

Documento di presentazione

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI GHILARZA

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

Sommario

1	Informazioni generali Ospedale di Comunità.....	2
2	Introduzione e servizi offerti	2
2.1	Obiettivi e mission	2
2.2	Riferimento normativo	3
2.3	Descrizione generale del bacino di utenza	5
3	Organizzazione del Personale.....	10
4	Definizione Macro-Aree	10
5	Modello organizzativo.....	10
6	Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività.....	13
7	Integrazione con altri Servizi.....	13

1 Informazioni generali Ospedale di Comunità

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità di Ghilarza
Sede	Via Umberto I n. 176 Ghilarza
CUP	J24E22000400006
Tipologia di intervento PNRR	Ristrutturazione
Data di inizio funzionamento*	18/05/2026

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

2 Introduzione e servizi offerti

2.1 Obiettivi e mission

Gli Ospedali di Comunità sono strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale e hanno l'obiettivo di evitare ricoveri inappropriati supportando al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti con condizioni complesse, superando la specificità per singola patologia/condizione. L'investimento proposto dal Governo italiano all'interno del PNRR mira al potenziamento del livello di assistenza sanitaria territoriale intermedia attraverso diverse tipologie di strutture sanitarie come le CdC per l'accesso, l'accoglienza, l'orientamento dell'assistito, la progettazione e l'erogazione degli interventi sanitari e gli Ospedali di Comunità destinati ai ricoveri di breve durata che necessitano di interventi di media e bassa intensità.

Gli OdC è previsto siano dotati di un'unità singola di degenza da 15-20 posti letto, espandibili fino ad un massimo di due unità di degenza, per un totale di massimo 40 posti letto e insieme alle CdC pongono il loro obiettivo nella riduzione degli accessi impropri ai poli ospedalieri e di Pronto Soccorso. Sono, inoltre, concepiti come struttura socioassistenziale per favorire la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per malattie acute al proprio domicilio, offrendo ai pazienti un luogo dove poter sostare per il percorso post-ricovero e per consentire alle loro famiglie di aver un periodo di tempo necessario per l'organizzazione del rientro al domicilio. Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata massima di 30 giorni. Solo in casi eccezionali, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza è previsto possa prolungarsi ulteriormente.

Come definito dal DM del 2 Aprile 2015 n. 70, (allegato 1 art 10.1), l'OdC "è una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche". Questa struttura svolge quindi una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. In coerenza con quanto riportato all'interno del Decreto Ministeriale del 2015, e con il successivo DM77, l'Intesa tra Governo e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 20 febbraio 2020 definisce i requisiti di autorizzazione strutturali, tecnologici e organizzativi minimi degli OdC (allegato A).

L'intesa sottolinea nuovamente il ruolo dell'OdC definendolo come "una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a 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 potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Gli obiettivi principali degli OdC sono quelli di garantire continuità assistenziale e di rispondere ad una sempre più impellente esigenza di flessibilità organizzativa. Risulta essere un modello clinico e organizzativo che può congiungere personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure. Deve poter rappresentare un luogo accogliente, che possa rendere i pazienti più consapevoli della loro malattia e possa portare loro ad un grado di maggiore autogestione. Questo con l'obiettivo di alleggerire il carico sulle famiglie e sui caregiver. Dunque, l'OdC supporta il paziente nel suo rientro a casa per gestire in maniera più autonoma i momenti di acuzie della propria malattia, al fine di evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.

L'apertura dell'OdC amplia quindi l'offerta di un'assistenza di media/bassa intensità, contribuendo a ridurre gli accessi inappropriati in P.S. e garantendo delle dimissioni protette a pazienti in dimissione ospedaliera come da DM77/2022.

2.2 Riferimento normativo

Il percorso normativo degli OdC è iniziato con il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**, che li definiva come strutture di raccordo tra cure primarie e ospedaliere, finalizzate a fornire cure intermedie. Successivamente, il concetto è stato ripreso nel **Patto per la Salute 2014-2016**, con l'obiettivo di ridurre ricoveri inappropriati e favorire dimissioni protette.

