



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA

Sistema Socio Sanitario

 Regione
Lombardia
ASST Lariana

Distretto del Medio Lario
Direttore: dott.ssa Marica Carughi

Ospedale di Comunità Menaggio

Telefono 0344.33201
odc.menaggio@asst-lariana.it



CARTA DEI SERVIZI

Ospedale di Comunità di Menaggio

Via Casartelli 7
22017 – MENAGGIO(CO)
Tel. 0344.33201/33286
odc.menaggio@asst-lariana.it

V. 02/04/2024

Gentile Signore/Signora,

L'OdC è una sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, garantisce quindi le cure necessarie a quei pazienti che, stabilizzati dal punto di vista medico, sono troppo fragili per poter tornare al domicilio o essere seguiti in regime ambulatoriale.

La Carta dei Servizi è il documento che la legge italiana ha voluto prevedere nel processo di innovazione dei rapporti tra istituzioni e cittadino a garanzia della qualità e delle modalità con le quali i servizi vengono erogati.

L'obiettivo è quello di coniugare il miglioramento dell'assistenza con il rispetto per la persona cui questa è rivolta: essere adeguatamente informati e consentire l'esercizio consapevole del diritto di scelta.

La Carta dei Servizi dell'Ospedale di Comunità è anzitutto una guida, per far conoscere l'attività di questa struttura, i principi su cui i servizi si fondano, il personale che vi opera, le modalità di accesso, i riferimenti logistici e gli strumenti per la segnalazione di eventuali reclami e/o suggerimenti.

Il Direttore Generale
Dott. Luca Filippo Maria Stucchi

Il Direttore Socio Sanitario
Ing. Maurizio Morlotti

Sommario

1. DESCRIZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	4
1.a Sede Operativa.....	4
1.b La Mission.....	4
2. CRITERI DI ACCESSO ED ESCLUSIONE.....	4
2.a Criteri di acceso.....	4
2.b Criteri di esclusione	5
3. CRITERI DI ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE.....	5
3.a Accoglienza.....	5
3.b Presa in carico.....	6
3.c Criteri di formazione e gestione delle liste d'attesa.....	7
3.d Dimissione	7
4. PRINCIPI FONDAMENTALI	7
5. DEFINIZIONE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ED ATTIVITÀ PREVISTE	8
5.a Organizzazione della giornata	10
5.b Cosa portare	10
6. ORARI DI VISITA	11
7. RAGGIUNGIBILITÀ CON I MEZZI DI TRASPORTO	11
8. VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E SEGNALAZIONE RECLAMI.....	11
8.a Rilevazione customer satisfaction.....	11
8.b Segnalazione reclami/encomi.....	12
9. TEMPISTICHE MODALITÀ PER L'ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	12

1. DESCRIZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

1.a Sede Operativa

L'Ospedale di Comunità di Menaggio (OdC) è ubicato in Via Casartelli 7, al primo piano dello Stabilimento Ospedaliero Erba Renaldi, ed attualmente dispone di 15 posti letto, suddivisi in stanze singole o doppie con servizi.

1.b La Mission

La mission dell'Ospedale di Comunità è la soddisfazione dei bisogni della persona intesa nella sua globalità, al fine di favorire e/o ripristinare l'autonomia e facilitare di conseguenza le relazioni sociali.

L'OdC è una struttura destinata a ricoveri brevi per pazienti affetti da patologie croniche temporaneamente riacutizzate che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica, assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

L'attività dell'OdC è fortemente caratterizzata quindi da una prevalenza della fase assistenziale rispetto alla componente diagnostico - terapeutica.

L'OdC ha l'obiettivo di contribuire ad una maggior appropriatezza delle cure, determinando come esito, una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari, al Pronto Soccorso o al ricorso a prestazioni specialistiche.

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

L'OdC si pone come obiettivo fondamentale la formazione/addestramento del paziente/caregiver allo scopo di favorire la consapevolezza della malattia e la capacità di autocura.

2. CRITERI DI ACCESSO ED ESCLUSIONE

2.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.

2.b Criteri di esclusione

- Pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 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.

3. CRITERI DI ACCOGLIENZA, PRESA IN CARICO E DIMISSIONE

3.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.menaggio@asst-lariana.it, tenendo conto del comune di residenza del paziente.

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

In tutti i casi 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 che ci si aspetta di avere.

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 motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

3.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 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;
- Possibilità di accedere a prestazioni sanitarie specialistiche;
- Educazione sanitaria e addestramento del paziente e del caregiver alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche;
- Dimissione protetta.

La gestione e le attività sopra elencate sono basate su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle diverse competenze.

Gli interventi sono integrati, programmati e verificati nelle riunioni d'équipe e l'offerta sanitaria e socio sanitaria non sono separate.

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 percorsi di presa in carico globale della persona e in modo particolare di chi si trova in condizioni di necessità.

