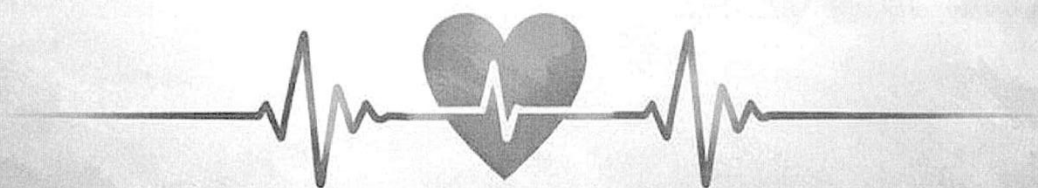


OSPEDALE DI COMUNITÀ



Carta dei Servizi



CARTA DEI SERVIZI

Ospedale di Comunità di Anzio

Indice

1. Descrizione.....	3
2. Contesto Territoriale e Socio- Demografico.....	3
3. Come raggiungere la struttura.....	4
4. La Carta dei Servizi.....	4
5. L'Ospedale di Comunità.....	4
6. Ruolo dell'Ospedale di Comunità.....	5
7. Il Patto di Qualità	5
8. Accoglienza e Modalità di accesso.....	5
9. Eleggibilità dei pazienti.....	6
10. Costruzione del Piano Assistenziale Individuale.....	7
11. Sistema d'integrazione funzionale tra strutture territoriali.....	8
12. Modalità di Dimissione.....	8
13. Area dei Servizi Offerti.....	8
13.1 Assistenza Medica.....	9
13.2 Assistenza Infermieristica.....	9
13.3 Coordinamento Infermieristico.....	9
13.4 Attività Riabilitative.....	9
13.5 Consulenza Nutrizionale.....	9
13.6 Consulenze Specialistiche.....	9
13.7 Servizi Sociali.....	9
13.8 Servizi di Diagnostica.....	9
13.9 Servizi di Telemedicina.....	10
13.10 Gestione delle Emergenze.....	10
14. Coinvolgimento del volontariato ed Enti del Terzo settore.....	10
15. Dotazione Organica.....	10
16. Servizi Igienico-Alberghieri.....	11
17. Gestione dei Flussi Informativi.....	11
18. Qualità del Servizio.....	12
19. Customers Satisfaction.....	12
20. Accesso dei Visitatori.....	12
21. Tutela della Privacy.....	12
22. Modalità di Accesso alla Documentazione.....	12
23. Segnalazioni.....	13
24. Informazioni Generali.....	13

1. DESCRIZIONE

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero afferente alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale, che svolge una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero. Si configura come un nodo attivo della filiera assistenziale orientata alla prossimità, alla domiciliarità e alla personalizzazione dell'intervento. È una struttura sanitaria territoriale di ricovero per pazienti clinicamente stabili a bassa complessità assistenziale. Nasce come risposta efficace ai bisogni di cura continuativa per persone anziane, fragili o con patologie croniche, che necessitano di assistenza e sorveglianza infermieristica h24 - anche notturna - non sempre erogabile a domicilio per motivi strutturali o familiari. Svolge il ruolo di ponte intermedio tra l'assistenza domiciliare e quella ospedaliera tradizionale, evitando ricoveri inappropriati, favorendo la deospedalizzazione e garantendo prossimità alle cure. In linea con il DM 77/2022, vengono offerte degenze brevi (massimo 30 giorni) in un ambiente sicuro, multidisciplinare e personalizzato, integrate con Case della Comunità, medici di cure primarie, servizi distrettuali e rete sociosanitaria.