Il **Decreto Ministeriale n. 77/2022** rappresenta il riferimento normativo più recente, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022. Il DM 77/2022 stabilisce i modelli organizzativi e gli standard per l'assistenza territoriale, includendo gli OdC come strutture con 20 posti letto, che svolgono una funzione intermedia tra domicilio e ospedale, garantendo stabilizzazione clinica, recupero funzionale e autonomia dei pazienti.

L'AGENAS, in collaborazione con il Politecnico di Milano, ha pubblicato un Documento di indirizzo per il metaprogetto degli OdC, che fornisce indicazioni progettuali e funzionali basate su normative esistenti, best practice e obiettivi del PNRR (Missione 6 Salute). Il documento mira a uniformare la progettazione e la realizzazione degli OdC su tutto il territorio nazionale, garantendo sostenibilità, inclusione sociale e efficienza energetica.

In sintesi, la normativa sugli Ospedali di Comunità in Italia è articolata su livello nazionale (DM 77/2022, Piani Sanitari Nazionali, Patto per la Salute) e regionale, con linee guida operative e documenti di indirizzo tecnico

che ne definiscono organizzazione, standard e funzioni, garantendo un'assistenza territoriale integrata, efficiente e vicina ai cittadini.

A livello di Regione Sardegna, la previsione della attivazione di Ospedali di Comunità, la loro collocazione e regolamentazione di massima, è contenuta nel documento di **Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna** approvato dal Consiglio Regionale nella seduta del 25 ottobre 2017.

In tale documento l'Ospedale "Mastino" di Bosa è classificato come "Stabilimento di sede disagiata e Ospedale di Comunità" e l'Ospedale "Delogu" di Ghilarza "Stabilimento con CET (centro emergenza territoriale) con funzioni riabilitative e Ospedale di Comunità".

È definito come *"una struttura o un modulo assistenziale all'interno di uno stabilimento ospedaliero non sede di DEA, con un numero limitato di posti letto e gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Rappresenta il raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali e assicura adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti ma che hanno, comunque, bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi.*

L'ospedale di comunità è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali e collocata sia in strutture indipendenti rispetto a quelle di ricovero e cura per acuti sia in un'area appositamente riorganizzata all'interno della struttura per acuti attraverso moduli specifici. In questa seconda ipotesi l'offerta assistenziale dell'ospedale di comunità è aggiuntiva e complementare rispetto a quella dello stabilimento ospedaliero nell'ambito del quale è istituito il modulo medesimo.

Prende in carico pazienti che hanno bisogno di: interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero temporaneo in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare); sorveglianza infermieristica continuativa.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso, secondo modalità condivise con il team di cure primarie.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico e del comparto sanitario, dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale e qualora necessario anche dopo la fase di avvio, dai medici messi a disposizione dalla ASL. Nella fase di attivazione le professionalità cliniche (medici "dipendenti" SSR) presenti nello stabilimento assicurano l'interfacciamento tra il livello di erogazione della assistenza ospedaliera con quella territoriale delle cure primarie.

La diagnosi e trattamento di patologie che non richiedono specializzazioni, strutture e tecnologie presenti esclusivamente presso gli stabilimenti ospedalieri devono essere pienamente presi in carico dai professionisti che lavorano sul territorio (MMG, PLS, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, ambulatori infermieristici), secondo le competenze richieste e gli strumenti necessari ad assicurare le funzioni attribuite, anche nelle modalità di aggregazione sopra indicate. Le aziende sanitarie provvedono ad attuare un percorso di costante verifica e monitoraggio dell'attività erogata a livello territoriale e di quella riferita (direttamente o indirettamente) al livello ospedaliero.”

Altra normativa di riferimento regionale è rappresentata da:

- DGR n. 37/24 del 14.12.2022 – Adozione del provvedimento regionale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022, che definisce gli indirizzi e la rete delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità nel territorio regionale;
- DGR n. 4/59 del 16.02.2023 – Approvazione definitiva del Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto Ministeriale 77/2022, con definizione della rete regionale delle Case della Comunità, COT e Ospedali di Comunità, in coerenza con la Missione 6 – PNRR e con il CIS;
- DGR n. 27/34 del 21.05.2025, Programma Regionale di Sviluppo 2024–2029, Obiettivo strategico 2.1.1.3: definisce le linee guida metodologiche per l'operatività delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, in attuazione dell'Obiettivo strategico 2.1.1.3 del PRS 2024-2029;
- DGR n. 16/14 del 08.04.2026 - Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77. Programmazione degli ospedali di comunità. Aggiornamento della DGR n. 4/59 del 16 febbraio 2023. Approvazione preliminare;

