

ASL Frosinone

Via Armando Fabi, snc - 03100 Frosinone

Sito Web: www.asl.fr.it

Carta dei Servizi



Ospedale
di Comunità

OSPEDALE DI COMUNITÀ DI PONTECORVO

INDIRIZZO: via San Giovanni Battista, 5 - 03037 - Pontecorvo

RESPONSABILE OdC: Dr.^{ssa} Angela GABRIELE

CONTATTO TELEFONICO 0776 769 3031

E-MAIL: angela.gabriele@aslfrosinone.it

COORD. INFER. OdC: Dr.^{ssa} Valeria COLABOVE

CONTATTO TELEFONICO 0776 769 3097

E-MAIL: valeria.colabove@aslfrosinone.it



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE

SOMMARIO

1.	CAPITOLO L'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	1
1.1.	<i>COSA PUÒ ASPETTARSI L'UTENTE</i>	1
2.	TIPOLOGIA DI UTENZA E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ	2
2.1.	<i>TIPOLOGIA DI UTENZA</i>	2
2.2.	<i>CRITERI DI ELEGGIBILITÀ AL RICOVERO</i>	2
2.3.	<i>MODALITÀ DI VALIUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITÀ</i>	2
2.4.	<i>CRITERI DI APPROPRIATEZZA</i>	3
2.5.	<i>MODALITÀ DEL RICOVERO</i>	3
3.	MODALITÀ DI ACCESSO ALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	4
3.1.	<i>PRINCIPI GENERALI DI ACCESSO</i>	4
3.2.	<i>ACCESSO AL TERRITORIO</i>	4
3.3.	<i>ACCESSO DA STRUTTURE OSPEDALIERE PER ACUTI</i>	4
3.4.	<i>VALUTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELL'ACCESSO</i>	4
3.5.	<i>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E RACCORDO TRA SERVIZI</i>	5
4.	PRESA IN CARICO CLINICO ASSISTENZIALE DURANTE LA DEGENZA	6
4.1.	<i>PRESA IN CARICO ALL'INGRESSO</i>	6
4.2.	<i>PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)</i>	6
4.3.	<i>GESTIONE CLINICO ASSISTENZIALE DELLA DEGENZA</i>	6
4.4.	<i>LAVORO DELL'ÉQUIPE MULTI PROFESSIONALE</i>	7
4.5.	<i>COINVOLGIMENTO DELLA PERSONA E DELLA FAMIGLIA</i>	7
4.6.	<i>MONITORAGGIO E RIVALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE</i>	7
5.	CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, DIMISSIONE PROTETTA E TRANSITIONAL CARE.....	8
5.1.	<i>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE</i>	8
5.2.	<i>TRANSITIONAL CARE</i>	8
5.3.	<i>PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE</i>	8
5.4.	<i>DIMISSIONE PROTETTA</i>	9
5.5.	<i>CONIVOLGIMENTO DELLA RETE TERRITORIALE</i>	9
5.6.	<i>INFORMAZIONE E SUPPORTO ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA</i>	9

LA CARTA DEI SERVIZI

6.	SERVIZI E PRESTAZIONI EROGATE	10
6.1.	ASSISTENZA INFERMIERISTICA.....	10
6.2.	ASSISTENZA MEDICA PROGRAMMATA	10
6.3.	ATTIVITÀ RIABILITATIVE E DI RECUPERO FUNZIONALE.....	10
6.4.	SUPPORTO DIAGNOSTICO ESSENZIALE.....	11
6.5.	ATTIVITÀ DI SUPPORTO ASSISTENZIALE E ALBERGHIERO	11
6.6.	INTEGRAZIONE DEI SERVIZI NEL PERCORSO ASSISTENZIALE	11
6.7.	DOTAZIONE ORGANICA	11
7.	INFORMAZIONE CONSENSO E PARTECIPAZIONE.....	12
7.1.	INFORMAZIONE ALLA PERSONA RICOVERATA.....	12
7.2.	CONSENSO INFORMATO	12
7.3.	PARTECIPAZIONE AL PERCORSO DI CURA	12
7.4.	COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA E DEI CAREGIVER	13
7.5.	TUTELA DELLA DIGNITÀ E RISPETTO DELLA PERSONA	13
8.	ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE	14
8.1.	MODALITÀ DI RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA E SOCIO-ASSISTENZIALE.....	14
8.1.1.	Procedura e tempi di accesso nella ASL di Frosinone.....	14
	COME RAGGIUNGERCI	15

