



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



**Italiadomani**  
PIANO NAZIONALE  
DI RIPRESA E RESILIENZA

Sistema Socio Sanitario

 Regione  
Lombardia  
ASST Lariana

**Distretto di Cantù / Mariano Comense**  
Direttore: dr. Carmine Paparesta

**Ospedale di Comunità Cantù**  
Responsabile: dr. Cosimo Prete

Telefono 031.799.646  
odc.cantu@asst-lariana.it

## CARTA DEI SERVIZI

# Ospedale di Comunità di Cantù

Via Domea, 4  
22063 - Cantù (CO)  
Tel. 031.799.646  
odc.cantu@asst-lariana.it

Ultimo aggiornamento: 3 aprile 2024

## Sommario

|                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. PREMESSA .....                                                                  | 3  |
| 2. DESCRIZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ .....                                     | 3  |
| 2.a Sede Operativa .....                                                           | 3  |
| 2.b La Mission .....                                                               | 3  |
| 3. CRITERI DI ACCESSO ED ESCLUSIONE .....                                          | 3  |
| 3.a Criteri di accesso .....                                                       | 3  |
| 3.b Criteri di esclusione .....                                                    | 4  |
| 4. CRITERI DI ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE .....                      | 4  |
| 4.a Accoglienza .....                                                              | 4  |
| 4.b Presa in carico .....                                                          | 5  |
| 4.c Criteri di formazione e gestione delle liste d'attesa .....                    | 6  |
| 4.d Dimissione .....                                                               | 6  |
| 5. PRINCIPI FONDAMENTALI .....                                                     | 6  |
| 6. DEFINIZIONE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ED ATTIVITÀ PREVISTE ..... | 7  |
| 6.a Organizzazione della giornata .....                                            | 9  |
| 7. ORARI DI VISITA .....                                                           | 9  |
| 8. RAGGIUNGIBILITÀ CON I MEZZI DI TRASPORTO .....                                  | 10 |
| 9. VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E SEGNALAZIONE RECLAMI .....             | 10 |
| 9.a Rilevazione customer satisfaction .....                                        | 10 |
| 9.b Segnalazione reclami/encomi .....                                              | 10 |
| 10. TEMPISTICHE MODALITÀ PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA .....   | 11 |

## 1. PREMESSA

La Carta dei Servizi è uno strumento rivolto agli utenti allo scopo di fornire loro indicazioni sui servizi erogati, le modalità di accesso alle prestazioni, i riferimenti logistici, le modalità per la segnalazione di eventuali reclami e/o suggerimenti.

## 2. DESCRIZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

### 2.a Sede Operativa

L'Ospedale di Comunità di Cantù (OdC) è ubicato in Via Domea 4, al quarto piano dello Stabilimento Ospedaliero "Sant'Antonio Abate", e dispone attualmente di 16 posti letto.

### 2.b La Mission

Mission dell'Ospedale di Comunità è la soddisfazione dei bisogni della persona intesa nella sua globalità, al fine di favorirne e/o totalmente ripristinarne l'autonomia e facilitare le relazioni sociali.

L'OdC contribuisce al processo di appropriatezza delle cure, prevenendo le fasi di riacutizzazione nei pazienti cronici, che potrebbero esitare in una riduzione degli accessi impropri ai servizi sanitari nel loro complesso, al Pronto Soccorso o al ricorso a prestazioni specialistiche poco utili.

L'OdC accompagna inoltre la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze dei pazienti.

A tal fine, l'obiettivo consiste nel coinvolgimento attivo del paziente/caregiver mediante azioni di formazione/addestramento, allo scopo di favorire la consapevolezza della malattia e la capacità di autocura.

## 3. CRITERI DI ACCESSO ED ESCLUSIONE

### 3.a Criteri di accesso

#### Pazienti provenienti dal domicilio

- 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.
- Pazienti che necessitano di un programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal Medico di Medicina Generale (MMG)/Unità di Continuità Assistenziale (UCA) o Unità Valutativa Multimediale (UVA).
- Pazienti che richiedono intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3).
- Pazienti con assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica).