2.3 Descrizione generale del bacino di utenza

L'Ospedale di Comunità di Ghilarza, ubicato nel **distretto di Ghilarza Bosa**, nella cittadina di Ghilarza, è stato inaugurato il 18/02/2023, e nel 2025 ha permesso il ricovero di 210 pazienti provenienti da tutta la regione. In data 09/01/2025, con la nota n.11 dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'assistenza sociale della Regione Autonoma della Sardegna, prot. uscita n.591, è stato concesso all'Azienda socio-sanitaria locale (ASL) n. 5 di Oristano l'accreditamento istituzionale dell'Ospedale di Comunità, in regime temporaneo per n. 36 mesi, tempo necessario per l'ottenimento del certificato di agibilità, a decorrere dalla data del 17/02/2024 con validità sino alla data del 16/02/2027.

Dal 15/05/2025, in occasione dell'avvio dei lavori di ristrutturazione per la realizzazione dell'intervento PNRR Missione 6 salute M6.C1-1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità), il numero di posti letto è stato ridotto da n. 20 a n.8 in attesa della consegna dei lavori.

L’Ospedale di Comunità occupa il piano II del P.O. “Deogu” mentre i posti letto ulteriori sono collocati nel piano I per un numero totale, a regime di n. 30 posti letto in luogo dei precedenti n. 20.

L’Ospedale di Comunità di Ghilarza, unitamente all’Ospedale di Comunità di Bosa, si prevede risponda al bisogno di salute di tutta la ASL5 Oristano oltre che ai bisogni delle zone limitrofe appartenenti a territori disagiati per viabilità e servizi.

L’ambito territoriale della ASL di Oristano coincide con la attuale Provincia di Oristano, fatta eccezione per il Comune di Genoni, e comprende 88 Comuni con una estensione di 3.040 Km² e una popolazione residente al 01.01.2024 di **149.822 abitanti** per una densità abitativa di **49,3 abitanti** per Km². La densità abitativa della provincia di Oristano è inferiore alla densità abitativa media della Regione Sardegna. Quasi il 50% dei comuni vede un numero di abitanti inferiore ai 1000 (tabella I).

Tabella I Comuni ASL 5 Oristano

Distretto Oristano		Distretto Ales Terralba		Distretto Ghilarza Bosa	
Comune	Pop.	Comune	Pop.	Comune	Pop.
Allai	349	Albagiara	229	Abbasanta	2.562
Baratili San Pietro	1.203	Ales	1.250	Aidomaggiore	386
Bauladu	613	Arborea	3.723	Ardauli	760
Cabras	8.821	Assolo	328	Bidoni	122
Milis	1.394	Asuni	299	Bonarcado	1.539
Narbolia	1.639	Baradili	80	Boroneddu	157
Nurachi	1.660	Baressa	553	Bosa	7.400
Ollastra	1.106	Curcuris	302	Busachi	1.131
Oristano	30.273	Genoni	744	Cuglieri	2.441
Palmas Arborea	1.501	Gonnoscodina	427	Flussio	397
Riola Sardo	2.016	Gonnosnò	676	Fordongianus	815
Samugheo	2.709	Gonnostramatza	796	Ghilarza	4.126
Santa Giusta	4.602	Laconi	1.646	Magomadas	604
San Vero Milis	2.412	Marrubiu	4.550	Modolo	175
Siamaggiore	865	Masullas	1.007	Montresta	443
Siamanna	753	Mogorella	403	Neoneli	607
Siapiccia	349	Mogoro	3.847	Norbello	1.129
Simaxis	2.107	Morgongiori	645	Nughedu Santa Vittoria	424
Solarussa	2.250	Nureci	309	Paulilatino	2.102
Tramatza	918	Pau	270	Sagama	188
Villanova Truschedu	297	Pompu	221	Santu Lussurgiu	2.198
Villaurbana	1.446	Ruinas	586	Scano di Montiferro	1.388
Zeddiani	1.124	San Nicolò d'Arcidano	2.456	Sedilo	1.932
Zerfaliu	984	Senis	386	Seneghe	1.623
		Simala	294	Sennariolo	153
		Sini	501	Soddi	121
		Siris	228	Sorradile	336
		Terralba	9.649	Suni	979
		Uras	2.670	Tadasuni	126
		Usellus	692	Tinnura	248
		Villa Sant'Antonio	328	Tresnuraghes	1.008
		Villa Verde	268	Ulà Tirso	448
TOTALE	71.391	TOTALE	40.363	TOTALE	38.068