1. CAPITOLO L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità di Pontecorvo, dotata di n. 1 Modulo di 20 posti letto, è una struttura di ricovero sanitario a bassa intensità clinica, inserita nella rete dell'assistenza territoriale, rivolta a persone che necessitano di un periodo di assistenza sanitaria continuativa e sorveglianza clinico assistenziale, non gestibile in sicurezza al domicilio, ma non appropriata per un ricovero in ospedale per acuti.

L'Ospedale di Comunità di Pontecorvo svolge una funzione di cura intermedia e di supporto alla continuità delle cure, favorendo la stabilizzazione clinica, il recupero funzionale e la gestione del percorso post-acuzie. Il ricovero ha carattere temporaneo ed è orientato al raggiungimento di obiettivi assistenziali definiti, con particolare attenzione alla programmazione della dimissione e al raccordo con i servizi territoriali. L'assistenza è erogata secondo un modello organizzativo a prevalente gestione infermieristica, con responsabilità medica programmata, attraverso il lavoro integrato dell'équipe multiprofessionale e in raccordo con i Medici di Medicina Generale, la rete territoriale e, ove necessario, le strutture ospedaliere per acuti.

In base alla "Matrice di Afferenza Territoriale" dell'ASL di Frosinone, l'OdC di Pontecorvo (Area Geografica Centro/Sud), è destinato primariamente a servire la popolazione del Distretto D di Cassino - Pontecorvo, accogliendo pazienti in dimissione dall'Ospedale di provenienza, ovvero l'Ospedale Santa Scolastica di Cassino.

L'Ospedale di Comunità è dotato dello standard di 20 posti letto.

1.1. COSA PUÒ ASPETTARSI L'UTENTE

Durante il ricovero, la persona e la famiglia possono aspettarsi:

- una presa in carico assistenziale orientata alla sicurezza e al recupero;
- un percorso di cura definito e aggiornato in base all'evoluzione clinica;
- attenzione alla dignità, alla comunicazione e al coinvolgimento nelle decisioni di cura;
- programmazione della dimissione e raccordo con i servizi territoriali per garantire la continuità delle cure.

2. TIPOLOGIA DI UTENZA E CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

2.1. TIPOLOGIA DI UTENZA

L'Ospedale di Comunità è rivolto a persone adulte che presentano condizioni cliniche stabilizzate o in fase di stabilizzazione, per le quali risulta necessario un periodo di ricovero sanitario a bassa intensità clinica, non appropriato per il ricovero in ospedale per acuti e non gestibile in sicurezza al domicilio.

L'utenza dell'Ospedale di Comunità comprende, in particolare, persone che necessitano di:

- monitoraggio clinico e assistenziale continuativo;
- completamento di un percorso diagnostico-terapeutico già avviato;
- recupero funzionale o riattivazione dopo evento acuto;
- supporto assistenziale temporaneo in fase post-acuzie;
- preparazione alla dimissione verso il domicilio o verso altri setting assistenziali territoriali.

L'Ospedale di Comunità accoglie pazienti provenienti dal domicilio, dalle strutture ospedaliere per acuti o dai servizi territoriali, secondo modalità programmate e appropriate.

2.2. CRITERI DI ELEGGIBILITÀ AL RICOVERO

Il ricovero in Ospedale di Comunità è appropriato per pazienti che presentano criteri di eleggibilità coerenti con la funzione della struttura e con il modello di assistenza territoriale.

