# MODELLO ORGANIZZATIVO OSPEDALE DI COMUNITÀ

*Conforme al DM 77/2022 e agli standard PNRR – Missione 6, Componente 1, Investimento 1.3)*

## 1. INFORMAZIONI GENERALI

| **Denominazione della struttura** | **Ospedale di Comunità di Ceva** |
|---|---|
| Sede | Via San Bernardino 4, 12073 Ceva |
| CUP | I89J21018530006 |
| Tipologia di intervento PNRR | Ristrutturazione |

## 2.INTRODUZIONE E SERVIZI OFFERTI

### 2.1 Obiettivi e mission

In coerenza con la normativa vigente e con il DM 77/2022, l'Ospedale di Comunità (OdC) di Ceva si inserisce nella programmazione regionale piemontese e nella rete aziendale territoriale dell'ASLCN1 come struttura sanitaria di ricovero breve a bassa/media intensità clinica, che garantisce continuità assistenziale, svolgendo una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero in acuzie.

L'OdC è un presidio sanitario che si inserisce nella rete di presa in carico territoriale con l'obiettivo di favorire un'assistenza di prossimità, a forte indirizzo infermieristico, per supportare l'assistito e la famiglia/*caregiver*, promuovendone consapevolezza e autogestione della malattia oltre a programmare interventi educativi. La finalità è quella di prevenire le ospedalizzazioni in acuzie potenzialmente inappropriate e/o di favorire dimissioni protette in luoghi idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia.

L'OdC è una struttura sanitaria atta a erogare cure intermedie con tempi di degenza brevi (di durata non superiore a 30 giorni) in seguito alla dimissione da reparti per acuti oppure a pazienti provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica e/o l'esigenza di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare, in quanto necessitano di assistenza infermieristica continuativa e/o valutazione riabilitativa di supporto.

L'OdC di Ceva è collocato all'interno del Presidio Ospedaliero di Ceva, collegato funzionalmente con i servizi della rete territoriale dell'ASLCN1, per realizzare una presa in carico multiprofessionale integrata, attraverso la COT, con le CdC, l'assistenza primaria e la medicina specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare e la rete delle Cure Palliative.

## 2.2 Riferimento normativo e collocazione nel sistema sanitario territoriale

- Regolamento Europeo 2020/2094 del 14 dicembre 2020. Next Generation EU (NGEU), Programma finanziario
- Decreto Ministero della Salute del 20/1/2022. Ripartizione programmatica delle risorse per i progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
- Decreto Ministero della Salute del 23/5/2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"
- Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità
- AGENAS – Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali. Quaderni di Monitor: Documento di indirizzo per il metaprogetto dell'ospedale di comunità. Roma, 2022, supplemento alla rivista semestrale Monitor
- Linee Guida Azienda Zero Nota Prot n. 2022/000787 del 20/12/2022 "Linee Guida per la realizzazione degli Ospedali di Comunità (OdC) e delle case di Comunità (CdC).

## 2.3 Descrizione generale del bacino di utenza

Il bacino di utenza dell'OdC di Ceva è il Distretto Sud-Est dell'ASLCN1 che comprende complessivamente 64 comuni dislocati all'interno di un'area di quasi 1500 kmq; la popolazione residente al 31/12/2024 è pari a 84.108 abitanti con una densità di 56,64 abitanti/kmq. Sul territorio del Distretto è stata prevista la realizzazione di 3 Case della Comunità (Ceva, Dogliani e Mondovì) e di un Ospedale di Comunità (Ceva); sono presenti altresì due dei cinque Presidi Ospedalieri dell'ASLCN1, il P.O. di Mondovì, sede di DEA di I° livello, e il P.O. di Ceva.

## 2.4 Descrizione della struttura

L'OdC di Ceva è dotato di 15/20 posti letto ed è collocato al 1° piano del P.O di Ceva con il quale condivide accesso e spazi integrati.

La distribuzione dei locali è priva di barriere architettoniche e rispetta le condizioni per garantire sicurezza, percorsi distinti e funzionalità assistenziale.

# 3 ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

## 3.1 Personale minimo dell'Ospedale di Comunità

La gestione è basata su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

- **Responsabilità**:

*Clinica*: in capo a un Medico (dipendente, convenzionato o MMG).

*Organizzativa*: affidata a un Coordinatore Infermieristico.

- **Standard di Personale (per modulo da 15/ 20 PL):**

**Infermieri**: 7-9 unità (di cui 1 Coordinatore Infermieristico); presenza garantita h24, 7/7

**OSS**: 6-10 unità per l'assistenza di base; presenza garantita h24, 7/7

**Altro personale sanitario**: 1-2 unità per il recupero funzionale

**Medici**: Presenza di 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7.

## 3.2 Organizzazione dell'assistenza medica

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 in presenza e per le restanti ore in forma di contattabilità. Nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo dal medico operante nella struttura o nel Presidio Ospedaliero. In caso di emergenza verranno attivate le procedure previste nel Presidio Ospedaliero.