2. CONTESTO TERRITORIALE E SOCIO-DEMOGRAFICO

L'Ospedale di Comunità di Anzio è inserito nel contesto del Distretto 6 della ASL Roma 6, comprendente i comuni di Anzio e Nettuno; si caratterizza per una popolazione di circa 108.174 residenti, con un profilo demografico relativamente più multiculturale rispetto alla media regionale. La dinamica demografica recente è caratterizzata da un **saldo naturale negativo** (più decessi che nascite), compensato tuttavia da un **saldo migratorio positivo** dovuto a nuovi residenti provenienti da altri comuni o dall'estero. La popolazione è distribuita in modo eterogeneo, con una significativa concentrazione nelle fasce di età adulta e matura. Al 2024, si osserva una base della "piramide delle età" più stretta, indicativa di una bassa natalità. I due comuni mostrano un elevato indice di vecchiaia, con una presenza rilevante di cittadini over 65 rispetto alla popolazione giovane (0-14 anni), che segnala un carico assistenziale rilevante sulla popolazione attiva. Dal punto di vista socio-economico il reddito medio pro capite è sensibilmente inferiore alla media regionale, mentre la quota di popolazione che ha concluso il primo ciclo di istruzione è pari al 30.7%, un valore leggermente inferiore alla media nazionale del 33,5%. Sul versante epidemiologico, il distretto presenta un'elevata prevalenza di patologie croniche: al 2025 soggetti con ipertensione erano circa 15.000 (sulla base dei dati demografici e delle stime epidemiologiche regionali, si prevede che nel **2026** il numero di persone affette da **ipertensione arteriosa** nel comune di **Anzio** sarà compreso intorno alle **18.000 unità**); si stima che i soggetti affetti da ipercolesterolemia siano circa 7.000 e quasi 4.000 quelli affetti da diabete tipo 2, con numeri importanti per BPCO, malattie tiroidee, cardiopatie e insufficienza renale cronica, confermando un profilo di cronicità cardiovascolare e metabolica in linea con un territorio anziano.

L'analisi della mortalità e dell'incidenza oncologica evidenzia che le principali cause di mortalità sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori maligni seguite da malattie respiratorie e diabete. Sul fronte delle ospedalizzazioni, si segnala che, per l'anno 2025, l'**Ospedale Riuniti di Anzio e Nettuno** è caratterizzato da una fase di profondo rinnovamento strutturale e tecnologico, finalizzato a potenziare specifici ambiti di ricovero e assistenza. Nel complesso, l'area del **Distretto 6**, situata sul litorale sud di Roma, è densamente popolata, con caratteristiche demografiche e sociali specifiche legate alla sua posizione costiera e la popolazione, per caratteristiche, rispecchia la tendenza regionale, con un invecchiamento marcato e forte carico di patologie croniche cardio metaboliche e oncologiche.

3. COME RAGGIUNGERE LA STRUTTURA

L'Ospedale di Comunità si trova all'interno della struttura "Villa Albani", ad Anzio, in via Aldobrandini n. 32, ma l'ingresso carrabile si trova su Viale Mencacci snc; la zona è servita dalla fermata degli autobus COTRAL "Anzio – Viale Mencacci /Via Flora" e dai servizi Trenitalia - stazione di Anzio. Gli orari sono consultabili sul sito: <https://cotralspa.it/> All'interno di Villa Albani è presente adeguata cartellonistica che permette di raggiungere agevolmente l'OdC.

4. LA CARTA DEI SERVIZI

La presente Carta dei Servizi descrive il "patto di qualità" che l'Ospedale di Comunità stabilisce con i cittadini e si propone anche come guida sintetica ai servizi presenti nella struttura. In essa sono riportate le caratteristiche standard e le principali informazioni sui servizi erogati, sulle modalità di accesso e sulle procedure predisposte per garantire tutela e partecipazione. L'Ospedale di Comunità pone il cittadino al centro dell'attività sociosanitaria, offrendo un'assistenza estensiva, personalizzata e non frammentata, ispirata ai principi di equità, appropriatezza ed efficacia, in un contesto di attenzione e cortesia che favorisca il coinvolgimento della comunità nella costruzione del benessere collettivo. La carta dei servizi si propone come uno strumento dinamico di alleanza con la popolazione, in grado di aggiornarsi al mutare dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali della popolazione.

5. L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità è una struttura di ricovero destinata a pazienti che non necessitano di cure ospedaliere ad alta complessità, ma che richiedono comunque assistenza sanitaria continuativa, monitoraggio clinico e interventi assistenziali programmati. È rivolto in particolare a persone anziane, pazienti fragili, persone con patologie croniche o in fase di riabilitazione lieve, pazienti in fase di transizione tra ospedale e domicilio. L'obiettivo è garantire cure appropriate, personalizzate e coordinate, migliorando la qualità della vita e favorendo il recupero dell'autonomia.