In particolare, sono eleggibili pazienti che:

- non necessitano di interventi diagnostici o terapeutici ad alta intensità;
- non presentano instabilità clinica tale da richiedere il ricovero in ospedale per acuti;
- necessitano di assistenza sanitaria continuativa e di sorveglianza clinico assistenziale;
- presentano bisogni assistenziali che non possono essere adeguatamente soddisfatti al domicilio in quella fase del percorso di cura.

L'eleggibilità al ricovero è valutata sulla base delle condizioni cliniche, assistenziali e funzionali della persona, nel rispetto dei criteri di appropriatezza e sicurezza delle cure.

2.3. MODALITÀ DI VALUTAZIONE DELL'ELEGGIBILITÀ

La valutazione dell'eleggibilità al ricovero in Ospedale di Comunità avviene attraverso una valutazione clinico assistenziale multidimensionale, finalizzata a verificare la coerenza del bisogno assistenziale con le finalità della struttura.

La valutazione è effettuata in raccordo con:

- i Medici di Medicina Generale;
- i servizi territoriali;

- le strutture ospedaliere per acuti;
- la Centrale Operativa Territoriale (COT), ove previsto.

L'accesso al ricovero è programmato e inserito all'interno di un percorso assistenziale condiviso, orientato alla continuità delle cure e alla successiva dimissione protetta.

2.4. CRITERI DI APPROPRIATEZZA

Non risultano appropriati per il ricovero in Ospedale di Comunità i pazienti che:

- necessitano di cure intensive o sub-intensive;
- presentano instabilità clinica acuta;
- richiedono interventi specialistici ad alta complessità o procedure invasive;
- necessitano di assistenza esclusivamente sociale o alberghiera.

In tali casi, il paziente viene indirizzato verso il contesto assistenziale più appropriato, in coerenza con i bisogni clinici e assistenziali rilevati.

2.5. MODALITÀ DEL RICOVERO

La durata del ricovero in Ospedale di Comunità è temporanea ed è definita in relazione agli obiettivi assistenziali e clinici stabiliti nel Piano Assistenziale Individualizzato. La permanenza in struttura è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di stabilizzazione, recupero e continuità assistenziale, nel rispetto dei principi di appropriatezza e sicurezza delle cure.

3. MODALITÀ DI ACCESSO ALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

3.1. PRINCIPI GENERALI DI ACCESSO

L'accesso all'Ospedale di Comunità avviene secondo modalità programmate e appropriate, in coerenza con la funzione della struttura come ricovero sanitario a bassa intensità clinica e di continuità assistenziale. Il ricovero è finalizzato alla gestione di pazienti clinicamente stabilizzati o in fase di stabilizzazione e si inserisce all'interno di un percorso assistenziale condiviso, orientato alla continuità delle cure e alla successiva dimissione protetta. L'Ospedale di Comunità non rappresenta un punto di accesso diretto per le urgenze e non sostituisce il Pronto Soccorso o le strutture ospedaliere per acuti.

3.2. ACCESSO AL TERRITORIO

L'accesso all'Ospedale di Comunità può avvenire dal territorio, su proposta dei **Medici di Medicina Generale** o dei servizi territoriali competenti, a seguito di valutazione dell'appropriatezza clinico assistenziale del ricovero. Tale modalità di accesso è finalizzata a garantire la continuità delle cure per pazienti che necessitano di un periodo di assistenza sanitaria continuativa non gestibile al domicilio, in assenza di criteri di ricovero per acuti. L'accesso dal territorio è programmato e inserito all'interno di un percorso assistenziale condiviso.

3.3. ACCESSO DA STRUTTURE OSPEDALIERE PER ACUTI

L'Ospedale di Comunità accoglie pazienti provenienti da strutture ospedaliere per acuti, a seguito di dimissione protetta o trasferimento programmato, quando non risultano più appropriati ulteriori trattamenti ad alta intensità clinica, ma permane la necessità di assistenza sanitaria continuativa.

Questa modalità di accesso favorisce:

- la riduzione della degenza in ospedale per acuti;
- la continuità del percorso di cura;
- una transizione assistenziale sicura verso il domicilio o altri setting territoriali.

