

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI DONGO

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

1. Informazioni generali Ospedale di Comunità

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

Denominazione della struttura	Ospedale di Comunità di Dongo
Sede	Via Tre Pievi n. 59 Dongo (CO)
CUP	F75F21003590001
Tipologia di intervento PNRR	Nuova Costruzione
Data di inizio funzionamento*	05/06/2026

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

2. Introduzione e servizi offerti

L'Ospedale di Comunità (OdC) di Dongo è una struttura sanitaria di ricovero a gestione prevalentemente infermieristica che svolge una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero per acuti. È rivolto prioritariamente ai bisogni dei cittadini assistiti dal Distretto territoriale di riferimento.

L'Ospedale di Comunità di Dongo di ASST della Valtellina e dell'Alto Lario è afferente alla Direzione Sociosanitaria e rappresenta un nodo strategico della rete territoriale.

La struttura accoglie pazienti per i quali non sia possibile prevedere un percorso di cura domiciliare o ambulatoriale e per i quali risulterebbe inappropriato il ricovero in ospedale per acuti.

Il ricovero in OdC può configurarsi:

- come step-down, a supporto della dimissione da reparti ospedalieri;
- come step-up, con l'obiettivo di prevenire ricoveri ospedalieri potenzialmente evitabili.

La finalità principale è rispondere in modo globale ai bisogni della persona, favorendo il rientro al domicilio o l'accesso a strutture assistenziali idonee e contribuendo alla riduzione dei ricoveri impropri.

Mission OdC

La mission dell'Ospedale di Comunità di Dongo è promuovere e salvaguardare la dignità della persona in condizione di bisogno, attraverso interventi sociosanitari orientati alla tutela della cronicità e della fragilità.

Particolare attenzione è riservata alle persone adulte e anziane, con l'obiettivo di consolidare le condizioni psico-fisiche, favorire il recupero delle autonomie e valorizzare il potenziale residuo.

Qualora durante la degenza si verifichi un peggioramento irreversibile delle condizioni cliniche, la struttura garantisce un accompagnamento rispettoso e dignitoso, in continuità con i principi di una presa in carico centrata sulla persona.

L'Ospedale di Comunità eroga ricoveri brevi finalizzati a:

- prevenire ricoveri inappropriati in reparti per acuti;
- accompagnare il paziente verso il domicilio o altre soluzioni assistenziali (RSA/RSD) al termine di un ricovero ospedaliero;
- incrementare la consapevolezza e la capacità di auto-cura del paziente e del caregiver, attraverso attività di formazione e addestramento.

Vision e valori

La vision dell'Ospedale di Comunità è quella di un servizio fondato su una relazione di cura che accoglie e ascolta il paziente e la sua famiglia, orientando l'intervento verso obiettivi personalizzati e condivisi.

I valori di riferimento sono:

- centralità della persona e dei suoi bisogni di salute;
- coinvolgimento attivo dei familiari e dei caregiver come parte integrante del percorso assistenziale;
- valorizzazione degli operatori sanitari e sociosanitari;
- impegno nella formazione continua;
- promozione dell'innovazione organizzativa e professionale.

I principi cardine dell'attività sono:

- eguaglianza e imparzialità;
- equità di accesso alle prestazioni;
- partecipazione attiva e diritto di scelta;
- appropriatezza, efficienza, efficacia e continuità assistenziale;
- miglioramento continuo della qualità;
- integrazione dei percorsi di cura;
- tutela della qualità di vita e sicurezza degli ambienti.

Obiettivi OdC

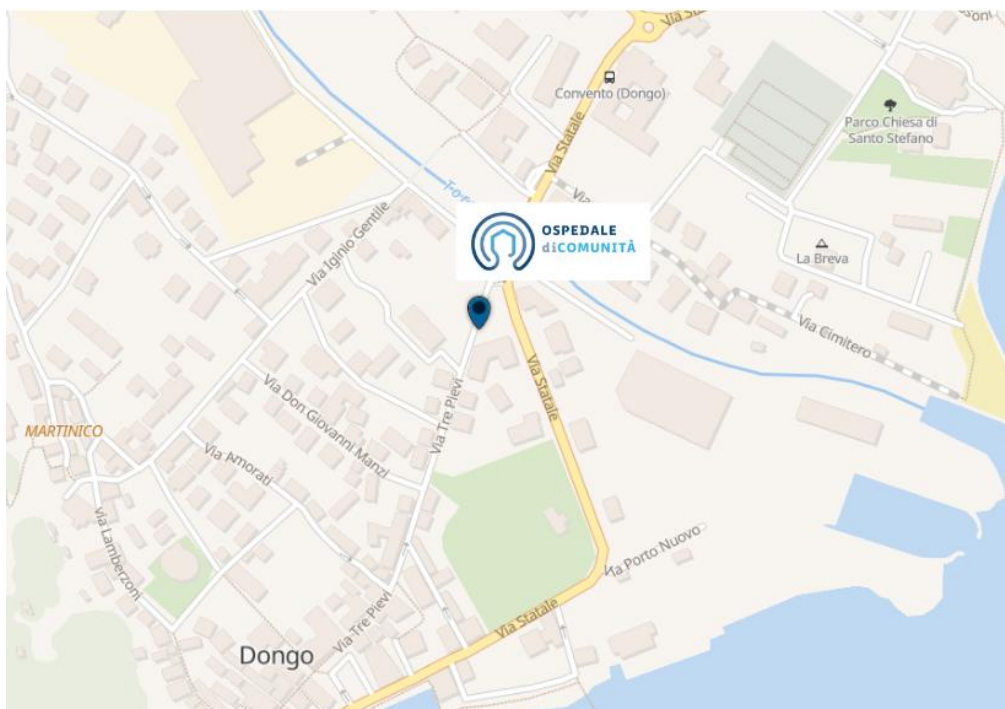
L'Ospedale di Comunità di Dongo si impegna a:

- garantire l'accesso al ricovero nel rispetto dei criteri di eleggibilità, assicurando programmi di cura personalizzati fondati su dignità, autonomia e non discriminazione;
- promuovere la qualità della vita lungo tutto il percorso assistenziale;
- utilizzare la Valutazione Multidimensionale (VMD) come strumento centrale di presa in carico globale;
- adottare il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) come documento di riferimento del progetto di cura condiviso;
- effettuare rivalutazioni multidimensionali periodiche, modulando l'intensità assistenziale in base all'evoluzione dei bisogni.

Elemento trasversale agli obiettivi del ricovero è il coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver, finalizzato allo sviluppo di competenze di auto-cura e al riconoscimento precoce dei segni di instabilità clinica.

Descrizione generale del bacino di utenza

L'Ospedale di Comunità è situato in Via Tre Pievi n. 59 Dongo - piano primo



L’Ospedale di Comunità afferisce al Distretto Valchiavenna e Alto Lario, ambito territoriale caratterizzato da un’estensione complessiva di circa 1.350 km². La popolazione residente è pari a circa 42.000 abitanti.

I dati relativi alla prevalenza delle patologie croniche, ai livelli di complessità e alle esenzioni per patologia sono riportati nelle tabelle di riferimento allegate al documento, elaborate su database aggiornati al 30/04/2024 e coerenti con il sistema di stratificazione introdotto dalla DGR XII/1827.

Il dettaglio delle patologie croniche del Distretto Valchiavenna e Alto Lario, in termini di casistica prevalente e tassi grezzi è riportato nella [tabella 1 “patologie”](#) (riportata in calce al documento).

I livelli di cronicità, con specifica del livello di complessità (1 più di tre patologie - 2 due/tre patologie - 3 una sola patologia), con evidenza del tasso grezzo calcolato sulla popolazione residente e alla frequenza del singolo livello calcolato sul totale dei cronici sono visibili nella [tabella 2 “Livelli di cronicità”](#) (riportata in calce al documento).

Il sistema di stratificazione per complessità introdotto dalla DGR XII/1827, fondato sul numero di esenzioni per patologia possedute, ha ridefinito la popolazione eleggibile al progetto di presa in carico dei pazienti cronici nella sua declinazione territoriale.

L’analisi è stata condotta utilizzando database aggiornati al 30/04/2024.

Nell’ambito dell’ASST Valtellina e Alto Lario sono state rilevate 84.571 esenzioni per patologia, corrispondenti a 56.081 soggetti con almeno un’esenzione.

Il numero di persone con almeno un’esenzione, espresso in termini di casistica e tasso grezzo per ASST VAL e per distretto, è riportato nella [tabella 3 “tutte le esenzioni”](#) e nella [tabella 4 “esenzioni per singola patologia”](#) (riportate in calce al documento). Si precisa che un soggetto può essere titolare di più esenzioni.

[La tabella 5 “esenzioni per livello di complessità”](#) (riportata in calce al documento) presenta infine la distribuzione dei soggetti con esenzione per patologia nei livelli di complessità 1, 2 e 3.

Descrizione della struttura specificando collocazione e caratteristiche generali

L’Ospedale di Comunità di Dongo è conforme alla normativa vigente in materia di abbattimento delle barriere architettoniche (D.M. 236/1989). La struttura è operativa 365 giorni l’anno, 24 ore su 24, ed è dotata di 20 posti letto accreditati e contrattualizzati.

La struttura occupa una superficie di 1.020 mq, situata al terzo piano del presidio Territoriale di Dongo ed è articolata in:

- 2 camere singole;
- 9 camere doppie.

Tutte le camere sono dotate di servizi igienici accessibili, letto articolato elettrico, campanello di chiamata, arredi essenziali e televisore.

Sono inoltre presenti infermeria, sala visite e medicazioni, cucinetta, soggiorno, depositi, servizi igienici per utenti e operatori, studio medico e studio del coordinatore infermieristico.

L’OdC è pienamente integrato nei sistemi informativi sanitari regionali e aziendali e può avvalersi dei servizi diagnostici e specialistici presenti nelle strutture di ASST Valtellina e Alto Lario.

Riferimento normativo e collocazione nel sistema sanitario territoriale

L’Ospedale di Comunità di Dongo si inserisce nel quadro della riforma dell’assistenza territoriale, come definita dalla normativa nazionale e regionale, ed è parte integrante della rete dei servizi sociosanitari del territorio della Regione Lombardia.

Normativa nazionale

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute, che individua il potenziamento dell’assistenza territoriale quale asse strategico per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale;

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 – “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, che definisce il modello organizzativo dell’Ospedale di Comunità, i requisiti strutturali, organizzativi e assistenziali, nonché le modalità di integrazione con la rete territoriale;

Decreto Ministeriale 4 agosto 2025 – “Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli Ospedali di Comunità (SIOC)”, che disciplina le modalità di monitoraggio e trasmissione dei dati relativi alle attività svolte dagli Ospedali di Comunità.