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

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

- Data di presentazione della domanda;
- 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.

L'OdC si fa carico del contatto telefonico con il Case Manager/Coordinatore Infermieristico dell'inviante, al fine di supportare o fornire informazioni sul setting assistenziale utili all'inquadramento dei pazienti eleggibili e del contatto telefonico con i familiari/caregiver per i colloqui conoscitivi necessari all'inserimento del paziente nel percorso di cura.

3.d Dimissione

Al termine del ricovero viene redatta una lettera di dimissione.

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.

4. PRINCIPI FONDAMENTALI

I principi ed i valori che ispirano i programmi, l'organizzazione, l'attività degli operatori, i rapporti con gli utenti garantiscono la tutela dei sotto indicati 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 care giver.

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

5. DEFINIZIONE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ED ATTIVITÀ PREVISTE

Dopo segnalazione e 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, assegnata la camera di degenza e presentato il programma giornaliero di vita in OdC.

L'equipe multidisciplinare procede poi alla definizione dei bisogni assistenziali all'ingresso, alla somministrazione delle scale di valutazione utili a meglio inquadrare gli obiettivi e gli interventi multidisciplinari necessari al soddisfacimento 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'équipe clinico-assistenziale valuta i bisogni e programma il Piano di Assistenza Individualizzato in condivisione con il paziente ed il caregiver prevedendone l'adeguato addestramento.

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

L'addestramento del caregiver viene valutato e monitorato attraverso apposita scheda di 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'assistenza infermieristica è garantita H24 7 giorni su 7 usufruendo anche del supporto degli OSS ed in coerenza con gli obiettivi del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

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

- Medico (camice)
- Infermieri (divisa bianca con colletto azzurro)
- OSS (divisa bianca con colletto grigio)
- Fisioterapisti disponibili al bisogno da altri servizi (divisa composta da pantalone blu e casacca bianca)
- Assistenti Sociali

Tutto il personale è munito di cartellino identificativo.

La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie.

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 individuato quale 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'équipe effettua riunioni giornaliere di consegna finalizzate a garantire la continuità del piano terapeutico-assistenziale.

Tutti i membri dell'équipe, partecipano a riunioni mensili allo scopo di promuovere la qualità dell'assistenza, il piano di lavoro e l'organizzazione.

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.

5.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 8.00 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.

La cena è servita alle ore 18.00.

Il menù viene scelto il giorno precedente dal degente e possono essere predisposti menù o diete personalizzate in caso di problematiche alimentari.

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

5.b Cosa portare

DOCUMENTI: documento d'identità, tessera sanitaria, eventuale certificato di invalidità ed esenzioni, documentazione clinica recente (se dal domicilio).

ABBIGLIAMENTO: camicia da notte o pigiama comodi, maglia e biancheria intima (almeno due cambi) pantofole chiuse o scarpe da ginnastica con velcro, tuta da ginnastica.

PER L'IGIENE: spazzolino da denti e dentifricio, viene fornito all'ingresso un contenitore etichettato con il nome del paziente per eventuale protesi dentaria.

Si raccomanda di non portare oggetti di valore.

6. ORARI DI VISITA

L'OdC è struttura territoriale aperta la cui filosofia si ispira a creare una dimensione del servizio più aderente possibile all'ambiente familiare e abitativo, orientata alla persona malata perciò aperta al mantenimento dei rapporti affettivi.

Gli orari di visita sono i seguenti: tutti i giorni dalle 16.30 alle 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.

Nel soggiorno è presente una biblioteca di reparto a disposizione dei degenti.

Per i colloqui con il personale:

n. telefono 0344. 33286

Dalle ore 11.00 alle ore 12.30

7. RAGGIUNGIBILITÀ CON I MEZZI DI TRASPORTO

L'Ospedale di Comunità di Menaggio è raggiungibile:

In auto

Da Como: distanza circa 40 Km. Seguire Autostrada: Prendere l'uscita Lago di Como (l'ultima uscita per l'Italia prima di arrivare in Svizzera; giunti a una rotatoria, seguire le indicazioni per Menaggio e imboccare la statale SS340. All'altezza di Griante, imboccare la galleria "Crocetta" e uscire seguendo le indicazioni Ospedale "Erba Renaldi".

Da Lugano: distanza circa 27 Km. Prendere l'uscita LUGANO NORD e seguire le indicazioni per Gandria – St. Moritz. Una volta attraversato Lugano, seguire le indicazioni per Menaggio. Dopo aver passato la dogana a Gandria seguire la SS.340 fino a Menaggio.

8. VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE E SEGNALAZIONE RECLAMI

8.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.

8.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 inviandolo all'indirizzo mail dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico: **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

Fax: 031.585.8692

E-mail: 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.

9. 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 → Per i pazienti → Cartella clinica

La consegna della documentazione socio - sanitaria 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.