### **Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa**

- Paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio.
- Paziente con assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3).
- Pazienti con intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3).
- Pazienti con percorso diagnostico completato.
- Pazienti con prognosi stimata e attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni).
- Pazienti con programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione.

### **3.b Criteri di esclusione**

- 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 definita.
- Pazienti con intensità assistenziale alta: Indice di Intensità Assistenziale  $> 3$ .
- Pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in Cure Domiciliari 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.
- Pazienti pediatrici.

Sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica.

## **4. CRITERI DI ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE**

### **4.a Accoglienza**

L'accesso nella struttura e la presa in carico del paziente prevede la presentazione al Coordinatore Infermieristico/Case Manager della domanda di inserimento, tramite la compilazione, in ogni sua parte, della scheda di accesso.

La richiesta di ricovero può essere inviata da:

- Medico di Medicina Generale (anche su segnalazione da parte dell'IFeC - Infermiere di Famiglia e di Comunità), per pazienti al domicilio;
- Specialista ambulatoriale o medico ospedaliero per pazienti provenienti da altre strutture o degenze ospedaliere;
- Pronto Soccorso previo accordo con l'OdC e secondo le modalità previste;
- Centrale Operativa Territoriale (COT).

La documentazione deve essere trasmessa all'indirizzo mail: odc.cantu@asst-lariana.it.

La presa in carico prevede, al ricevimento della segnalazione, la valutazione di idoneità al ricovero da parte del Case Manager e del Clinical Manager dell'OdC e in sua conseguenza la notifica di esclusione o di inclusione nella lista d'ingresso.

L'ingresso è mediato dalla COT Distrettuale e dal Case Manager Territoriale.

All'atto della segnalazione l'inviante è tenuto ad indicare le finalità del ricovero e i conseguenti obiettivi cui tendere.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche in fase di riacutizzazione, al fine di prevenirne l'ospedalizzazione.

L'Ospedale di Comunità fornisce riscontro motivato al richiedente entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta.

Il ricovero presso l'OdC ha una durata non superiore a 30 giorni.

Solo in casi eccezionali e comunque ben motivati, la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

#### **4.b Presa in carico**

Vengono garantiti al paziente:

- Valutazione multidimensionale all'ingresso e successiva compilazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), condiviso con il paziente o l'Amministratore di Sostegno;
- Verifica dello status vaccinale ed erogazione delle vaccinazioni appropriate per le condizioni del paziente;
- Verifica dello status di screening (per prevenzione del tumore del colon retto, cervice uterina, mammella e screening HCV) in relazione alle condizioni del paziente ed eventuale prenotazione/offerta di prestazioni in accordo con il centro screening di ATS;
- Esecuzione di screening nutrizionale;
- Integrazione con attività extra Sistema Sanitario Regionale (SSR) per l'offerta di percorsi di attività fisica adattata alle condizioni del paziente (ad esempio gruppo di cammino);
- Counseling motivazionale breve per stili di vita (tabacco, alimentazione, attività fisica);
- Fornitura di presidi legati alla nutrizione artificiale (ricompresi nell'assistenza integrativa), ossigenoterapia (ricompresa nell'assistenza farmaceutica), assistenza integrativa e protesica, assistenza farmaceutica;
- Eventuale accesso a prestazioni sanitarie specialistiche;
- Educazione sanitaria e addestramento del paziente e del caregiver alla migliore gestione delle nuove condizioni cliniche;
- Dimissione protetta.

La gestione di queste attività prevede un approccio multidisciplinare e multiprofessionale dei casi in carico.

Gli interventi sono integrati, programmati e verificati nelle riunioni d'equipe al fine di armonizzare l'offerta sanitaria e quella socio sanitaria.

Particolare attenzione è rivolta all'integrazione con la rete dei servizi territoriali (presidi ospedalieri, enti istituzionali, strutture territoriali, MMG, RSD) e alla necessità di stabilire rapporti significativi al fine di garantire una presa in carico globale della persona e il superamento delle condizioni di necessità.