3.4. VALUTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELL'ACCESSO

L'accesso all'Ospedale di Comunità è subordinato a una valutazione clinico assistenziale finalizzata a verificare la coerenza del bisogno del paziente con le finalità della struttura.

La valutazione è effettuata in raccordo con:

- i Medici di Medicina Generale;
- i servizi territoriali;
- le strutture ospedaliere per acuti;
- la Centrale Operativa Territoriale (COT).

La programmazione dell'accesso tiene conto delle condizioni cliniche, assistenziali e funzionali della persona e degli obiettivi assistenziali definiti.

3.5. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E RACCORDO TRA SERVIZI

Le modalità di accesso all'Ospedale di Comunità sono integrate all'interno della rete dei servizi territoriali e ospedalieri, al fine di garantire percorsi assistenziali appropriati, sicuri e continuativi. Il raccordo tra i diversi servizi coinvolti consente di assicurare una presa in carico coerente sin dalla fase di accesso, favorendo una gestione coordinata della degenza e della successiva dimissione.

4. PRESA IN CARICO CLINICO ASSISTENZIALE DURANTE LA DEGENZA

4.1. PRESA IN CARICO ALL'INGRESSO

All'ingresso in Ospedale di Comunità, la persona ricoverata è oggetto di una **presa in carico clinico assistenziale strutturata**, finalizzata a garantire un'assistenza appropriata, sicura e coerente con gli obiettivi del ricovero.

La presa in carico avviene attraverso una **valutazione iniziale clinica, assistenziale e funzionale**, orientata a:

- definire il quadro di salute della persona;
- individuare i bisogni assistenziali prioritari;
- stabilire gli obiettivi del percorso di degenza;
- programmare le attività assistenziali e di cura.

4.2. PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

Sulla base della valutazione iniziale, viene definito il **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**, che rappresenta lo strumento di riferimento per la gestione della degenza.

Il PAI:

- è condiviso dall'équipe multiprofessionale;
- è coerente con le condizioni cliniche e assistenziali della persona;
- è orientato alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e alla preparazione della dimissione;
- è aggiornato in relazione all'evoluzione del quadro clinico assistenziale.

Il Piano Assistenziale Individualizzato garantisce un approccio personalizzato e integrato alla cura della persona ricoverata.

4.3. GESTIONE CLINICO ASSISTENZIALE DELLA DEGENZA

Durante la degenza, l'assistenza è erogata secondo un modello organizzativo a **prevalente gestione infermieristica**, con **responsabilità medica programmata**, nel rispetto delle competenze professionali e delle normative vigenti.

La gestione clinico assistenziale è finalizzata a:

- garantire la sorveglianza clinica continuativa;
- attuare gli interventi assistenziali previsti dal PAI;
- prevenire complicanze e deterioramenti clinici;
- promuovere il recupero dell'autonomia residua;
- assicurare la sicurezza delle cure.

L'assistenza è orientata alla persona nella sua globalità, con attenzione agli aspetti clinici, assistenziali e relazionali.

4.4. LAVORO DELL'ÉQUIPE MULTI PROFESSIONALE

La presa in carico durante la degenza è garantita dal lavoro coordinato dell'**équipe multiprofessionale**, che opera in modo integrato e collaborativo.

L'équipe concorre:

- alla valutazione continua delle condizioni di salute;
- alla revisione del Piano Assistenziale Individualizzato;
- alla definizione delle strategie di dimissione e continuità delle cure.

Il lavoro in équipe favorisce un approccio globale e condiviso alla gestione del percorso assistenziale.

4.5. COINVOLGIMENTO DELLA PERSONA E DELLA FAMIGLIA

Durante la degenza, la persona ricoverata è adeguatamente informata sul proprio percorso di cura, nel rispetto dei principi di informazione chiara, consenso informato e partecipazione. Compatibilmente con le condizioni cliniche e organizzative, è favorito il coinvolgimento della famiglia o delle persone di riferimento, al fine di:

- sostenere il percorso di cura;
- favorire la continuità assistenziale al momento della dimissione;
- promuovere una presa in carico condivisa e consapevole.