Normativa regionale – Regione Lombardia

Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 – Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, che disciplina l’organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;

Legge Regionale 14 dicembre 2021, n. 22, recante modifiche alla L.R. 33/2009, che riforma l’assetto del SSR lombardo e rafforza il ruolo dell’assistenza territoriale;

DGR n. XI/6760 del 25 luglio 2022 – “Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l’applicazione del DM 23 maggio 2022, n. 77”, che definisce i requisiti organizzativi, assistenziali e strutturali degli Ospedali di Comunità, nonché le regole di accesso e di funzionamento;

DGR n. XI/7592 del 15 dicembre 2022 – “Attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77 – Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale”;

DGR n. XII/1435 del 27 novembre 2023 – “Ulteriori determinazioni in ordine all’attività dell’Ospedale di Comunità”;

DGR n. XII/1827 del 31 gennaio 2024, relativa alla stratificazione della popolazione per livelli di complessità e alla presa in carico dei pazienti cronici;

DGR n. X/1765 del 8 maggio 2014, che disciplina il Fascicolo Socio-Assistenziale e Sanitario (FaSAS), strumento unico di documentazione del percorso di presa in carico.

3. Organizzazione del Personale

Il personale dell’Ospedale di Comunità di Dongo prevede la costituzione di un’équipe composta da professionisti sanitari e sociosanitari che operano in forma integrata, secondo un modello organizzativo multiprofessionale orientato alla continuità assistenziale, in coerenza con il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 e con le disposizioni regionali vigenti.

L’organico dell’OdC di Dongo sarà composto da:

- Dirigente Medico (Responsabile organizzativo e igienico-sanitario);
- Dirigente Medico (Responsabile Clinico);
- Dirigenti Medici;
- Coordinatore Infermieristico;
- Infermiere Case Manager;
- Infermieri;
- Fisioterapista;
- Operatori Socio Sanitari.

La copertura dei servizi e la presenza delle diverse figure professionali sono garantite in modo strutturale e continuativo mediante una programmazione mensile formalizzata, validata dai rispettivi responsabili di funzione e conservata agli atti aziendali.

L’organizzazione del lavoro si fonda su criteri di flessibilità, integrazione multiprofessionale e appropriatezza, con l’obiettivo di:

- assicurare la continuità assistenziale;
- rispondere in modo efficace ai bisogni della popolazione di riferimento;
- garantire il rispetto degli standard organizzativi e assistenziali previsti dalla normativa vigente.

Il modello assistenziale adottato è il Family Centered Care, che orienta l’intervento sanitario e sociosanitario al coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia, riconosciuti come parte integrante del percorso di cura. Il paziente e i familiari/caregiver sono coinvolti, in collaborazione con l’équipe, nel processo decisionale relativo alle cure e ai servizi di supporto.

Organizzazione dell'assistenza infermieristica

Presso l'Ospedale di Comunità di Dongo l'assistenza infermieristica è garantita in modo continuativo nelle 24 ore, 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di Assistenza Individuale Integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti. Viene garantito lo standard assistenziale minimo di 170 min/pz/die, avvalendosi anche del supporto degli OSS, e assicurando il 50% del minutaggio da personale infermieristico, al netto del coordinatore.

L'infermiere, in collaborazione con il medico, partecipa alla stesura del PAI, pianifica tempi e modalità dell'assistenza, monitora l'evoluzione clinico-assistenziale e svolge attività di educazione sanitaria, informando e sostenendo il paziente e la sua famiglia lungo l'intero percorso di cura.

L'attività infermieristica si articola nelle seguenti aree:

- **area comunicativo-relazionale**, orientata alla gestione delle situazioni cliniche complesse con sensibilità, attenzione e approccio non giudicante;
- **area psicosociale**, finalizzata alla presa in carico globale dei bisogni della persona;
- **area del lavoro d'équipe**, volta a promuovere l'integrazione multiprofessionale nella gestione dei problemi assistenziali;
- **area clinico-assistenziale**, finalizzata alla valutazione, pianificazione ed erogazione di interventi assistenziali personalizzati e appropriati.

L'infermiere promuove inoltre l'educazione all'autocura del paziente e del caregiver e collabora ai programmi di recupero e mantenimento dell'autonomia possibile.

L'Infermiere Case Manager

L'Infermiere Case Manager garantisce la continuità di cura e di assistenza dei pazienti ricoverati in Ospedale di Comunità. Collabora attivamente alla programmazione della dimissione, favorendo il rientro al domicilio con un setting assistenziale appropriato e attivando i servizi territoriali necessari.

In tale ambito, assicura il raccordo con il Medico di Assistenza Primaria (MAP) e con la Centrale Operativa Territoriale (COT), contribuendo alla definizione del percorso post-dimissione e alla presa in carico territoriale.

Organizzazione dell'attività dell'Operatore Sociosanitario

La presenza dell'Operatore Sociosanitario (OSS) è garantita in modo continuativo sulle 24 ore 7 giorni su 7.

Nel rispetto delle proprie competenze e sotto la supervisione dell'infermiere, l'OSS:

- applica metodologie di lavoro condivise (procedure, protocolli, schede operative);
- supporta l'assistito nelle attività di base della vita quotidiana, nella mobilitazione e nell'utilizzo di ausili e presidi;
- favorisce il mantenimento e il recupero delle autonomie residue;
- collabora alla rilevazione dei bisogni e delle condizioni di rischio dell'assistito;
- contribuisce all'educazione all'autocura del paziente e del caregiver;
- supporta le attività di socializzazione e il mantenimento delle capacità cognitive e relazionali;
- garantisce la corretta gestione dell'igiene personale, degli ambienti e delle attrezzature;
- collabora alla gestione del magazzino, della farmacia e dei rifiuti secondo i protocolli aziendali;
- applica protocolli specifici per la sicurezza dell'utente e la prevenzione del rischio.