#### 4.c Criteri di formazione e gestione delle liste d'attesa

Nei casi in cui le domande eccedano la disponibilità dei posti letto, si procede ad una valutazione congiunta tra Coordinatore Infermieristico e Responsabile Clinico che, fatta salva l'eleggibilità del paziente, seguirà i seguenti criteri di priorità per l'accesso in OdC:

- Data di presentazione della domanda;
- Provenienza dal domicilio su richiesta del MMG;
- Provenienza da Pronto Soccorso o da UU.OO sulla base della valutazione congiunta con il bed manager aziendale;
- Complessità assistenziale e affidabilità del caregiver;
- Disponibilità di altri setting di cura.

Il Coordinatore dell'OdC si fa carico del contatto telefonico con il Case Manager/Coordinatore Infermieristico del reparto inviante, ovvero col MMG, al fine di ricevere informazioni utili sul setting assistenziale per un corretto inquadramento dei pazienti.

È assicurato anche un contatto con i familiari/caregiver per acquisire ulteriori dettagli conoscitivi necessari all'inquadramento del paziente nel percorso di cura.

#### 4.d Dimissione

Al termine del ricovero viene redatta una lettera di dimissione medica e infermieristica.

Nel post dimissione vengono garantite:

- Completamento delle prestazioni erogate dalla componente sanitaria;
- Completamento di prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Integrazione e supporto con la componente sociale/sociosanitaria;
- Educazione sanitaria ed addestramento di pazienti e caregiver alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche.

### 5. PRINCIPI FONDAMENTALI

I principi e i valori che ispirano i programmi, l'organizzazione, l'attività degli operatori e i rapporti con gli utenti, garantiscono la tutela dei seguenti diritti:

**Riservatezza:** l'OdC assicura, in ogni ambito della propria attività il rispetto delle norme in materia di riservatezza, nell'acquisizione, trattamento ed archiviazione di tutte le informazioni, con particolare riguardo ai dati sensibili.

**Semplificazione:** l'OdC si impegna a favorire l'accesso ai servizi e a limitare gli adempimenti a carico dei destinatari e degli utenti.

**Uguaglianza:** ogni persona che, per qualsiasi motivo, venga in contatto con l'OdC ha diritto di essere trattato in modo equanime. L'OdC rifiuta ogni discriminazione basata su sesso, etnia, razza, lingua, credenze religiose, opinioni politiche e vigilerà affinché il rispetto di questo principio venga assicurato.

**Imparzialità:** l'OdC si impegna ad evitare comportamenti espressione di parzialità ed ingiustizia, ovvero trattamenti non obiettivi, sia nei confronti degli operatori che nei confronti dei pazienti.

L'OdC si impegna ad evitare che i propri operatori pongano in essere comportamenti e/o atteggiamenti discriminatori nei confronti dei pazienti, loro parenti o caregiver.

**Continuità:** l'OdC si impegna ad assicurare all'assistito la continuità e regolarità delle cure sia nel tempo che tra diversi livelli e ambiti di erogazione ed assistenza.

**Partecipazione:** l'OdC si impegna a favorire l'accesso alle informazioni del paziente e/o degli aventi diritto, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e a migliorare il servizio in termini di tempestività e correttezza dei comportamenti.

**Trasparenza:** ogni cittadino ha diritto di conoscere in qualunque momento ciò che lo riguarda in merito alle prestazioni erogate.

Le prestazioni vengono erogate secondo standard che orientano l'azione del servizio e ne determinano il livello di qualità e che sono definiti sia da organismi regionali (standard autorizzativi e di accreditamento), sia interni all'ASST Lariana:

- Qualifica professionale degli operatori
- Formazione continua degli operatori
- Interventi personalizzati
- Valutazione multidisciplinare nell'equipe dei bisogni degli utenti
- Informazione trasparente agli utenti

## 6. DEFINIZIONE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ED ATTIVITÀ PREVISTE

A seguito della segnalazione e della valutazione dell'idoneità di accesso alla lista d'attesa, il Case Manager programma e gestisce l'ingresso del paziente e, in accordo col Clinical Manager, stabilisce giorno e orario d'accettazione.