4.6. MONITORAGGIO E RIVALUTAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

La presa in carico clinico assistenziale durante la degenza è oggetto di **monitoraggio e rivalutazione continua**, in relazione all'evoluzione delle condizioni di salute della persona.

Le rivalutazioni consentono di:

- verificare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
- adeguare il Piano Assistenziale Individualizzato;
- programmare in modo appropriato la dimissione e il raccordo con i servizi territoriali.

5. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, DIMISSIONE PROTETTA E TRANSITIONAL CARE

5.1. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Ospedale di Comunità opera per garantire la **continuità assistenziale** lungo l'intero percorso di cura della persona, assicurando il raccordo tra la fase di ricovero e i servizi territoriali competenti.

La continuità assistenziale è perseguita attraverso:

- l'integrazione con i Medici di Medicina Generale;
- il raccordo con le Case della Comunità;
- il coinvolgimento dei servizi territoriali e domiciliari;
- la collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale (COT), ove prevista.

Tale integrazione consente di assicurare percorsi assistenziali coerenti, appropriati e orientati alla sicurezza delle cure.

5.2. TRANSITIONAL CARE

L'Ospedale di Comunità svolge una funzione di **transitional care**, intesa come gestione strutturata della transizione della persona tra diversi contesti assistenziali.

La transitional care è finalizzata a:

- favorire il passaggio sicuro dall'ospedale per acuti all'assistenza territoriale;
- ridurre il rischio di riacutizzazioni e riammissioni inappropriate;
- garantire la continuità delle cure nel passaggio tra ricovero e domicilio o altri ambiti assistenziali.

Attraverso la transitional care, l'Ospedale di Comunità contribuisce a una presa in carico coordinata e progressiva della persona, in coerenza con il bisogno assistenziale rilevato.

5.3. PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE

La dimissione dall'Ospedale di Comunità è programmata sin dall'ingresso ed è parte integrante del percorso assistenziale.

La programmazione della dimissione si basa su:

- valutazione clinico assistenziale aggiornata;
- obiettivi definiti nel Piano Assistenziale Individualizzato;
- condizioni di sicurezza per il rientro al domicilio o per il trasferimento verso altri servizi.

La dimissione avviene in modo pianificato e condiviso, nel rispetto dei principi di appropriatezza e continuità assistenziale.

5.4. DIMISSIONE PROTETTA

La **dimissione protetta** è attivata quando la persona necessita di un supporto assistenziale organizzato al termine del ricovero.

In tali casi, l'Ospedale di Comunità assicura il raccordo con:

- i servizi territoriali competenti;
- l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- le strutture o i servizi sociosanitari eventualmente coinvolti;
- i Medici di Medicina Generale.

La dimissione protetta favorisce la prosecuzione delle cure appropriate e sicure, riducendo il rischio di interruzioni assistenziale.

5.5. CONIVOLGIMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

La continuità assistenziale e la dimissione protetta si realizzano attraverso il coinvolgimento della rete territoriale, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità dei diversi servizi.

Il raccordo tra Ospedale di Comunità, servizi territoriali e sociali consente di:

- garantire una presa in carico coerente;
- favorire la continuità delle cure;
- sostenere il rientro della persona nel proprio contesto di vita.

5.6. INFORMAZIONE E SUPPORTO ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA

Nel percorso di dimissione e di transizione assistenziale, la persona ricoverata e, ove appropriato, la famiglia o i caregiver sono adeguatamente informati sulle modalità di prosecuzione delle cure.

L'informazione è finalizzata a:

- favorire la consapevolezza del percorso assistenziale;
- supportare la continuità delle cure;
- promuovere una partecipazione attiva e responsabile.

6. SERVIZI E PRESTAZIONI EROGATE

6.1. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'Ospedale di Comunità garantisce un'assistenza infermieristica continuativa, quale elemento centrale del modello organizzativo della struttura.