Il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità si fonda sui seguenti principi:

- **Proattività:** identificazione precoce dei bisogni di salute e attivazione tempestiva di interventi mirati.
- **Integrazione:** collaborazione strutturata tra professionisti sanitari, servizi territoriali, livelli di assistenza e istituzioni.
- **Partecipazione:** coinvolgimento attivo dei cittadini e della comunità nella programmazione e valutazione dei servizi.
- **Personalizzazione:** presa in carico globale della persona, con percorsi assistenziali individualizzati.
- **Equità:** accesso ai servizi proporzionato ai bisogni, senza discriminazioni, nel rispetto dell'universalismo del Servizio Sanitario Nazionale.

6. RUOLO DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità svolge una funzione strategica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del Servizio Sanitario Regionale (SSR), in coerenza con le linee di indirizzo nazionali e regionali. Gli obiettivi principali sono:

- o **Deospedalizzazione e prossimità:** favorire il trattamento dei pazienti in un setting assistenziale a bassa intensità clinica, riducendo il ricorso improprio agli ospedali per acuti.
- o **Continuità assistenziale:** garantire una transizione sicura e appropriata tra ospedale, territorio e domicilio, in particolare per pazienti cronici, fragili e anziani.
- o **Riduzione dei ricoveri inappropriati:** offrire una valida alternativa al ricovero ospedaliero tradizionale per cure temporanee e assistenza intermedia.
- o **Integrazione sociosanitaria:** promuovere una presa in carico multidisciplinare attraverso il coordinamento tra medici, infermieri di comunità e di famiglia, servizi sociali, assistenza domiciliare.
- o **Prossimità territoriale:** assicurare una collocazione strategica delle strutture sul territorio, garantendo accesso equo alle cure anche nelle aree interne, rurali o geograficamente complesse.
- o **Sviluppo dell'assistenza infermieristica:** rafforzare il ruolo dell'infermiere di comunità, centrale nel coordinamento dell'assistenza, nella continuità delle cure e nella promozione di stili di vita sani.
- o **Digitalizzazione e Telemedicina:** integrare strumenti digitali e soluzioni di telemedicina per il monitoraggio a distanza, la comunicazione tra professionisti e il supporto ai pazienti.

7. IL PATTO DI QUALITÀ

Garanzie dell'Ospedale di Comunità L'Ospedale di Comunità s'impegna a: a) Garantire cure appropriate, sicure e di qualità; b) Promuovere la centralità della persona assistita; c) Assicurare trasparenza nelle informazioni; d) Favorire l'ascolto e la partecipazione dei cittadini; e) Migliorare continuamente i servizi offerti. **I doveri dei cittadini** a) Rispetto degli altri cittadini presenti nell'Ospedale di Comunità; b) Rispetto dei professionisti e dell'organizzazione del lavoro dell'Ospedale di Comunità; c) Rispetto degli ambienti, delle attrezzature e degli arredi; d) Rispetto dei divieti (fumo, rumore, disturbo, cellulare, ecc.)

8. ACCOGLIENZA E MODALITÀ DI ACCESSO

L'accoglienza nella struttura avviene previa presentazione delle schede di proposta di inserimento in OdC. Tali strumenti sono necessari per la verifica dell'aderenza ai criteri di accesso, all'individuazione del livello assistenziale e all'appropriatezza dei ricoveri. L'Ospedale di Comunità (OdC) offre percorsi di cura personalizzati per pazienti che necessitano di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'accesso all'OdC è definito attraverso un processo di Transitional Care che coinvolge l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), e il supporto delle Centrali Operative Territoriali (COT). Il percorso Transitional Care si articola in quattro fasi principali:

- Fase di Accesso: Individuazione dell'eleggibilità e trasmissione della richiesta tramite piattaforma (gestita dal TOH e COT).
- Definizione del Setting Assistenziale: Valutazione multidimensionale del paziente (UVMD).
- Inserimento in Lista e Rinunce: Gestione delle liste di attesa e mobilità interregionale.
- Trasferimento e Rivalutazione del Paziente: Trasferimento del paziente e monitoraggio continuo.