All'accesso viene eseguita la visita medica e infermieristica per la presa in carico del paziente, è assegnata la camera di degenza e viene illustrato il programma giornaliero di vita in OdC.

L'equipe multidisciplinare procede alla definizione dei bisogni assistenziali all'ingresso, alla somministrazione delle scale di valutazione utili a inquadrare obiettivi e interventi multidisciplinari necessari all'analisi dei bisogni che vengono registrati nel Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

La modalità organizzativo-assistenziale dell'OdC favorisce il coinvolgimento del caregiver.

Nella fase di accoglienza l'equipe clinico-assistenziale valuta i bisogni e stila il Piano di Assistenza Individualizzato in condivisione con il paziente ed il caregiver prevedendone adeguato addestramento.

Segue un primo colloquio tra l'Infermiere Case Manager e il caregiver che supporterà la persona nelle attività quotidiane per valutarne le competenze/capacità nonché la necessità di approfondimento rispetto ai nuovi bisogni di cura emersi.

L'addestramento è effettuato da un infermiere in collaborazione con un operatore socio-sanitario e/o un fisioterapista, sulla base della tipologia di bisogni prevalenti del paziente.

L'addestramento del caregiver è monitorato e valutato tramite una scheda di addestramento.

L'assistenza infermieristica è garantita H24 7 giorni su 7 usufruendo anche del supporto degli OSS in coerenza con gli obiettivi del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

È presente un'equipe multidisciplinare e multi professionale composta da:

- Medico
- Infermieri
- OSS
- Fisioterapisti disponibili al bisogno da altri servizi
- Assistenti Sociali

La **responsabilità gestionale** dell'OdC è in capo al Direttore del Distretto.

La **responsabilità igienico-sanitaria** è in capo al Direttore Medico dello Stabilimento Ospedaliero nel quale l'OdC è inserito.

La **responsabilità clinica** dell'OdC è in capo al medico referente del reparto.

La **responsabilità organizzativa e assistenziale** è in capo al Coordinatore Infermieristico che svolge anche le funzioni di case manager.

È individuata la figura del **Clinical Manager** nel medico di reparto, responsabile del programma terapeutico del paziente.

È individuata la figura del **Coordinatore Infermieristico** con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa dell'intera U.O.

È individuata la figura del **Case Manager** dell'OdC con funzione del coordinamento del percorso individuale del paziente e del suo caregiver.

L'equipe effettua riunioni giornaliere di consegna finalizzate a garantire la continuità del piano terapeutico-assistenziale.

Tutti i membri dell'equipe, partecipano a riunioni finalizzate alla qualità dell'assistenza, al piano di lavoro e all'organizzazione interna.

Gli operatori dell'OdC si interfacciano direttamente con il Servizio di Farmacia per l'eventuale fornitura della nutrizione artificiale e con l'Ufficio Protesi di riferimento distrettuale per l'assistenza integrativa e protesica.



In caso di necessità di consulenze specialistiche, il medico dell'OdC può richiederle agli specialisti ospedalieri o ambulatoriali di ASST Lariana.

Per alcune branche specialistiche è attivabile il teleconsulto.

## 6.a Organizzazione della giornata

L'attività della giornata è caratterizzata dal soddisfacimento dei bisogni primari dei pazienti ricoverati e dalla valutazione medica e infermieristica.

La prima parte della giornata è dedicata, per quanto riguarda le attività assistenziali, all'igiene personale e alla cura della persona.

Gli OSS prestano assistenza affinché i pazienti siano adeguatamente aiutati ad assolvere a questi aspetti, mentre gli infermieri effettuano i prelievi ematici, la rilevazione dei parametri vitali e la somministrazione della terapia.

Alle ore 7.30 circa viene servita la colazione.

Sempre nel corso della mattinata viene effettuato il giro visite da parte del medico.