L'assistenza infermieristica è finalizzata a:

- la sorveglianza clinica e assistenziale della persona ricoverata;
- l'attuazione degli interventi previsti dal Piano Assistenziale Individualizzato;
- la prevenzione delle complicanze;
- il supporto alla persona e alla famiglia;
- la promozione dell'autonomia residua e del recupero funzionale.

Le attività infermieristiche sono svolte nel rispetto delle competenze professionali e delle buone pratiche assistenziali, con attenzione alla sicurezza delle cure.

6.2. ASSISTENZA MEDICA PROGRAMMATA

L'Ospedale di Comunità assicura l'assistenza medica secondo un modello di responsabilità medica programmata, in coerenza con la funzione della struttura quale setting di ricovero a bassa intensità clinica.

L'assistenza medica è orientata a:

- la valutazione clinica del paziente;
- la definizione e il monitoraggio del percorso di cura;
- il supporto alla gestione clinico assistenziale durante la degenza;
- la programmazione della dimissione e della continuità delle cure.

L'attività medica si integra con l'assistenza infermieristica e con il lavoro dell'équipe multiprofessionale.

6.3. ATTIVITÀ RIABILITATIVE E DI RECUPERO FUNZIONALE

Nell'ambito del percorso di degenza, l'Ospedale di Comunità favorisce attività di supporto al recupero funzionale, coerenti con gli obiettivi assistenziali definiti nel Piano Assistenziale Individualizzato.

Tali attività sono finalizzate a:

- mantenere o migliorare le capacità funzionali;
- prevenire il declino funzionale legato all'immobilità;
- favorire il rientro al domicilio o il passaggio ad altri setting assistenziali.

Le attività riabilitative si inseriscono nel percorso complessivo di presa in carico della persona.

6.4. SUPPORTO DIAGNOSTICO ESSENZIALE

L'Ospedale di Comunità garantisce l'accesso alle prestazioni di supporto diagnostico essenziale, necessarie al monitoraggio clinico e alla gestione del percorso assistenziale, in raccordo con i servizi aziendali competenti. Le prestazioni diagnostiche sono utilizzate in modo appropriato e coerente con le finalità della struttura, senza sovrapporsi alle attività proprie degli ospedali per acuti.

6.5. ATTIVITÀ DI SUPPORTO ASSISTENZIALE E ALBERGHIERO

Durante la degenza, l'Ospedale di Comunità assicura le attività di supporto necessarie al benessere e alla sicurezza della persona ricoverata, nel rispetto della dignità e dei bisogni individuali. Tali attività contribuiscono a creare un ambiente di cura adeguato e orientato alla persona.

6.6. INTEGRAZIONE DEI SERVIZI NEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Tutti i servizi e le prestazioni erogate dall'Ospedale di Comunità sono integrati all'interno di un percorso assistenziale unitario, orientato agli obiettivi del Piano Assistenziale Individualizzato. L'integrazione tra assistenza infermieristica, assistenza medica, attività di supporto e raccordo con i servizi territoriali garantisce appropriatezza, continuità e qualità delle cure.

6.7. DOTAZIONE ORGANICA

L'Ospedale di Comunità di Pontecorvo ha la seguente dotazione organica:

- 1 Coordinatore dei Medici di Medicina Generale;
- Medici di Medicina Generale che si alternano nell'assistenza per sei ore al giorno,
- 1 Coordinatore Infermieristico;
- 6 Infermieri;
- 6 Operatori Socio Sanitari;
- 1 Fisioterapista.

7. INFORMAZIONE CONSENSO E PARTECIPAZIONE

7.1. INFORMAZIONE ALLA PERSONA RICOVERATA

L'Ospedale di Comunità garantisce alla persona ricoverata il diritto a ricevere un'informazione completa, chiara e comprensibile in merito al proprio stato di salute, al percorso assistenziale, alle modalità di cura e agli obiettivi del ricovero. L'informazione è fornita nel rispetto delle condizioni cliniche, delle capacità di comprensione della persona e delle disposizioni normative vigenti, favorendo una comunicazione adeguata e rispettosa della dignità della persona. L'Ospedale di Comunità promuove una relazione di cura basata sulla fiducia, sull'ascolto e sulla trasparenza, quale presupposto essenziale per una presa in carico appropriata e sicura.