Organizzazione dell'assistenza medica

L'assistenza medica è assicurata nel turno diurno (8.00-20.00) con la presenza del medico dedicato per almeno 4,5 ore die 6 gg/7 e, nelle restanti ore, nel turno notturno (20-8) e nei diurni festivi e prefestivi in forma di pronta disponibilità organizzata.

Il medico:

- definisce il percorso diagnostico-terapeutico;
- collabora alla stesura e alla revisione del PAI;
- valuta l'evoluzione clinica del paziente;
- coordina eventuali consulenze specialistiche e trasferimenti.

Organizzazione dell'assistenza riabilitativa

L'assistenza riabilitativa presso l'Ospedale di Comunità di Dongo è garantita in fascia diurna 5 giorni su 7, in coerenza con gli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e del Piano Riabilitativo Individuale (PRI).

L'attività riabilitativa è svolta in stretta integrazione con il Responsabile Medico e con l'équipe multiprofessionale ed è orientata al recupero e al mantenimento delle autonomie funzionali, in preparazione al rientro al domicilio o ad altro setting assistenziale appropriato.

Operatività della struttura e organizzazione dei servizi erogati

L'OdC di Dongo si avvale dei servizi diagnostici (Laboratorio Analisi, Radiologia ed Ecografia, consulenze degli Specialisti ambulatoriali) e del servizio di Fisioterapia e Riabilitazione, degli Assistenti Sociali e delle Dietiste di ASST Valtellina e Alto Lario.

Inoltre, si avvale anche degli Psicologi della S.S.D. Psicologia Clinica del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze.

Orari delle attività e giornata tipo

L'organizzazione della giornata in OdC rispetta i ritmi fisiologici e le esigenze sociali e culturali del paziente. Fatto salvo lo svolgimento delle attività riabilitative e terapeutiche programmate, la persona assistita può organizzare le proprie attività quotidiane secondo le abitudini personali (cure igieniche, sonno e riposo, attività di svago, ecc.).

In caso di ridotta autonomia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, il paziente è supportato dal personale presente.

All'interno dell'OdC vengono inoltre svolte tutte le attività educative e di addestramento necessarie al paziente e/o al caregiver per garantire la continuità dell'assistenza in modo appropriato al domicilio.

Di seguito, si descrive sinteticamente la giornata-tipo:

- dalle ore 7.00 alle ore 12.00 – alzata, igiene personale, visite mediche
- dalle ore 8.00 alle ore 9.00 - colazione
- dalle ore 12.00 alle ore 13.00 - pranzo
- dalle ore 13.00 alle ore 15.00 - riposo pomeridiano
- dalle ore 15.00 alle ore 19.00 - alzata
- dalle ore 19.00 alle ore 20.00 - cena
- dalle ore 20.00 alle ore 21.00 - preparazione per il riposo notturno
- dalle ore 21.00 alle ore 7.00 - controllo e assistenza di tutti i pazienti

I pasti

La distribuzione dei pasti avviene, di norma, nei seguenti orari:

- Colazione ore 08.00;
- Pranzo ore 12.00;
- Cena ore 19.00.

Poiché un'alimentazione corretta e adeguata alle condizioni fisiopatologiche rappresenta un elemento essenziale del percorso di cura, l'OdC pone tra i propri obiettivi la promozione di comportamenti alimentari appropriati. A tal fine vengono elaborati menù equilibrati, diete speciali e, quando necessario, indicazioni nutrizionali personalizzate per la dimissione, specifiche per le diverse condizioni cliniche.

Il menù base si rivolge a tutti i Pazienti/Utenti che non abbiano particolari problematiche dietetiche nutrizionali ed è articolato su due settimane, sia d'estate che d'inverno, seguendo una programmazione stagionale; esso consente di scegliere liberamente tra le alternative proposte ogni giorno: tre primi e tre secondi.

4. Definizione Macro-Aree

L'organizzazione dell'Ospedale di Comunità di Dongo si articola in Macro-Aree funzionali, finalizzate a garantire una presa in carico globale, integrata e appropriata del paziente, in coerenza con il modello organizzativo territoriale e con i principi di continuità assistenziale.

Le Macro-Aree individuate sono:

- Macro-Area degenza;
- Macro-Area servizi generali e logistici.

Macro-Area degenza

La Macro-Area degenza rappresenta il nucleo centrale dell'attività dell'Ospedale di Comunità ed è dedicata alla presa in carico clinica, assistenziale e riabilitativa dei pazienti ricoverati.

Accoglie persone per le quali:

- il ricovero ospedaliero per acuti risulta non appropriato;
- il rientro al domicilio o l'attivazione immediata di cure domiciliari non è temporaneamente possibile;
- è necessario un periodo di osservazione clinica, stabilizzazione e recupero funzionale.

La presa in carico si basa su una valutazione globale della persona, fondata sulla Valutazione Multidimensionale (VMD), un processo diagnostico interdisciplinare che analizza in modo integrato tutte le dimensioni rilevanti della vita di una persona fragile o con bisogni complessi, al fine di definire il percorso assistenziale più appropriato. La VMD considera in maniera coordinata gli aspetti:

- clinici;
- funzionali;
- cognitivi;
- psicologici;
- sociali e ambientali.

Sulla base della VMD viene definito il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), elaborato dall'equipe multiprofessionale e condiviso con il paziente e il caregiver. Il PAI rappresenta lo strumento di riferimento per la pianificazione degli interventi e viene periodicamente rivalutato in funzione dell'evoluzione dei bisogni assistenziali.