Accesso.

Il paziente può arrivare all'OdC in due modi. 1) Dal Polo Ospedaliero: il Medico di reparto (per il paziente che in dimissione) o il Medico di Pronto Soccorso (per il paziente che non necessita di ricovero ordinario, ma che non può essere dimesso a domicilio) segnala il paziente ed invia la documentazione clinica. Viene quindi attivata la valutazione multidimensionale per capire il percorso più adatto. 2) Dal territorio: il Medico di Medicina Generale o il Medico di Continuità assistenziale possono richiedere l'accesso all'OdC per un paziente già in cure domiciliari o no. In questo caso, viene attivata la valutazione multidimensionale. In entrambe le modalità, si definisce il percorso assistenziale e si comunica la data prevista di ingresso all'OdC.

Definizione del percorso assistenziale. L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD), in collaborazione con l'Ospedale ed i servizi territoriali, valuta lo stato clinico e sociale del paziente entro 48 ore lavorative. Se il percorso proposto è adeguato, il paziente viene inserito nella lista d'attesa. Se serve un percorso diverso o un setting successivo all'OdC, viene predisposto senza sovrapposizioni.

Inserimento in lista e comunicazioni. La COT-A inserisce il paziente nella lista unica di attesa, secondo la priorità clinica e sociale. La conferma viene inviata automaticamente all'ospedale o ai servizi territoriali. Il Medico responsabile dell'OdC, l'Infermiere Case Manager/Coordinatore Infermieristico e la COT collaborano nella gestione della lista d'attesa. Una volta disponibile il posto, il paziente viene contattato per l'ingresso. I posti vengono assegnati secondo: a) ordine cronologico di richiesta; b) dimissione da Osservazione Breve Intensiva (OBI); c) priorità sociale (situazioni di fragilità o bisogno urgente). I pazienti provenienti da altre regioni devono avere autorizzazione preventive e copertura dei costi da parte della propria ASL.

Trasferimento e rivalutazione. All'ingresso del paziente in OdC, viene pianificato il percorso di cura da parte del Medico, Infermiere, Terapista della Riabilitazione, Assistente Sociale e da parte di tutte le altre figure eventualmente interessate. Se lo stato clinico peggiora, il paziente può essere trasferito in ospedale. Se necessario, viene attivata una rivalutazione multidimensionale per proseguire o modificare il percorso. Al termine del ricovero, se gli obiettivi sono raggiunti il paziente può essere trasferito in un altro setting se previsto oppure dimesso a domicilio. Se gli obiettivi non sono ancora raggiunti, la UVMD valuta un'eventuale proroga della degenza (massimo 30 giorni).

9. ELEGGIBILITÀ DEI PAZIENTI

Possono essere ammessi all'Ospedale di Comunità pazienti, appartenenti prevalentemente alle categorie fragili, caratterizzati da elevata complessità assistenziale a fronte di bassa intensità di cure. In particolare, è necessaria la presenza congiunta di inquadramento diagnostico definito, programma assistenziale delineato prima dell'invio o della dimissione dal setting di provenienza, consenso informato sottoscritto dal paziente o, ove previsto, dal familiare/caregiver o amministratore di sostegno ed infine prognosi di risoluzione del problema principale entro un periodo massimo di 30 giorni. Gli OdC mirano inoltre a favorire dimissioni protette in contesti idonei al soddisfacimento di bisogni sociosanitari, supportando l'attivazione di assistenza domiciliare, nutrizione artificiale domiciliare, fornitura di presidi e ausili e la riorganizzazione della rete familiare e abitativa.

Criteri di accesso:

- patologie croniche in fase di riacutizzazione moderata gestibili a bassa intensità clinico-assistenziale;
- necessità di monitoraggio clinico e assistenza infermieristica continuativa (H24);

- completamento del percorso terapeutico post-acuzie in ambiente protetto, anche in caso di infezioni che richiedano isolamento da contatto;
- temporanea inidoneità alla domiciliarità per motivi sanitari, in attesa dell'attivazione di altri setting assistenziali territoriali;
- assenza di problematiche acute in atto e stabilità clinica documentata (Scala MEWS <2; IDA);
- necessità di un periodo temporaneo di attesa per la disponibilità di posto letto in altri setting assistenziali (RSA, cure palliative di base, riabilitazione territoriale, ecc.).