Fonte dati: Demo ISTAT popolazione all'01.01.2024 (dati aggiornati al mese di novembre 2024)

La distribuzione percentuale della popolazione nei Distretti Socio Sanitari è rispettivamente: 48% Distretto di Oristano, 27% Distretto di Ales, **25% Distretto di Ghilarza Bosa** (Grafico I).

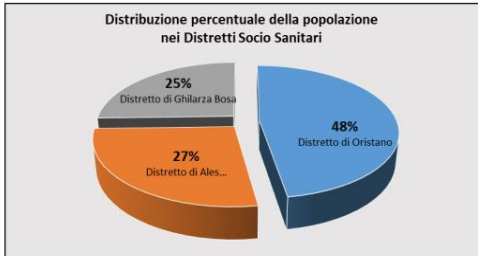


Grafico I

Distribuzione percentuale della popolazione nei tre Distretti Socio Sanitari

Distribuzione della Popolazione: composizione % Demo Istat- popolazione residente al 1 gennaio 2024

La popolazione di 65 anni e più è pari al 30,1 % della popolazione totale (Grafico II).

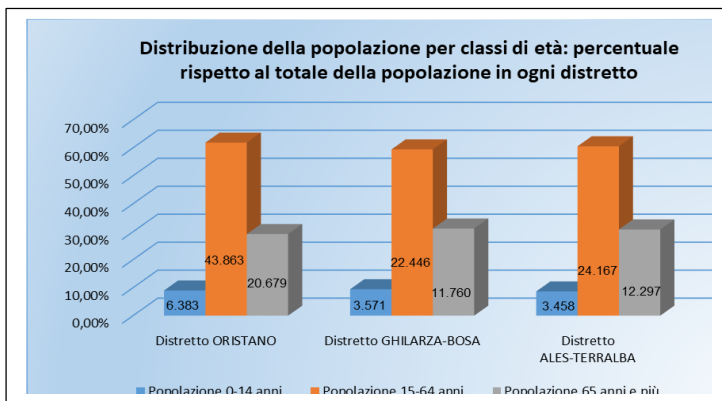


Grafico II

Distribuzione della popolazione per classi di età: percentuale rispetto al totale della popolazione nei tre Distretti Socio Sanitari

L'**indice di invecchiamento** (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione totale moltiplicato per 100) risulta al di sopra del valore regionale e nazionale.

Il *distretto di Ghilarza Bosa* presenta l'indice di invecchiamento maggiore all'interno della provincia (31,13%).

L'**indice di vecchiaia** (rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100) risulta molto alto sia rispetto al dato regionale ma soprattutto rispetto al dato nazionale; si registrano 333 anziani ogni 100 giovani (Tabella II). Il distretto di Ales Terralba presenta il rapporto tra giovani e anziani più alto della provincia (355,61%), (Tabella III).

Tabella II

Indicatore	Oristano	Sardegna	Italia
Tot popolazione	148.624	1.561.339	58.934.177
Popolazione 0-14 anni	13.412	152.220	7.019.165
Popolazione 15-64 anni	90.476	980.777	37.341.839
Popolazione 65 anni e più	44.736	428.342	14.573.173
Indice di invecchiamento	30,10%	27,43%	24,735
Indice di vecchiaia	333,55%	281,40%	207,62

Tabella III

Indicatore	Distretto ORISTANO	Distretto GHILARZA-BOSA	Distretto ALES-TERRALBA
Tot popolazione	70.925	37.777	39.922
Popolazione 0-14 anni	6.383	3.571	3.458
Popolazione 15-64 anni	43.863	22.446	24.167
Popolazione 65 anni e più	20.679	11.760	12.297
Indice di invecchiamento	29,15%	31,13%	30,80%
Indice di vecchiaia	323,96%	329,31%	355,61%

Dall'anno di esordio della pandemia si è registrata una riduzione dell'attività di ricovero rispetto al periodo pre-COVID.