Le attività della Macro-Area degenza comprendono:

- accoglienza del paziente e gestione della fase di ingresso;
- monitoraggio clinico-assistenziale continuativo;
- interventi infermieristici e sociosanitari programmati;
- gestione della terapia farmacologica;
- attività riabilitative e di mantenimento delle autonomie residue;
- educazione terapeutica e addestramento del paziente e del caregiver;
- pianificazione e gestione della dimissione protetta.

La durata del ricovero è definita in relazione agli obiettivi assistenziali individuati nel PAI e, di norma, non supera i 30 giorni, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente. Eventuali prolungamenti oltre tale limite possono essere disposti solo a seguito di motivate rivalutazioni clinico-assistenziali, adeguatamente documentate.

L'attività della Macro-Area degenza si realizza attraverso il lavoro integrato dell'equipe multiprofessionale, composta da infermieri, operatori sociosanitari, medico, fisioterapista e, ove necessario, altre figure specialistiche, in stretta collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con i servizi territoriali.

Macro-Area servizi generali e logistici

La Macro-Area servizi generali e logistici supporta l'attività assistenziale dell'Ospedale di Comunità, garantendo condizioni organizzative, strutturali e ambientali adeguate allo svolgimento delle funzioni di cura.

Le attività afferenti a questa Macro-Area comprendono:

- gestione degli ambienti e delle attrezzature;
- approvvigionamento e gestione dei materiali sanitari e non sanitari;
- gestione della farmacia e dei dispositivi medici;
- supporto logistico alle attività assistenziali;
- gestione dei servizi alberghieri e di sanificazione;
- corretta gestione dei rifiuti sanitari e assimilabili;
- applicazione delle procedure aziendali in materia di sicurezza, prevenzione del rischio e tutela della salute degli operatori e degli utenti.

La Macro-Area servizi generali e logistici opera in stretta integrazione con la Macro-Area degenza, assicurando continuità operativa, rispetto degli standard di qualità e sicurezza e supporto efficace ai percorsi assistenziali.

5. Modello organizzativo

Il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità di Dongo è strutturato per garantire una presa in carico appropriata, integrata e continuativa del paziente, in coerenza con la programmazione territoriale, con il ruolo della Centrale Operativa Territoriale (COT) e con i principi di prossimità e integrazione sociosanitaria.

Il modello si fonda su:

- integrazione multiprofessionale;
- centralità del paziente e del caregiver;
- appropriatezza clinico-assistenziale;
- continuità delle cure e governo delle transizioni tra setting assistenziali.

Criteri di eleggibilità e di esclusione dei pazienti

L'accesso all'Ospedale di Comunità è riservato a pazienti che presentano bisogni assistenziali compatibili con il livello di intensità di cura erogato dalla struttura.

Criteri di eleggibilità

Sono eleggibili al ricovero in Ospedale di Comunità pazienti:

- clinicamente stabili o stabilizzati;
- con patologie acute minori o riacutizzazioni di patologie croniche che non richiedono ricovero in ospedale per acuti;
- che necessitano di monitoraggio clinico, assistenza infermieristica continuativa e/o interventi riabilitativi a bassa intensità;
- che non possono essere assistiti temporaneamente al domicilio per motivi clinici, assistenziali, sociali o ambientali;
- per i quali è definibile un progetto assistenziale a termine, finalizzato al rientro al domicilio o al trasferimento verso altro setting appropriato.

L'eleggibilità è valutata attraverso la Valutazione Multidimensionale (VMD), che considera in modo integrato gli aspetti clinici, funzionali, cognitivi e socio-ambientali.

Criteri di esclusione

Non sono eleggibili al ricovero in Ospedale di Comunità pazienti:

- in condizioni di instabilità clinica acuta;
- che necessitano di monitoraggio intensivo o di interventi diagnostico-terapeutici complessi;
- che presentano bisogni assistenziali incompatibili con il livello di intensità di cura dell'OdC;
- per i quali risulta più appropriato un ricovero ospedaliero per acuti o l'inserimento diretto in struttura residenziale.

Gestione degli ingressi in Ospedale di Comunità

L'accesso all'Ospedale di Comunità di Dongo avviene esclusivamente tramite la Centrale Operativa Territoriale (COT), che svolge un ruolo di coordinamento e governo dei percorsi di presa in carico.

Le richieste di ricovero possono provenire:

- da reparti ospedalieri, in fase di dimissione protetta;
- dal territorio, su segnalazione del Medico di Assistenza Primaria o di altri servizi territoriali.

La COT:

- valuta l'appropriatezza della richiesta;
- verifica la disponibilità dei posti letto;
- coordina l'ingresso in struttura;
- garantisce la tracciabilità del percorso di accesso.

L'ingresso in OdC è programmato e condiviso con l'équipe multiprofessionale, nel rispetto dei criteri di equità, appropriatezza e priorità assistenziale.

Percorsi ospedalieri e territoriali

Il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità prevede percorsi strutturati di integrazione:

- con l'ospedale per acuti, per favorire dimissioni protette e ridurre il rischio di ri-ospedalizzazione;
- con i servizi territoriali, per garantire continuità assistenziale prima e dopo il ricovero.

Il ricovero in OdC si configura come fase intermedia del percorso di cura e rappresenta un passaggio funzionale tra setting assistenziali differenti, governato e monitorato dalla COT.

Attività della Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale svolge una funzione di regia e coordinamento dei percorsi assistenziali, assicurando:

- integrazione tra Ospedale, Ospedale di Comunità e servizi territoriali;
- continuità della presa in carico;
- appropriatezza degli accessi e delle dimissioni.