Criteri di esclusione:

- presenza di patologia infettiva trasmissibile per via aerea in fase attiva, che richieda isolamento in ambiente a pressione negativa o sorveglianza specialistica dedicata;
- stato comatoso o stato vegetativo persistente che necessiti di assistenza ad alta intensità;
- condizioni che richiedano contenzione fisica o farmacologica continuativa;
 - grave decadimento cognitivo o delirio non contenibile con misure ambientali, tale da richiedere sorveglianza sanitaria intensiva;
- dipendenze patologiche da sostanze o disturbi da uso di sostanze in fase acuta o subacuta non compensate clinicamente;
- necessità di cure palliative specialistiche o di riabilitazione intensiva neurologica o motoria;
- assenza dei requisiti di dimissibilità clinica da un setting ospedaliero per acuti, con persistenza di condizioni instabili o in fase diagnostico-terapeutica attiva;
- mancato completamento del percorso diagnostico-terapeutico ospedaliero, con necessità di ulteriori accertamenti o monitoraggi specialistici in ambito ospedaliero;
- disturbo psichiatrico, anche in comorbidità, in fase acuta o subacuta non compensata clinicamente;
- presenza di bisogni esclusivamente di natura sociale, non associati a necessità sanitarie;
- età inferiore a 18 anni.

10. COSTRUZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)

L'accesso all'Ospedale di Comunità è subordinato a una valutazione clinico-assistenziale multidimensionale dell'assistito, effettuata mediante strumenti validati e condivisi a livello aziendale e regionale. Tale valutazione ha lo scopo di garantire l'appropriatezza del ricovero in OdC, verificare la coerenza del setting assistenziale con i bisogni della persona ed infine supportare la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) personalizzato, integrato e orientato agli obiettivi di cura. La valutazione viene effettuata dall'equipe multiprofessionale dell'OdC, in raccordo con la COT e con i servizi invianti, ed è parte integrante del processo di presa in carico. Viene periodicamente rivalutata durante la degenza e aggiornata in funzione dell'evoluzione clinica e assistenziale, garantendo un approccio dinamico e personalizzato alla presa in carico. Per ogni paziente sono assicurati:

- valutazione multidimensionale iniziale e periodica dei bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e assistenziali, mediante strumenti validati;
- predisposizione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) o di un progetto riabilitativo, elaborato dall'equipe multiprofessionale;
- istituzione e aggiornamento di una cartella clinico-assistenziale integrata, informatizzata e interconnessa con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), secondo le specifiche del sistema informativo nazionale SIOC.

11. SISTEMA D'INTEGRAZIONE FUNZIONALE TRA STRUTTURE TERRITORIALI

L'Ospedale di Comunità, inoltre, pur operando con autonomia funzionale, agisce in stretta integrazione con la rete dei servizi sanitari territoriali, al fine di garantire continuità assistenziale, appropriatezza delle cure e tempestività degli interventi. In particolare, si raccorda con:

- Integrazione Sociosanitaria;
- Aggregazioni Funzionali Territoriali *(AFT)*;
- Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A) e le Centrali Operative Distrettuali (COT-D);
- Punto Unico di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD);
- Rete locale di Cure Palliative;
- Consultori familiari;
- Servizi di continuità delle cure, dimissioni protette, assistenza domiciliare e RSA;
- Servizi di salute mentale, dipendenze e disabilità;
- Rete delle Cure Intermedie;
- IFoC (Infermiere di Famiglia o Comunità)
- Servizi di Assistenza Specialistica Ambulatoriale;
- Servizi di emergenza-urgenza territoriali;
- Terzo Settore