## 3.3 Organizzazione dell'assistenza riabilitativa

L'assistenza riabilitativa è erogata dal personale della Riabilitazione del P.O di Ceva, come previsto dai percorsi di presa in carico aziendali in essere.
L'attività riabilitativa è orientata al mantenimento e, ove possibile, al recupero delle autonomie funzionali degli assistiti, nonché alla prevenzione delle complicanze legate all'immobilità o alla fragilità, contribuendo in modo determinante alla continuità delle cure e alla riduzione del rischio di riospedalizzazione clinica.

## 3.4 Operatività della struttura e organizzazione dei servizi erogati

L'OdC prevede:

- assistenza infermieristica H24
- attività di supporto per i bisogni di base H24

- interventi medici programmati e su necessità
- riabilitazione di base e valutazione funzionale
- monitoraggio parametri, gestione terapie e *devices*
- educazione terapeutica e addestramento *caregiver*
- preparazione alla dimissione protetta.

# 4 DEFINIZIONE MACRO – AREE

## 4.2 Macro-area degenza

La Macro-Area Degenza comprende tutti gli spazi dedicati all'attività sanitaria dell'OdC, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente. Gli ambienti includono:

- 2 camere singole, utilizzabili per isolamento in caso di necessità, ciascuna con servizio igienico dedicato
- 9 camere doppie con 5 servizi igienici dedicati
- studio medico
- ambulatorio medico
- zona lavoro medici
- zona lavoro infermieri
- front-office
- locale per coordinatore della struttura
- locali per la riabilitazione presenti nel reparto di Riabilitazione del P.O di Ceva
- bagno assistito.

Tutti gli ambienti sono progettati per garantire prossimità assistenziale, sicurezza e continuità dei processi di cura.

## 4.3 Macro-area generali e logistici

La Macro-Area Generali e Logistici comprende i servizi non sanitari indispensabili al funzionamento dell'OdC, secondo le indicazioni del modello organizzativo AGENAS, che include:

- sala d'attesa
- area di accoglienza/soggiorno per utenti e *caregiver*
- tisaneria e area relax/pausa per il personale
- deposito pulito per materiale sanitario e DPI

- deposito materiale sporco con vuotatoio
- deposito attrezzature/ ausili/ materiali.

Sono inoltre presenti, in condivisione con il P.O di Ceva:

- locali tecnici (impianti, quadri elettrici, server, centrale idrica)
- magazzini e aree di stoccaggio per presidi, ausili e materiale sanitario
- camere mortuarie.

Questi spazi garantiscono un funzionamento sicuro, continuo e integrato della struttura.

# 5 MODELLO ORGANIZZATIVO

Coerentemente con la normativa vigente e le linee guida prodotte da AGENAS, l'OdC è una struttura dedicata a pazienti a bassa intensità clinica che necessitano di assistenza infermieristica e/o di base continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

## 5.1 Criteri di eleggibilità e di esclusione dei pazienti

**Criteri di inclusione:**

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistenze, insorgenza di un quadro imprevisto, per cui il ricovero in acuzie risulti inappropriato
- pazienti prevalentemente affetti da multimorbidità, 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, che necessitano di interventi e affiancamento, educazione e addestramento del paziente e del *caregiver* prima del ritorno al domicilio
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo- rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

**Criteri di esclusione:**

- età inferiore a 18 anni
- pazienti con disturbi comportamentali/ *wandering* che necessitano di ambiente protetto.

### 5.2 Gestione degli ingressi in OdC

Il ricovero in OdC può avvenire su proposta di:

- Medico di Medicina Generale
- Medico di Continuità Assistenziale
- Medico specialista ambulatoriale interno e ospedaliero
- Medico del Pronto Soccorso.

La proposta dovrà essere inviata alla COT di competenza territoriale utilizzando la piattaforma GARSIA; se provenienti dall'ospedale (da reparto o da pronto soccorso) verranno trasmessi dal NOCC, secondo la procedura interaziendale in essere.

L'eleggibilità del paziente al ricovero viene definita congiuntamente al Responsabile Clinico e autorizzata dal Dirigente Medico del Distretto.

### 5.3 Obiettivi del ricovero e modalità di stesura del Progetto di assistenza individuale integrato

Durante il ricovero viene effettuata la valutazione multidisciplinare che consente la stesura del Progetto di assistenza individuale integrato e il suo aggiornamento, integrando informazioni riguardo lo stato clinico, obiettivi a breve e medio termine, eventuali necessità riabilitative residue, interventi educativi necessari sia per il paziente che per il *caregiver.*

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

La gestione del ricovero prevede un modello assistenziale integrato, coerente con la presa in carico multiprofessionale definita dal DM 77/2022.
Durante la degenza vengono garantiti e modulati in base alla complessità assistenziale e in linea con gli obiettivi assistenziali definiti:

- monitoraggio clinico quotidiano con rilevazione parametri vitali
- gestione terapeutica ed eventuali procedure diagnostiche (terapia orale, endovenosa, intramuscolare o sottocutanea…)