In particolare, la COT:

- coordina gli ingressi e le dimissioni dall'OdC;
- supporta la definizione del percorso assistenziale post-dimissione;
- favorisce il raccordo con il Medico di Assistenza Primaria (MAP) e con i servizi territoriali competenti;
- monitora l'andamento dei percorsi e le transizioni tra setting assistenziali.

Obiettivi del ricovero e modalità di stesura del PAI

Il ricovero in Ospedale di Comunità è finalizzato al raggiungimento di obiettivi assistenziali definiti e temporalmente circoscritti.

All'ingresso viene effettuata la valutazione iniziale multiprofessionale e viene elaborato il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che:

- definisce gli obiettivi di cura e assistenza;
- individua gli interventi da attuare;
- stabilisce i tempi di rivalutazione;
- orienta la durata del ricovero.

Il PAI è condiviso con il paziente e il caregiver ed è oggetto di rivalutazioni periodiche o in caso di variazione delle condizioni clinico-assistenziali.

Gestione del ricovero

Durante la degenza, il paziente è seguito dall'équipe multiprofessionale che garantisce:

- monitoraggio clinico e assistenziale continuativo;
- attuazione degli interventi previsti dal PAI;
- aggiornamento della documentazione sanitaria e sociosanitaria;
- coinvolgimento attivo del paziente e del caregiver nel percorso di cura.

L'intensità assistenziale è modulata in funzione dei bisogni rilevati e delle rivalutazioni periodiche.

Gestione delle dimissioni

La dimissione dall'Ospedale di Comunità è programmata fin dall'ingresso e rappresenta parte integrante del percorso assistenziale.

Essa avviene:

- al raggiungimento degli obiettivi del PAI;
- previa condivisione con il paziente e il caregiver;
- in raccordo con la COT e con i servizi territoriali.

La dimissione è accompagnata da:

- lettera di dimissione clinico-assistenziale;
- attivazione delle risorse territoriali necessarie;
- comunicazione al Medico di Assistenza Primaria.

L'obiettivo è garantire la continuità assistenziale e prevenire riospedalizzazioni inappropriate.

Riferimenti normativi e programmazione regionale

Il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità di Dongo si colloca all'interno del quadro programmatico e regolatorio definito da Regione Lombardia per l'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale, in coerenza con il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) e con il progressivo adempimento delle disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77.

In particolare, Regione Lombardia ha avviato il processo di riorganizzazione della rete territoriale con la D.G.R. n. XI/5723 del 15 dicembre 2021, che ha individuato la localizzazione delle strutture di prossimità (Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali) e definito le linee di indirizzo per l'elaborazione dei modelli organizzativi regionali, nell'ambito degli interventi finanziati dalla Missione 6 del PNRR.

Successivamente, con la D.G.R. n. XI/6760 del 25 luglio 2022, Regione Lombardia ha recepito formalmente il DM 77/2022, approvando il modello organizzativo regionale dell'assistenza territoriale e definendo le caratteristiche organizzative, funzionali e di integrazione dei servizi, con specifico riferimento alle Case di Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali. Tale provvedimento ha stabilito i criteri di funzionamento, i livelli di intensità assistenziale e le modalità di integrazione tra ospedale per acuti, strutture intermedie e servizi territoriali.

6. Raccolta delle informazioni e monitoraggio delle attività

Implementazione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) presso l'Ospedale di Comunità Dongo.

L'Ospedale di Comunità di Dongo (OdC) utilizza la Cartella Clinica Elettronica Regionale (CCE), basata sulla piattaforma NCH MD.

L'adozione della piattaforma NCH MD risponde all'esigenza di uniformare le procedure clinico-assistenziali e gestionali dell'Ospedale di Comunità a quelle già consolidate negli altri reparti dell'ASST Valtellina e Alto Lario, garantendo un sistema informativo digitale coerente, standardizzato e condiviso a livello aziendale.

Obiettivi operativi e funzionalità del sistema

L'implementazione della Cartella Clinica Elettronica è finalizzata all'ottimizzazione dei processi clinico-assistenziali attraverso le seguenti direttrici operative:

- gestione integrata del ricovero;
- sicurezza del paziente e supporto alle decisioni cliniche;
- efficienza operativa e continuità assistenziale;
- interoperabilità a livello regionale.

Integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Un elemento centrale della nuova architettura digitale è rappresentato dall'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). I dati clinici e i documenti validati dai professionisti sanitari all'interno della CCE vengono trasmessi in modo automatico al FSE del cittadino.

Tale integrazione consente al paziente e al medico di assistenza primaria di riferimento di accedere tempestivamente alla documentazione prodotta durante il ricovero, quale la lettera di dimissione, attraverso i servizi digitali regionali, favorendo il monitoraggio post-ricovero e il rafforzamento dei percorsi di continuità assistenziale sul territorio.

È possibile richiedere copia di tutta la documentazione sanitaria:

- Tel. 0342/521111 - protocollo@pec.asst-val.it
- Sul sito internet aziendale www.asst-val.it – sezione **PER IL CITTADINO** – è reperibile il modulo **00 - Mod DM 48 – Richiesta copia conforme di documentazione clinica** (vedasi **00 – Inf DM 03**).

Modalità di monitoraggio, rendicontazione delle attività, alimentazione del Flusso Regionale.

Il monitoraggio dei flussi negli Ospedali di Comunità garantisce la corretta rilevazione, trasmissione e verifica dei dati assistenziali e gestionali, assicurando coerenza con gli standard regionali, tracciabilità delle attività e supporto ai processi di programmazione e valutazione.