12. MODALITA' DI DIMISSIONE

Nel corso della dimissione, si esegue la valutazione multidimensionale (UVMD) insieme alla definizione del progetto assistenziale post-ricovero. Il percorso della dimissione coinvolge attivamente, oltre al Medico responsabile clinico anche il Medico di Medicina Generale, l'Infermiere, il Terapista della Riabilitazione, l'Assistente Sociale, il caregiver/familiare e, ove necessario, il servizio di assistenza domiciliare integrata. La dimissione va comunicata al Medico di Medicina Generale e alla Centrale Operativa Territoriale. Per questa transizione di Setting Assistenziale si prevede una valutazione completa e supporto per il rientro a domicilio, una prescrizione e verifica immediata di protesi e ausili necessari ed infine colloqui strutturati con pazienti e familiari, per un monitoraggio continuo fin dal primo passo fuori dall'OdC. Così si garantisce una continuità assistenziale efficace e personalizzata.

13. AREA DEI SERVIZI OFFERTI

13.1 Assistenza Medica. L'assistenza medica è assicurata:

- nel turno diurno (8.00-20.00) per almeno 4,5 ore al giorno, 6 giorni su 7;
- nel turno notturno feriale (20.00-8.00) e nei giorni festivi e prefestivi tramite pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, nel rispetto dei tempi di intervento previsti dalla normativa vigente.

L'assistenza notturna può essere garantita anche dai Medici della Continuità Assistenziale, secondo specifici accordi locali, o da medici operanti nella struttura. Il medico responsabile della gestione clinica provvede all'accettazione del paziente, assicura l'assistenza medica, attiva le consulenze specialistiche in modalità in presenza/televisita o teleconsulto, dispone la dimissione e contatta il Medico Curante del paziente.

13.2 Assistenza Infermieristica. L'assistenza infermieristica viene garantita H24, 7 giorni su 7, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di Assistenza Individuale Integrato (PAI). Opera in stretta sinergia con il responsabile clinico, con i medici specialisti e con le altre professioni sanitarie. L'infermiere, identificando i bisogni di salute del paziente, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche e dell'attivazione della figura medica in caso di necessità. Riceve la collaborazione dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) per soddisfare i bisogni primari della persona, per l'assistenza diretta e aiuto domestico-alberghiero nonché per l'intervento igienico-sanitario.

13.3 Coordinamento Infermieristico. Si occupa della gestione e dell'organizzazione dell'assistenza, garantendo la continuità delle attività assistenziali, definendo obiettivi, criteri e indicatori per la valutazione degli esiti ed assicurando i rapporti funzionali con le diverse strutture organizzative.

13.4 Attività Riabilitative. Il personale riabilitativo garantisce la valutazione funzionale e presa in carico del paziente secondo il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI). Il Fisioterapista predispone interventi di riattivazione funzionale e mobilizzazione precoce; propone e verifica protesi, ausili e dispositivi ed infine si occupa dell'addestramento del paziente e dei familiari/caregiver al corretto utilizzo degli ausili. Il Logopedista valuta e gestisce le difficoltà di deglutizione, esegue un bilancio delle abilità comunicativo-linguistiche e fornisce strategie di supporto nella sfera comunicativa. In ogni OdC viene garantito l'accesso a locali attrezzati per le attività motorie e riabilitative.

13.5 Dietista. Il Dietista interviene sulla gestione del rischio nutrizionale e assicura assistenza dietetico-nutrizionale personalizzata. Su richiesta di consulenza, definisce la tipologia di vitto ospedaliero idonea al paziente ed elabora diete personalizzate finalizzate al mantenimento o al raggiungimento di un adeguato stato di nutrizione.

13.6 Consulenze Specialistiche. Possono essere erogate in modalità in presenza, televisita, teleconsulto e telemonitoraggio. Questo consente di ottimizzare le risorse e ridurre gli spostamenti della persona.

13.7 Servizi Sociali. All'interno dell'Ospedale di Comunità, l'Assistente Sociale opera in sinergia con la rete dei servizi; si occupa della raccolta e classificazione del bisogno sociale, del sostegno della famiglia negli impegni di cura e dell'informazione circa i supporti di natura economica o sociale; si occupa della costruzione di una rete di collaborazioni con il Terzo Settore, del collegamento con COT e Cure Intermedie ed infine dello sviluppo con i servizi sociali territoriali della presa in carico congiunta.