Dalle ore 9.00 alle ore 12.00 circa si provvede all'accoglienza di nuovi ingressi, ad eventuali dimissioni e si svolgono le attività fisioterapiche, ove previste.

Il pranzo è servito dalle ore 12.00 alle ore 13.00, mentre dalle ore 14.00 alle ore 15.00 è prevista una pausa di riposo.

La cena è servita alle ore 18.00.

Alle ore 20.00 ha inizio la preparazione dei degenti per il riposo notturno.

## 7. ORARI DI VISITA

I visitatori possono accedere all'Ospedale di Comunità tutti i giorni dalle ore 16.30 alle ore 18.30, fatte salve diverse determinazioni aziendali nonché la validità delle vigenti modalità di accesso dei visitatori.

Al fine di facilitare la partecipazione dei caregiver al processo di recupero funzionale del paziente, deve ritenersi autorizzato l'accesso di tale figura alla struttura senza restrizioni di orario, nel rispetto delle attività sanitarie.

## 8. RAGGIUNGIBILITÀ CON I MEZZI DI TRASPORTO

L'Ospedale di Comunità di Cantù è raggiungibile in:

**Autobus:** info su linee e orari -> [www.asfautolinee.it](http://www.asfautolinee.it)

**Auto:** itinerario consigliato da Milano -> dall'autostrada A9 uscire a Fino Mornasco e seguire le indicazioni per l'Ospedale Sant'Antonio Abate di Cantù.

**Parcheggi:** sono disponibili parcheggi esterni per i visitatori.

## 9. VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E SEGNALAZIONE RECLAMI

### 9.a Rilevazione customer satisfaction

Al termine del ricovero il personale dell'OdC propone al paziente/caregiver la valutazione del grado di soddisfazione relativa all'episodio di ricovero tramite la rilevazione on line disponibile al link: <https://www.asst-lariana.it/rilevazione-customer-satisfaction/> Rilevazione customer satisfaction – ASST Lariana.

Ogni anno l'Ufficio Comunicazione elabora i questionari raccolti e mette a disposizione dell'utenza i risultati di tale rilevazione.

### 9.b Segnalazione reclami/encomi

È disponibile un modulo per la segnalazione di eventuali reclami/encomi, sul sito aziendale di ASST Lariana e presso la sede dell'Ospedale di Comunità.

Il modulo può essere restituito:

- utilizzando l'apposita cassetta di posta;
- inviandolo all'indirizzo mail dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico: **[urp.territorio@asst-lariana.it](mailto:urp.territorio@asst-lariana.it)**.

Si possono inoltre segnalare disservizi o fornire suggerimenti tramite colloquio con un operatore sanitario dell'Ospedale di Comunità, con il Coordinatore dell'Ospedale di Comunità, con il Dirigente Medico presente.

### Recapiti:

#### URP del TERRITORIO

Tel.: 031.585.9787 - E-mail: [urp.territorio@asst-lariana.it](mailto:urp.territorio@asst-lariana.it)

Come previsto dal regolamento per la gestione di segnalazione e reclami, l'URP si impegna dopo la ricezione della segnalazione ad avviare l'istruttoria entro 5 giorni e a darne risposta all'utente entro il limite massimo di 30 giorni.

## 10. TEMPISTICHE MODALITÀ PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA

La richiesta di copia della documentazione socio-sanitaria è possibile in aderenza alle indicazioni fornite dalla ASST Lariana e alla normativa vigente.

Le modalità di rilascio della documentazione sono descritte nel sito internet di ASST Lariana:

**[www.asst-lariana.it](http://www.asst-lariana.it) → Per i pazienti → Cartella clinica**

La consegna della Cartella Clinica avverrà entro 30 giorni a partire dall'accettazione della richiesta (che avverrà al momento in cui la pratica sarà consegnata o inviata completa di tutti i moduli/documenti necessari riportati nel modulo di richiesta).

Sul sito internet sono disponibili la modulistica e i costi per il rilascio della copia conforme.