La rendicontazione delle attività e la gestione dei flussi informativi dell'Ospedale di Comunità sono effettuate secondo le procedure regionali. Il flusso informativo viene prodotto e trasmesso alla Regione tramite la piattaforma SIOC, in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 4 agosto 2025 recante "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli Ospedali di Comunità – SIOC".

7. Integrazione con altri Servizi

L'Ospedale di Comunità, pur mantenendo autonomia funzionale nella gestione dei propri processi assistenziali, opera in stretta e continua integrazione con gli altri servizi sanitari territoriali, al fine di garantire continuità delle cure, appropriatezza dei percorsi e tempestività degli interventi.

Collegamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT)

Il collegamento con la Centrale Operativa Territoriale (COT) avviene in modo strutturato nelle fasi di ammissione e dimissione del paziente.

Quando necessario, l'Ospedale di Comunità attiva la COT per l'avvio delle procedure di dimissione protetta. L'équipe territoriale dedicata provvede alla programmazione dei percorsi assistenziali post-dimissione, che possono includere:

- attivazione dell'assistenza domiciliare;
- erogazione di prestazioni o fornitura di presidi a domicilio;
- trasferimento verso altre strutture della rete territoriale;
- indicazioni operative per l'accesso a servizi diagnostici o specialistici ambulatoriali tramite CUP.

Il paziente, sotto la propria responsabilità e previa sottoscrizione dell'apposito modulo, può richiedere la dimissione anche contro il parere del medico.

Rete delle Cure Intermedie e COT

L'accesso alle Cure Intermedie avviene mediante compilazione della modulistica specifica prevista. Il personale dell'Ospedale di Comunità svolge un ruolo di facilitazione, supportando l'utente nella predisposizione della domanda su indicazione del medico, al fine di garantire la continuità delle cure in un setting assistenziale appropriato.

La COT provvede all'inserimento della domanda nel portale PRIAMO, collegato alle strutture di riferimento presenti sul territorio.

Specialistica ambulatoriale

L'Ospedale di Comunità può avvalersi dei servizi sanitari presenti nei Presidi Ospedalieri di ASST Valtellina e Alto Lario, in particolare:

- attività di prelievo ematico e raccolta di campioni biologici per esami di laboratorio;
- attività di radiologia ed ecografia;
- attività di consulenza specialistica.

Le consulenze specialistiche sono garantite:

- tramite richiesta ai medici specialisti dipendenti dell'ASST mediante gli applicativi aziendali;
- attraverso la disponibilità di slot dedicati per consulenze di specialisti non dipendenti dell'ASST nelle branche di Cardiologia, Urologia, Dermatologia, Oculistica e Reumatologia.

Cure domiciliari

Alla dimissione è prevista, quando indicato, la prosecuzione delle cure domiciliari mediante attivazione del percorso di dimissione protetta gestito dalla COT, secondo quanto descritto nell'istruzione operativa DSS 11 "Percorso di segnalazione utente fragile in dimissione da ospedale verso COT".

Rete locale di Cure Palliative

In caso di necessità di attivazione di un percorso di cure palliative, viene richiesta la consulenza dello specialista palliativista che effettua valutazione, colloquio e presa in carico, assicurando la continuità assistenziale tra i diversi setting di cura, secondo quanto previsto dalla Scheda Informativa CP01 per le Cure Palliative residenziali (Hospice di Sondalo e Morbegno) e territoriali (CP Domiciliari) dell'ASST Valtellina e Alto Lario.

Rete emergenza-urgenza

Presenza del medico per almeno 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7, e pronta disponibilità nelle restanti ore, prefestivi e festivi compresi, che gestirà eventuali urgenze. Le emergenze saranno gestite con chiamata diretta al 112.

Attestazione di conformità

Il modello organizzativo adottato dall'Ospedale di Comunità di Dongo risulta pertanto coerente con gli indirizzi regionali vigenti e con gli standard nazionali previsti dal DM 77/2022, configurandosi come struttura di ricovero a bassa intensità clinica, finalizzata alla gestione delle transizioni assistenziali, alla continuità delle cure e alla riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, all'interno di una rete territoriale governata dalla Centrale Operativa Territoriale.

IL DIRETTORE GENERALE

Ida Maria Ada Ramponi

La **tabella 1** che segue riporta il dettaglio delle **patologie croniche** Distretto Valchiavenna e Alto Lario, in termini di casistica prevalente e tassi grezzi.

VALCHIAVENNA E ALTO LARIO		
PATOLOGIA	CASISTICA	TASSI GREZZI PER 100.000
Tutte le patologie	12148	29467,6
IPERTENSIONE ARTERIOSA	2684	6510,6
DIABETE MELLITO TIPO 2	932	2260,8
IPERCOLESTEROLEMIE FAMILIARI E NON	902	2188,0
CARDIOPATIA ISCHEMICA	713	1729,5
MIOCARDIOPATIA ARITMICA	537	1302,6
ASMA	531	1288,1
NEOPLASIA ATTIVA	521	1263,8
MIOCARDIOPATIA NON ARITMICA	498	1208,0
NEOPLASIA FOLLOW-UP	403	977,6
SCOMPENSO CARDIACO	374	907,2
IPOTIROIDISMO	359	870,8
VASCULOPATIA CEREBRALE	358	868,4
NEOPLASIA REMISSIONE	317	769,0
VASCULOPATIA ARTERIOSA	266	645,2
CARDIOPATIA VALVOLARE	251	608,9
EPATITE CRONICA	242	587,0
BPCO	231	560,3
EPILESSIA	209	507,0
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	176	426,9
ARTRITE REUMATOIDE	149	361,4
MORBO DI BASEDOW E IPERTIROIDISMI	130	315,3
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	111	269,3
DIABETE MELLITO TIPO 2 COMPLICATO	107	259,6
VASCULOPATIA VENOSA	86	208,6
COLITE ULCEROSA E CROHN (IBD)	75	181,9
HIV POSITIVO ED AIDS CONCLAMATO	72	174,7
CIRROSI EPATICA	72	174,7
PSORIASI E ARTROPATIA PSORIASICA	69	167,4
PARKINSON E PARKINSONISMI	68	164,9
TIROIDITE DI HASHIMOTO	58	140,7
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	57	138,3
SCLEROSI MULTIPLA	50	121,3
DIABETE MELLITO TIPO 1	42	101,9
MALATTIE DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE, DELLA NUTRIZIONE, DEL METABOLISMOE DISTURBI IMMUNITARI	41	99,5