13.8 Servizi di Diagnostica di Base. L'Ospedale di Comunità dispone di capacità diagnostiche che includono esami radiologici, Ecografici ed Elettrocardiografia. Qualora il servizio di Radiologia non sia ancora predisposto nella Struttura, sarà attivata una procedura con apparecchiature radiologiche mobili e/o telerifertazione.

13.9 Servizi di Telemedicina. Per il paziente ricoverato presso l'Ospedale di Comunità vengono garantiti Tele-monitoraggio, Televisita Specialistica e Teleconsulto. Ciò consente di ottimizzare le risorse, ridurre gli spostamenti della persona, agevolando il confronto tra i professionisti a beneficio dell'utente.

13.10 Gestione delle emergenze. In caso di emergenza vengono attivate le procedure previste dal Sistema di Emergenza-Urgenza territoriale. Viene garantita l'attività di monitoraggio clinico dei pazienti, anche tramite strumenti di telemedicina.

14. COINVOLGIMENTO DEL VOLONTARIATO ED ENTI DEL TERZO SETTORE

L'Ospedale di Comunità di Anzio promuove il coinvolgimento attivo delle realtà del Terzo Settore e del volontariato, riconoscendone il ruolo strategico nel sostegno alle persone con patologie croniche e condizioni di fragilità. Si configura come luogo di sussidiarietà circolare tra istituzioni e cittadini, con l'obiettivo di promuovere azioni finalizzate al benessere della comunità. Il mondo del volontariato rappresenta una componente essenziale del capitale sociale locale ed è un attore fondamentale dell'Ospedale di Comunità, in quanto rilevatore dei bisogni, promotore di azioni di risposta sussidiarie e integrate a quelle istituzionali nonché facilitatore dell'empowerment dei cittadini.

In questo contesto si stanno definendo accordi per un'attiva collaborazione con le associazioni di volontariato del territorio, promuovendo così il coinvolgimento attivo delle realtà del Terzo Settore e del volontariato, riconoscendone il ruolo strategico nel sostegno alle persone con patologie croniche e condizioni di fragilità.

15. DOTAZIONE ORGANICA

La dotazione organica è definita per garantire continuità assistenziale H24 e adeguata presa in carico multidisciplinare. Per un modulo di 20 posti letto, l'Ospedale di Comunità di Anzio è dotato di:

- **Medico: presenza programmata 4,5 ore/die per 6 giorni su 7; continuità e reperibilità secondo assetto aziendale**
- **Infermiere incaricato per le funzioni di Coordinamento: 1 unità**
- **Infermieri: 8 unità**
- **Operatori Socio-Sanitari (OSS): 6 unità**
- **Riabilitazione: 2 unità (es. fisioterapista/terapista della riabilitazione) su programmazione e bisogni clinico-funzionali.**
- **Servizi di supporto (anche condivisi nel presidio e/o esternalizzati con accordo sui livelli di servizio): farmacia/gestione farmaci, ingegneria clinica, pulizie e sanificazione, ristorazione, lavanderia, gestione rifiuti, trasporti interni, servizi informatici**
- **Assistente Sociale: 1 unità**

La presenza del personale nei turni giornalieri e settimanali è valutata in modo dinamico considerando il case mix dei pazienti e la complessità assistenziale.

16. SERVIZI IGIENICO-ALBERGHIERI

La capacità ricettiva dell'Ospedale di Comunità di Anzio è di 20 posti letto, organizzati in 2 modulo. Il percorso di accesso al modulo OdC è privo di barriere architettoniche e consente il passaggio agevole di letto/barella. Le camere di degenza garantiscono sicurezza, accessibilità e assistenza a pazienti parzialmente o totalmente non autosufficienti. In coerenza con l'impianto regionale, sono ammesse camere da 1 a 4 posti letto con servizio igienico dedicato; il progetto privilegia, ove possibile, camere a 1-2 posti letto per migliorare privacy, controllo infezioni e gestione assistenziale.

