

OSPEDALE DI COMUNITÀ OVERBOOKING CORPO STACCATO P.O. BINAGHI

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

Il presente documento di indirizzo si compone delle seguenti sezioni:

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

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

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità overbooking corpo staccato P.O Binaghi
Sede	Via Is Guadazzonis
CUP	D82C26000090006
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	15/06/2026

* 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 Cagliari Area Vasta - Sede Binaghi, situato presso il secondo piano del Plesso staccato del PO Binaghi, 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 11 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 Cagliari Area Vasta.

1. Introduzione e servizi offerti

Gli standard prevedono per un nucleo di 15 posti letto:

- 12 Infermieri h24
- 1 Coordinatore infermieristico
- 8 OSS h24
- 1 Assistente sociale 18h/sett (in condivisione con Distretto Cagliari Area Vasta)
- 1 Fisioterapista 18h/sett(in condivisione con Distretto Cagliari Area Vasta)

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;
- 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 efficaci 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 dal Referente Medico dell'Odc, da medici di assistenza primaria a ruolo unico e/o da Referenti medici del Distretto o dal Referente Medico del OdC. Attraverso questo processo si integra il gruppo multidisciplinare con l'équipe infermieristica, garantendo l'assistenza medica routinaria e assicurando una reperibilità telefonica. Nel fine settimana (sabato e domenica) e nei giorni festivi, la continuità assistenziale è garantita tramite il servizio di Guardia Medica di Cagliari, attivabile a chiamata. Per tutte le situazioni di urgenza ed emergenza viene attivato il servizio territoriale di emergenza-urgenza (112).

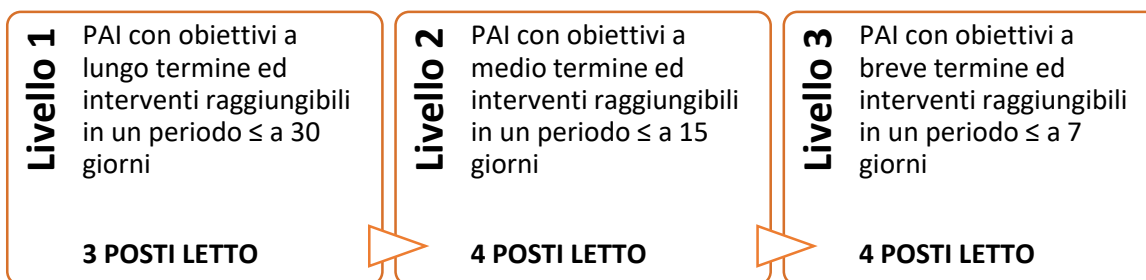
Organizzazione assistenza Riabilitativa

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 nella Figura 1: ospita tutti i servizi di natura sanitaria quali 11 posti letto di degenza, ambulatorio infermieristico e ambulatorio per gli specialisti che provvisoriamente comportano l'utilizzo di locali operativi del PO Binaghi.
- 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 Binaghi.



La suddivisione in tre livelli di PAI (lungo, medio e breve termine) consente 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 Cagliari Area Vasta 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, 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'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/Medico Referente OdC;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (valutazione con Scala MEWS $\leq$ 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 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 Cagliari, 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 o l'UVT di Cure domiciliari e la COT di Cagliari, 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 verrà comunque garantita dal sistema 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

All'ingresso viene formulato un Piano assistenziale (PAI) di livello 1, 2, 3 e durante la degenza il paziente viene rivalutato ad intervalli regolari, per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali individuati all'ingresso di lungo medio o breve termine.

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 entro 30 giorni, il MMG del paziente/referente medico del Distretto in collaborazione con l'infermiere formulerà un nuovo piano assistenziale e il tempo di degenza verrà ridefinito in base al quadro clinico, riabilitativo e le necessità correlate all'assistenza, ma non potrà protrarsi oltre i 60 giorni, come da normativa vigente.

Gestione delle Dimissioni

Se dall'elaborazione del nuovo piano assistenziale si riterrà opportuno si potrà valutare la transizione ad un setting assistenziale alternativo pertinente ai nuovi obiettivi definiti. La documentazione verrà inoltrata alla COT, che valuterà il miglior Setting assistenziale e gestirà l'eventuale trasferimento. 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 informativo 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 e 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. Nello specifico sussiste integrazione con:

- COT-PASS
- Specialistica ambulatoriale
- PUA/UVT
- Cure domiciliari integrate
- Rete emergenza-urgenza garantita dal servizio di continuità assistenziale nonché dal numero unico 112

L'integrazione della rete dei servizi è garantita attraverso dai sistemi informativi SISAR-GARSIA.

Cagliari, 15 giugno 2026

Il Referente per Distretto Cagliari Area Vasta