MALFORMAZIONI CONGENITE	40	97,0
TRAPIANTATI NON ATTIVI	38	92,2
SPONDILITE ANCHILOSANTE	36	87,3
INSUFFICIENZA RESPIRATORIA/OSSIGENOTERAPIA	33	80,0
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	32	77,6
DEMENZE	32	77,6
IPER ED IPOPARATIROIDISMO	28	67,9
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	27	65,5
ALZHEIMER	23	55,8
SCLEROSI SISTEMICA	21	50,9
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	20	48,5
MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	18	43,7
MALATTIA DI SJOGREN	18	43,7
IRC - DIALISI	17	41,2
TRAPIANTATI ATTIVI	11	26,7
ACROMEGALIA E GIGANTISMO	11	26,7
NANISMO IPOFISARIO	10	24,3
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	10	24,3
MIASTENIA GRAVE	6	14,6
PANCREATITE CRONICA	5	12,1
TUMORI	5	12,1

La **tabella 2** che segue illustra i dati relativi ai **livelli di cronicità** nel Distretto Valchiavenna e Alto Lario, con riferimento al numero dei pazienti presenti, al tasso grezzo calcolato sulla popolazione residente e alla frequenza del singolo livello calcolato sul totale dei cronici.

DISTRETTO	LIVELLO	CASISTICA	TASSO GREZZO PER 100.000	FREQUENZA SUL TOTALE DEI CRONICI
VALCHIAVENNA E ALTO LARIO	1	358	868,4	2,9
VALCHIAVENNA E ALTO LARIO	2	4.270	10.357,8	35,1
VALCHIAVENNA E ALTO LARIO	3	7.520	18.241,4	61,9
VALCHIAVENNA E ALTO LARIO	Tutti i livelli	12.148	29.467,6	

La **tabella 3** che segue riporta il numero **di soggetti con almeno una esenzione**, riportata in termini di casistica e tasso grezzo per ambito e Distretto Valchiavenna e Alto Lario.

Ambito/distretto	Esenzione per patologia	Soggetti	Residenti	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)
Valtellina e Alto Lario	Tutte le esenzioni	56.081	195.551	28.678
Valchiavenna e Alto Lario		11.576	41.225	28.080

La **tabella 4** che segue mostra **le esenzioni per patologia del** Distretto Valchiavenna e Alto Lario. Un soggetto potrebbe avere più esenzioni.

VALCHIAVENNA E ALTO LARIO			
Elenco patologie	Casistica	Tasso grezzo (x 100.000 ab.)	Frequenza sul totale delle esenzioni
IPERTENSIONE ESSENZIALE	4292	10411	25%
DIABETE MELLITO	2283	5538	13%
SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNI E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	1708	4143	10%
ALTRE FORME DI CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	1137	2758	7%
IPOTIROIDISMO ACQUISITO	801	1943	5%
CARDIOPATIA IPERTENSIVA	793	1924	5%
ARITMIE CARDIACHE	679	1647	4%
IPERCOLESTEROLEMIA PURA	603	1463	3%
GLAUCOMA AD ANGOLO APERTO	452	1096	3%
IPERTENSIONE ARTERIOSA CON DANNO D'ORGANO	388	941	2%
ASMA	332	805	2%
IPERLIPIDEMIA MISTA	242	587	1%
ARTRITE REUMATOIDE	206	500	1%
GOZZO TOSSICO DIFFUSO	206	500	1%
MALATTIA CELIACA	194	471	1%
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	172	417	1%
EPILESSIA	162	393	1%
ARTROPATIA PSORIASICA	100	243	1%
DISPOSITIVO CARDIACO POSTCHIRURGICO IN SITU	93	226	1%
INSUFFICIENZA CARDIACA (SCOMPENSO CARDIACO)	84	204	0%
ALTRE PATOLOGIE	2362	5730	14%

La **tabella 5** seguente descrive la suddivisione territoriale dei **sogetti possessori di esenzione per patologia**, suddivisi in tre livelli, in base al numero di esenzioni possedute.

Distretto	Livello 3 (1 esenzione)	Livello 2 (2 esenzioni)	Livello 1 (3+ esenzioni)	almeno 1 esenzione
ALTA VALTELLINA	9.476	3.316	1.369	14.161
BASSA VALTELLINA	8.642	3.291	1.694	13.627
MEDIA VALTELLINA	10.530	4.171	2.016	16.717
VALCHIAVENNA E ALTO LARIO	7.475	2.883	1.218	11.576
TOTALE	36.123	13.661	6.297	56.081