La produzione in valore assoluto dei ricoveri pubblici diminuisce, nella ASL 5 Oristano, nell'anno 2025 del -33% rispetto all'anno 2019. La riduzione maggiore ha riguardato il presidio di Bosa (-40%) e il presidio Ghilarza (-89%); l'attività nel PO San Martino si riduce del 24%

Si registra inoltre una riduzione dei ricoveri della Casa di Cura privata accreditata Madonna del Rimedio di Oristano (-19%) La ASL di Oristano eroga il 48,5% dei ricoveri per i suoi residenti. Il 15,8% è erogato dalla ASL 8 di Cagliari, Il 10,5% dall'ARNAS Brotzu, circa il 7% dalla ASL 3 di Nuoro e dall'AOU Sassari.

Una popolazione con indicatori di struttura particolarmente elevati per la parte anziana e la presenza di un quadro socio-economico non favorevole si caratterizza per diversi fenomeni di natura sia sociale sia sanitaria, in particolare: una *diminuzione della natalità*, un *aumento della disabilità*, un *aumento della prevalenza delle patologie cronico-degenerative*, con conseguente aumento della domanda e della spesa sanitaria.

Le *caratteristiche della struttura orografica e viaria del territorio* costituiscono elemento di forte limitazione nella possibilità di fruizione da parte della popolazione residente dei servizi offerti. Le strade principali sono, infatti, posizionate in senso longitudinale rispetto all'estensione della Provincia, su un asse che collega i due centri sanitari principali di Cagliari e Sassari che costituiscono, in modo rilevante, poli di attrazione anche per prestazioni a non elevato tasso di specializzazione; i percorsi viari trasversali sono, invece, poco sviluppati e spesso tortuosi, non funzionali alle esigenze di rapido e comodo collegamento anche in rapporto alla relativa inadeguatezza dei servizi di trasporto pubblico.

Le caratteristiche del territorio e della viabilità connessa, la dispersione della popolazione, prevalentemente residente in piccoli e piccolissimi Comuni, peraltro, per oltre il 30% priva di assistenza da parte del medico di medicina generale, rappresentano, quindi, *fattori di pregiudizio per l'accessibilità e l'equità nell'accesso alle cure*. La riforma dell'assistenza territoriale, come declinata dalle normative vigenti, vede nel Distretto il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali e anche attraverso l'Ospedale di Comunità assicura una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta, rappresentando, quindi, un prioritario obiettivo strategico aziendale.

2.4 Descrizione della struttura specificando collocazione e caratteristiche generali

L'Ospedale di Comunità di Ghilarza, inizialmente configurato con n. 20 posti letto e successivamente rimodulato a n.30 posti letto, è collocato al piano I (n. 10 PL) ed al piano II (n. 20 PL) dell'"Ospedale Delogu" nel quale insiste anche una Casa di Comunità HUB. L'OdC condivide i servizi di supporto con il P.O. Delogu oltreché con la Casa di Comunità.

Al fine di consentire l'attivazione della struttura entro la data del 18.05.2026 è stata effettuata una consegna anticipata, di una parte dei vani e spazi oggetto di intervento, nonché l'utilizzo di vani contigui o comunque presenti nell'Ospedale Delogu ed idonei per lo svolgimento delle attività sanitarie o di supporto a queste (Planimetria allegata).

3 Organizzazione del Personale

È assicurata la presenza della dotazione minima: n.9 infermieri, n.1 Coordinatore infermieristico, n.9 Operatori Sociosanitari, n.1 terapeuta della riabilitazione, due specialisti geriatri che assicurano in Ospedale di Comunità rispettivamente n.18 ore a testa per un totale di 36 ore settimanali, vi è una coordinatrice infermieristica, una infermiera case manager, 8 infermieri e 9 operatori socio sanitari, una fisioterapista.