L'Ospedale di Comunità dispone di:

- Stanze di degenza a due posti letto con bagno in stanza
- Stanze di degenza ad un posto letto strutturate per isolamento
- Sale ricreative per favorire i contatti con i familiari
- Sala di stazionamento per infermieri/OSS
- Tisaneria per la preparazione di bevande calde

Servizi Igienici L'Ospedale di Comunità dispone di:

- Bagni con vasca/doccia predisposti con ausili per bagno assistito
- Servizi igienici attrezzati per non autosufficienza (doccia accessibile, maniglioni, spazi di manovra)
- Servizi igienici per gli operatori

Servizi Alberghieri Nell'Ospedale di Comunità è garantito il servizio di mensa, pulizie, fornitura della biancheria piana e confezionata, smaltimento dei rifiuti sanitari.

17. GESTIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI

L'Ospedale di Comunità adotta

- sistemi di raccolta e gestione delle informazioni sanitarie tramite cartella clinico-assistenziale integrata, informatizzata e interconnessa con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- sistemi di monitoraggio clinico dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche mediante servizi di telemedicina.

Le prestazioni erogate dall'Ospedale di Comunità sono rilevate attraverso il flusso informativo ministeriale SIOC - Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli Ospedali di Comunità, secondo le specifiche nazionali vigenti. Il corretto utilizzo del sistema informativo consente il monitoraggio continuo delle attività; l'analisi degli indicatori di processo ed esito; la condivisione dei dati per la programmazione distrettuale e regionale; il supporto alla continuità assistenziale e alla sicurezza del paziente.

18. QUALITÀ DEL SERVIZIO

All'interno dell'Ospedale di Comunità di Anzio 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'Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 6. Questi comprendono:

- Qualifica professionale degli operatori
- Formazione continua degli operatori

- Interventi personalizzati
- Valutazione multidisciplinare nell'equipe dei bisogni degli utenti o Informazione trasparente agli utenti

Il modello di controllo e verifica della qualità del servizio offerto costituisce non solo un “Sistema qualità” e/o di autocontrollo del servizio, ma uno strumento di responsabilizzazione e valorizzazione delle risorse interne e di pianificazione/programmazione delle attività, teso al costante miglioramento del servizio. Lo standard di qualità raggiunto è mantenuto con la responsabilizzazione di tutto il personale

Tutte le attività vengono integrate nei processi organizzativi dell'OdC e costantemente monitorate mediante indicatori di processo ed esito, sistemi informativi e audit interni per garantire miglioramento continue e tutela del paziente.

19. CUSTOMERS SATISFACTION

Al fine di migliorare il servizio e rispondere alle attese del cittadino, al termine del ricovero, sarà somministrato un questionario di gradimento del servizio e suggerimenti.

20. ACCESSO DEI VISITATORI

Conforme alle attuali norme correlate alla sicurezza sanitaria, nell'Ospedale di Comunità l'ingresso dei familiari è libero così come la loro permanenza. L'Ospedale di Comunità si configura anche come un momento di educazione del caregiver.

A tutti gli utenti saranno fornite indicazioni sul comportamento da adottare per il mantenimento delle condizioni igieniche e tutela della riservatezza degli altri degenti.

21. TUTELA DELLA PRIVACY

Come previsto dall'articolo 13 Regolamento U.E 2016/679, le informazioni sulla protezione e sul trattamento dei dati personali degli assistiti, da parte dell'Azienda ASL Roma 6, sono visionabili nel sito dell'Azienda al link: <https://www.aslroma6.it/privacy>

22. MODALITA' DI ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE

La richiesta di copia della documentazione sociosanitaria o la visione della stessa è possibile in aderenza alle indicazioni fornite dall'Azienda Sanitaria Locale ASL Roma 6 sul sito aziendale e alla normativa vigente.

23. SEGNALAZIONI

L'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) è il servizio di comunicazione che riconosce e valorizza il diritto dei cittadini ad essere informati e ascoltati, promuovendone la partecipazione e contribuendo così al miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dall'Azienda.

L'URP facilita l'incontro e la relazione tra l'Azienda e il Cittadino nel rispetto dei principi della trasparenza. Link di contatto: <https://www.aslroma6.it/servizi-al-cittadino/urp-ufficio-relazioni-col-pubblico>
