomia funzionale nella gestione dei propri processi assistenziali, opera in stretta e costante integrazione con gli altri servizi sanitari del

territorio, al fine di garantire la continuità delle cure e la tempestività degli interventi. In questa sezione descrivere le modalità di collegamento operativo e tecnologico con:

- Collegamento con la/e COT in via di definizione
- Rete di Cure Intermedie e COT in via di definizione
- Specialistica ambulatoriale in via di definizione
- Si applica la procedura già in uso tra PASS-COT e COT-PUA UVT/Cure domiciliari assicurando la continuità assistenziale tra i diversi setting e la tempestiva presa in carico in Cure Domiciliari.
- Rete Locale di Cure Palliative
- Rete emergenza-urgenza garantita dal servizio di continuità assistenziale presente nella medesima struttura nonché dal numero unico 112