- gestione di ferite e presidi (medicazioni semplici e avanzate di ferite e/o lesioni, gestione di cateteri, drenaggi e sonde, presidi antidecubito…)
- interventi infermieristici e di OSS continuativi H24 per bisogni di base
- educazione terapeutica e promozione della salute, supporto al paziente e al *caregiver* per addestramento alla gestione domiciliare e ai corretti stili di vita (*empowering*, consapevolezza e autogestione della patologia con *compliance* e aderenza terapeutica…)
- gestione del rischio clinico-assistenziale, prevenzione cadute, lesioni da pressione e complicanze dell'immobilità, infezioni correlate all'assistenza
- valutazione medica
- interventi riabilitativi secondo obiettivi individuali (mobilizzazione, esercizi attivi, *training* al cammino) e condivisi con l'equipe multidisciplinare
- valutazione bisogni sociali e attivazione degli interventi conseguenti, anche finalizzati al rientro a domicilio
- attivazione tempestiva delle risorse territoriali per bisogni specifici e continuità dell'assistenza (raccordo COT)
- tracciamento continuo delle attività e interventi con aggiornamento della cartella clinico-assistenziale dell'utente e gestione di tutta la documentazione correlata.

### 5.5 Gestione delle dimissioni

Alla dimissione, la cartella clinico-assistenziale viene chiusa dal Responsabile Clinico.

Inoltre, utilizzando l'applicativo, il medico produce una SDO semplificata che alimenta il flusso SIOC indirizzato verso Regione Piemonte e Ministero della Salute per il monitoraggio.

Tutti i percorsi post-dimissione dall'OdC vengono gestiti secondo le procedure aziendali in essere.

## 6 RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ

### 6.1 Modalità di raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza

La raccolta delle informazioni sanitarie avverrà secondo le procedure aziendali in essere per quanto riguarda la redazione della cartella clinica e secondo i criteri previsti dal flusso nazionale SIOC.

### 6.2 Tipologia di cartella clinico-assistenziale utilizzata ed eventuali integrazioni con applicativi aziendali e regionali (es. telemedicina)

La cartella clinico-assistenziale è cartacea ed è in fase di implementazione a livello aziendale il passaggio alla Cartella clinico- assistenziale parzialmente informatizzata.
Gli inserimenti sono gestiti dalla COT attraverso l'utilizzo della piattaforma regionale per l'interoperabilità denominata GARSIA.
In OdC è prevista almeno una postazione per la telemedicina.

### 6.3 Modalità di chiusura della cartella e conservazione della documentazione

Alla dimissione, la cartella clinico-assistenziale viene completata, validata e chiusa dal Responsabile Clinico.
La documentazione viene archiviata nel sistema documentale aziendale.

### 6.4 Modalità di monitoraggio, rendicontazione delle attività, alimentazione del flusso regionale

È previsto il flusso specifico SIOC, elaborato dal Ministero della Salute per il monitoraggio delle prestazioni erogate dagli OdC.

## 7 INTEGRAZIONE CON ALTRI SERVIZI

L'OdC di Ceva opera garantendo un'elevata integrazione con la rete territoriale dell'ASLCN1, nel rispetto del modello delineato dal DM 77/2022 e delle indicazioni organizzative regionali.
La continuità assistenziale è assicurata attraverso il raccordo costante con la Centrale Operativa Territoriale (COT), la specialistica ambulatoriale presente nella Casa della Comunità, le Cure Domiciliari, la Rete di Cure Palliative e la rete dell'Emergenza–Urgenza.
Questa collaborazione garantisce transizioni fluide, presa in carico appropriata e tempestività degli interventi.

### 7.1 Collegamento con la COT

La COT rappresenta il punto di coordinamento centrale per la gestione dei percorsi assistenziali che coinvolgono l'OdC.
Tutte le segnalazioni di accesso affluiscono sulla piattaforma GARSIA.
Alla dimissione la COT coordina le transizioni verso il domicilio con o senza aiuti socio-sanitari (es. ADI), garantendo continuità assistenziale.

## 7.2 Specialistica ambulatoriale

L'OdC dovrà garantire la possibilità di avvalersi di consulenze specialistiche e di effettuare prestazioni diagnostiche indispensabili per i pazienti ricoverati attraverso le procedure legate alle specifiche necessità assistenziali.

## 7.3 Cure domiciliari

L'attivazione delle Cure Domiciliari avviene mediante segnalazione alla COT secondo le procedure aziendali vigenti.

## 7.4 Rete locale di cure palliative

L'attivazione delle Cure Palliative avviene mediante segnalazione alla COT secondo le procedure aziendali vigenti.

## 7.5 Rete emergenza - urgenza

Il Presidio Ospedaliero di Ceva, che ospita l'OdC, è integrato nella rete emergenza- urgenza di riferimento territoriale.

Firmato da Giuseppe
Guerra
Data 31-08-2026