7.2. CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato rappresenta un presupposto fondamentale della relazione di cura ed è acquisito nel rispetto dei principi stabiliti dalla normativa vigente. La persona ricoverata ha diritto a esprimere il proprio consenso o dissenso alle proposte di cura, dopo aver ricevuto informazioni adeguate, aggiornate e comprensibili.

Il consenso informato è:

- personale e libero;
- specifico e consapevole;
- revocabile in qualsiasi momento.

In caso di impossibilità della persona a esprimere il consenso, si fa riferimento alle modalità previste dalla normativa per il coinvolgimento del rappresentante legale o delle persone di fiducia, nel rispetto della volontà della persona e dei suoi diritti.

7.3. PARTECIPAZIONE AL PERCORSO DI CURA

L'Ospedale di Comunità riconosce e promuove la partecipazione attiva della persona ricoverata al proprio percorso di cura, nel rispetto delle condizioni cliniche e assistenziali.

La partecipazione si realizza attraverso:

- il coinvolgimento nelle decisioni che riguardano il percorso assistenziale;
- la condivisione degli obiettivi di cura;
- il dialogo continuo con l'équipe assistenziale.

La partecipazione consapevole favorisce una migliore adesione al percorso assistenziale e contribuisce alla qualità e alla sicurezza delle cure.

7.4. COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA E DEI CAREGIVER

Compatibilmente con le condizioni cliniche e organizzative, l'Ospedale di Comunità favorisce il coinvolgimento della famiglia o dei caregiver, quale supporto al percorso di cura e alla continuità assistenziale. Il coinvolgimento della famiglia avviene nel rispetto della volontà della persona ricoverata, della normativa sulla tutela della riservatezza e delle indicazioni clinico assistenziali.

7.5. TUTELA DELLA DIGNITÀ E RISPETTO DELLA PERSONA

In tutte le fasi del ricovero, l'Ospedale di Comunità assicura il rispetto della dignità, dei valori, delle convinzioni e delle scelte della persona ricoverata. L'assistenza è erogata nel rispetto dei principi di umanizzazione delle cure, garantendo attenzione alla persona nella sua globalità e promuovendo un ambiente di cura accogliente e rispettoso.

8. ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE

8.1. MODALITÀ DI RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA E SOCIO-ASSISTENZIALE

La documentazione clinica e socio-assistenziale della Casa di Comunità di Anagni viene rilasciata **entro 30 giorni** dalla data di presentazione della domanda, salvo casi particolari in cui si attendono referti. Per la normativa vigente, nei casi documentati di urgenza, la struttura deve comunque rendere disponibili i documenti esistenti **entro 7 giorni** dalla richiesta.

8.1.1. Procedura e tempi di accesso nella ASL di Frosinone

Per i pazienti dimessi dalla Casa di Comunità, la procedura di richiesta prevede specifici passaggi e tempi:

- **Tempi di elaborazione:** la cartella clinica viene resa disponibile entro 30 giorni dalla data di dimissione o dalla richiesta.
- **Modalità online:** è possibile richiedere, provvedere al pagamento della somma dovuta (dalla seconda richiesta in poi), e scaricare la documentazione direttamente da casa tramite lo Sportello Online ASL Frosinone. L'accesso avviene tramite SPID.
- **Modalità in presenza:** La richiesta può essere effettuata dal paziente stesso o suo delegato (munito-di delega unitamente al documento di riconoscimento del delegante) rivolgendosi all'Ufficio Protocollo del Distretto Sanitario.

COME RAGGIUNGERCI

Arrivare all'Ospedale di Comunità di Pontecorvo è semplice, che si scelga l'auto o i mezzi pubblici. Pontecorvo dista circa **35 km da Frosinone** e l'Ospedale di Comunità è in Via San Giovanni Battista, 5.