È assicurata la valutazione/rivalutazione fisiatrica nonché le consulenze specialistiche eventualmente necessarie grazie al raccordo con le Casa di Comunità e gli Ospedali aziendali anche con il ricorso alla telemedicina (televisita, teleconsulto o telemonitoraggio).

L'Ospedale della Comunità è previsto sia operativo 7 giorni su 7, con garanzia di assistenza infermieristica e dell'operatore socio sanitario nelle 24 ore; i medici garantiscono il turno diurno (8-20) per 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7, mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo è assicurato l'intervento dei medici della continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale.

4 Definizione Macro-Aree

L'Ospedale di Comunità di Ghilarza, come previsto nel Documento di Indirizzo per il meta-progetto dell'Ospedale di Comunità di Agenas 2022, si articola in:

- Macro-Area degenza: camere di degenza (singole e doppie) e servizi igienici, palestra riabilitativa;
- Macro-Area generali e logistici: condivide con le strutture territoriali es ospedaliere presenti nello stesso stabile: servizi di accoglienza per gli utenti (area CUP e amministrativa), spogliatoi, magazzini, depositi, locali tecnici.

5 Modello organizzativo

Possano essere accolti:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, pazienti temporaneamente senza adeguato supporto familiare o ambientale, affetti da aggravamento dello stato generale, ma con progetto sociale di assistenza già stabilito e programmato, realizzabile in tempi congrui con la permanenza in tale setting di ricovero (15-30 giorni);

- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidity, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, o di monitoraggio o che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver non erogabili a domicilio o prima del ritorno al domicilio;
- d) 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);
 - ❖ counselling ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale;
 - ❖ interventi fisioterapici finalizzati alla prosecuzione di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. In particolare, possono essere trattate le seguenti patologie:

- Broncopneumopatie croniche in fase di riacutizzazione (in assenza di Insufficienza respiratoria significativa e quindi di monitoraggio emogasanalitico);
- Broncopolmoniti non complicate, a lenta risoluzione;
- Vasculopatie croniche o acute/subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate in pazienti che, dopo il ricovero, non presentano le condizioni per un rientro immediato al domicilio;
- Patologie cardiache croniche con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico;
- Malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- Malattie croniche del fegato e malattie da malassorbimento in corso di cicli terapeutici; esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counselling;
- Esiti non stabilizzati di traumi e vasculopatie acute cerebrali in corso di riabilitazione (se disponibile il fisioterapista). • Anemie a diagnosi nota in assenza di criticità Osteoporosi complicata da crollo vertebrale;
- Pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento (sempre se presente il fisioterapista);
- Ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa;
- Cicli di terapia programmati in pazienti affetti da Sclerosi Multipla, Arteriopatia obliterante cronica, processi infettivi che necessitino di terapia antibiotica con farmaci in classe H (se non eseguibili a domicilio), etc.

Non è previsto il ricovero di pazienti pediatrici.

Criteri di accoglibilità

- assenza di problema condizione clinica stabile (Scala MEWS $< 0 = 2$)
- inquadramento diagnostico definito;
- programma terapeutico delineato;
- invio della modulistica prevista per l'accoglimento in Ospedale di Comunità,
- completa in tutte le sue partitiche acute in atto;

Criteri di non accoglibilità

- presenza di problematiche acute in atto;
- instabilità clinica (Scala MEWS > 2);
- inquadramento diagnostico non ben definito (mancanza di esami dirimenti per la definizione/modificazione dei criteri di accoglibilità);
- programma terapeutico non ben delineato;
- paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia (se non presenti personale e spazi dedicati);
- unica motivazione all'ingresso la presenza di problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro setting assistenziale;
- pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto;
- modulo "Richiesta di accoglimento in Ospedale di Comunità" non valutabile perché incompleto.

Si conferma l'uso dei moduli di "Richiesta di Accoglimento in Ospedale di Comunità" in quanto le informazioni contenute si sono rilevate adeguate alla valutazione del caso per definire l'appropriatezza del ricovero. La compilazione delle schede di "Richiesta di Accoglimento in Ospedale di Comunità" è a cura del medico del reparto o di famiglia che segue il paziente e dell'infermiere.