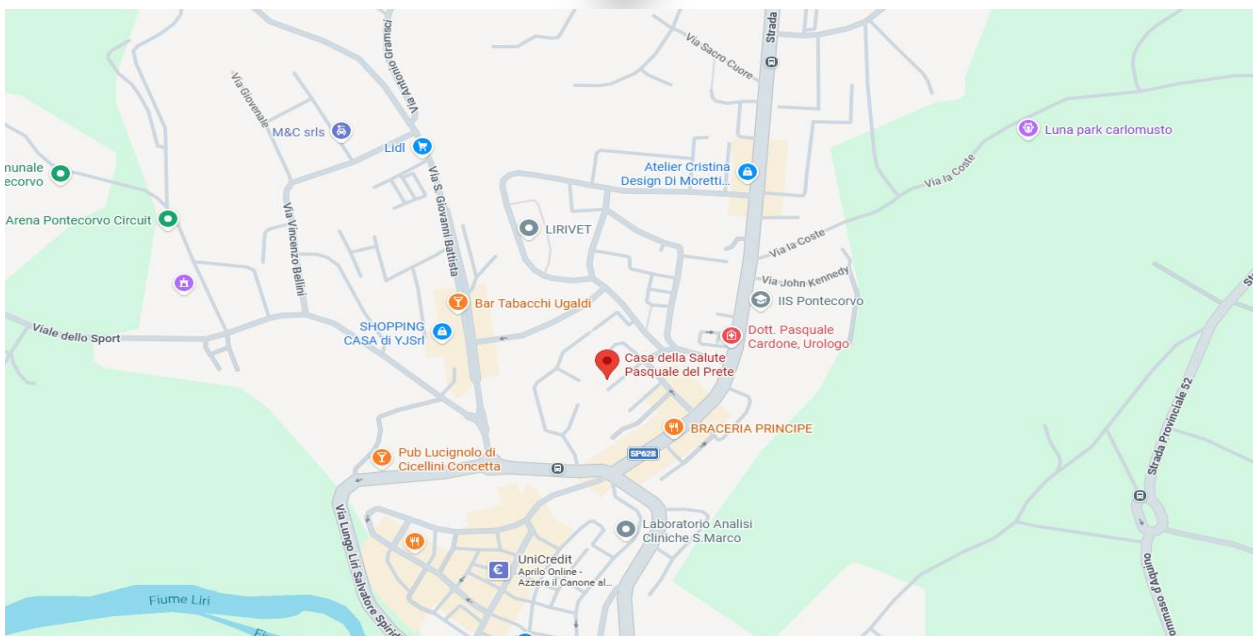
Con mezzo proprio:

- **Da Frosinone (e Roma):** imboccare l'Autostrada del Sole A1 in direzione Napoli ed uscire al casello di **Pontecorvo-Castrocielo**. Da lì, seguire le indicazioni per il centro (circa 10 minuti di guida).
- **Da Napoli:** prendere l'A1 verso nord, uscire sempre a **Pontecorvo-Castrocielo** e seguire la viabilità locale (SS6 Casilina).

Con trasporto pubblico: Non c'è una stazione ferroviaria diretta nel centro di Pontecorvo. Le opzioni migliori prevedono l'uso combinato di treno e autobus:

- **Treno:** le stazioni più comode e servite sono quelle di **Roccasecca** o **Cassino** lungo la linea regionale Roma-Napoli.
- **Autobus:** dalle stazioni di Roccasecca o Cassino si può prendere un bus di linea **Cotral** che vi porterà direttamente nel centro di Pontecorvo in circa 20-30 minuti. E' possibile consultare e monitorare gli orari in tempo reale tramite il portale [Cotral Orari e Percorsi](#).

LA CARTA DEI SERVIZI



La presente Carta dei Servizi rappresenta l'organizzazione dei servizi offerti all'interno della struttura al momento della sua pubblicazione ed è soggetta a revisione periodica dei contenuti.