Le richieste sono raccolte in una lista d'attesa, in 24 ore dal ricevimento della proposta di ricovero, le schede sono valutate dell'equipe multiprofessionale dell'OdC e al termine è comunicata l'eventuale data di ingresso del paziente in OdC sia al proponente che al caregiver. Per garantire il turnover dei posti letto, prima dell'ingresso in OdC è richiesto il Progetto Assistenziale del paziente, l'eventuale nomina di Amministratore di Sostegno e la valutazione da parte del PUA di residenza. Propedeutico al ricovero è il colloquio fra il personale dell'OdC e il caregiver del paziente per verificare la consapevolezza sulla condizioni clinica del proprio congiunto e per indagare le aspettative; in OdC è data grande rilevanza alla comunicazione, alla cura di aspetti sanitari ma anche sociali e all'accoglienza nell'idea di essere il luogo sicuro per la gestione della cronicità.

Durante la degenza è indagato il miglior setting di dimissione o rivalutato il setting proposto nel PAI, se non attivati, è richiesta l'attivazione di tutti i servizi necessari a favorire la domiciliarità compresa l'assistenza domiciliare integrata, la riabilitazione e i benefici previsti dalle leggi di settore.

6 Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

L'Ospedale di Comunità, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari, l'Ospedale e i servizi di emergenza urgenza territoriali. I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, che alimenta il FSE, al termine del ricovero le cartelle saranno archiviate, in modalità cartacea sino alla disponibilità dell'Archivio digitale. Sono garantite attività di monitoraggio dei pazienti, in loco e in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

L'Ospedale di Comunità di Ghilarza beneficia, tra l'altro, del sistema di telerefertazione degli elettrocardiogrammi garantito dalla UO di Cardiologia UTIC del P.O. San Martino di Oristano.

Il raccordo con le COT è assicurato dal sistema operativo Garsia gestito da Dedalus.

Il paziente è oggetto di tutela in quanto verrà inserito in un percorso sanitario e sociale, per garantire continuità fra strutture e con il domicilio. L'Ospedale di Comunità alimenta il nuovo flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate tramite SIOC (flusso Ospedali di Comunità - SIOC).

7 Integrazione con altri Servizi

Il personale dell'Ospedale di Comunità in caso di una emergenza-urgenza contatta il numero unico e centralizza il paziente; al termine del ricovero attiva, se necessari e in linea con la Deliberazione di Regione Autonoma Sardegna N° 37/24 del 14.12.2022 "Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77" che ha definito le modalità di attuazione del DM 77 in Regione Autonoma Sardegna:

- prosecuzione dei controlli con lo specialista ambulatoriale (la prestazione potrà essere svolta presso gli ambulatori di medicina specialistica nella CdC di Bosa che è presente nello stesso edificio e/o tramite telemedicina), in particolar modo per i pazienti per i quali esistono PDTA e percorsi aziendali (scompenso cardiaco, neoplasia del colon retto, neoplasia mammaria, diabete);
- Cure Domiciliari o Rete Locale di Cure Palliative (in base alla normativa regionale: Allegato n. 1 alla Delib.G.R. n. 35/17 del 10.7.2018 Linee di indirizzo sui profili assistenziali delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e delle Cure Palliative Domiciliari (CPD) e mediante l'utilizzo della documentazione prevista Delibera G.R. n. 32/38 del 25.10.2022).

L'offerta di presidi di prossimità territoriale al cittadino, con l'integrazione tra strutture sanitarie e socio sanitarie, garantisce una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione e uniforma l'offerta dei livelli di assistenza soprattutto in sedi disagiate. L'introduzione di strutture polivalenti come quelle in corso di realizzazione a Bosa e Ghilarza è finalizzata ad erogare i LEA all'interno di un'unica rete. Queste strutture, il P.O. Delogu di Ghilarza con CdC Hub, COT spoke e OdC ed il P.O. Mastinu di Bosa con OdC diventano il punto di riferimento per le cure primarie con carattere di estensività ed integrano il sistema ospedaliero, rispondono alla richiesta di cura - non di guarigione - tipica della cronicità ed eliminando gli accessi impropri alle strutture ospedaliere.