

Schema di Intesa alla Conferenza Stato - Regioni sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

Nella seduta del

VISTO l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. n. 82/CSR) del 10 luglio 2014, che, all'art. 5, comma 17, prevede che con Intesa Stato-Regioni siano definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (in Gazz. Uff. 20 febbraio 1997, n. 42);

VISTO il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che, all'Allegato 1, punto 10.1 "Ospedali di comunità", definisce le principali caratteristiche di tali strutture;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15.09.2016, sul documento "Piano nazionale della cronicità" (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all'art. 5, comma 21, del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante “Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza” di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

CONSIDERATO che secondo quanto previsto dal citato decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, l’Ospedale di comunità rappresenta una struttura intermedia tra l’assistenza domiciliare e l’assistenza ospedaliera ed è destinato alla presa in carico di pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio e di sorveglianza infermieristica continuativa;

RITENUTO di adempiere a quanto previsto dall’art. 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 definendo i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di comunità al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure;

CONSIDERATA la necessità di rinviare ad un’apposita intesa, su proposta della Commissione permanente tariffe, di cui all’articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016, istituita con decreto ministeriale 18 gennaio 2016, la definizione degli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall’Ospedale di comunità in applicazione di quanto previsto dall’art. 5, comma 17, del citato Patto per la salute 2014-2016;

CONSIDERATA, inoltre, la necessità di rinviare ad un’apposita intesa, su proposta della Commissione nazionale per l’aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 556 della legge 28 dicembre 2015 n. 208, istituita con decreto ministeriale 16 giugno 2016 e s.m.i., la definizione degli aspetti relativi ai Livelli essenziali di assistenza;

CONSIDERATA, altresì, la necessità di rinviare a successive previsioni in via regolamentare gli aspetti riguardanti la definizione di standard sulle dotazioni regionali in merito agli Ospedali di comunità, in osservanza dei principi di cui all’articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004 n. 311;

CONSIDERATO che il presente documento costituisce la base indispensabile per la realizzazione di un apposito flusso informativo finalizzato al monitoraggio delle prestazioni erogate dall’Ospedale di comunità in attuazione dell’art. 5, comma 18, del citato Patto per la salute 2014-2016;

CONSIDERATA l’attività svolta dal Gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della salute, in data 19 maggio 2017, con decreto del Direttore generale della Direzione generale della Programmazione Sanitaria, comprendente rappresentanti delle Regioni designati dalla Commissione Salute, dell’Istituto superiore di sanità (I.S.S.), dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e di diverse Direzioni generali del Ministero della salute, al fine di elaborare proposte per l’individuazione di requisiti uniformi sugli Ospedali di comunità;

VISTO il documento finale prodotto dal medesimo Gruppo di lavoro;

CONSIDERATO che il documento è stato successivamente rivisto e condiviso nella sua stesura finale con numerosi incontri tecnici svolti in sede di Commissione Salute;

CONSIDERATO che, in esito alla seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è mancata l'intesa (Rep. Atti n. 152/CSR del 1° agosto 2019);

RILEVATA, ad ogni modo, l'opportunità di raggiungere un'Intesa in base alla citata previsione di cui all'articolo 5, comma 17 del "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. n. 82/CSR) del 10 luglio 2014, tenendo conto della significativa attività svolta e di tutti gli elementi concordati nel precedente iter di approvazione con il Coordinamento Interregionale in sanità, le cui indicazioni sono state recepite nel testo, fino alla data della citata seduta della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 1 agosto 2019;

CONSIDERATA la proposta del Ministero della salute di inserire tra i requisiti organizzativi e gli standard minimi assistenziali il ruolo dell'Infermiere con funzioni di coordinamento;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini sotto indicati

Art. 1

(Requisiti minimi)

1. E' approvato il documento di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto, recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità, ai sensi dell'articolo 5, comma 17 del Patto per la salute 2014-2016, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014.

Art. 2

(Aspetti tariffari, inserimento nei LEA e standard)

- 1 Con successiva intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Commissione permanente tariffe, di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016, istituita con decreto ministeriale 18 gennaio 2016, sono definiti gli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall'Ospedale di Comunità in applicazione di quanto previsto dall'art. 5, comma 17, del citato Patto per la salute 2014-2016.

- 2 Con successiva intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza e la promozione dell'appropriatezza del SSN, di cui all'articolo 1, comma 556 della legge 28 dicembre 2015 n. 208, istituita con decreto ministeriale 16 giugno 2016 e s.m.i, sono definiti gli aspetti relativi ai Livelli essenziali di assistenza.
- 3 Gli aspetti riguardanti la definizione di standard in merito alle dotazioni regionali sono rinviati al provvedimento che individuerà, con atto regolamentare, gli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza socio-sanitaria territoriale".

Art. 3

(Sistema informativo)

- 1 In applicazione dell'art. 5, comma 18, del Patto per la salute 2014-2016, il Ministero della salute provvede nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) alla realizzazione del sistema informativo finalizzato al monitoraggio dell'attività svolta dall'Ospedale di comunità in coerenza con quanto previsto dal presente atto.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio II

Allegato A

Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità

Indice

Caratteristiche generali.....	2
a) Definizione.....	2
b) Individuazione della sede.....	2
c) Posti letto	2
d) Target di utenza.....	2
e) Responsabilità	3
f) Modalità di accesso.....	3
Requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico – assistenziali	4
1) Requisiti generali:	4
2) Requisiti strutturali e tecnologici specifici.....	4
3) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali	4

Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità

Caratteristiche generali

a) Definizione

Il “Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità” (di seguito O.d.C.) come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L’O.d.C. è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. L’O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM 12/01/2017 recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”

Il presente documento definisce i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio degli O.d.C. pubblici o privati, come indicato dall’art. 5, comma 17, dell’Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 sul Patto per la salute 2014-2016 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, allegato 1, paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità)

Le Regioni e le Province autonome definiscono i requisiti ulteriori per l’accreditamento delle stesse strutture ai sensi dell’art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.. L’O.d.C. è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti

b) Individuazione della sede

L’O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all’assistenza territoriale.

c) Posti letto

L’O.d.C. ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l’estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

d) Target di utenza

Possono accedere all’O.d.C. pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche l’aumento di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l’addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Gli O.d.C. possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie **croniche riacutizzate** a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l’istituzionalizzazione e l’ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (*cf. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n. 135/CSR*). Il personale deve essere adeguato al target di utenti per formazione e numerosità.

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di O.d.C. dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

e) Responsabilità

La gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare, multi-professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

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

La responsabilità igienico sanitaria dell'O.d.C. è in capo ad un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale.

La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva dell'O.d.C. è in capo ad una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale

Analogha figura di responsabile è individuata dalle strutture private

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a:

- Un medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico), oppure
- un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il SSN o appositamente incaricato dalla direzione della struttura
- per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura.

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze.

L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione.

In caso di necessità, l'infermiere attiva la figura medica prevista dai modelli organizzativi regionali

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'O.d.C. sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure di emergenza del presidio ospedaliero.

f) Modalità di accesso

Per l'accesso all'O.d.C. è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

- diagnosi già definita
- prognosi già definita
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

È inoltre auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso. L'accesso avviene su prescrizione del medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico), del medico di continuità assistenziale o dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal Pronto Soccorso, previo accordo con la struttura secondo modalità fissate dalle Regioni.

Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.

L'utilizzo di scale di valutazione, opportunamente ripetuto durante la degenza e alla dimissione del paziente, consentirà di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate.

Se necessario, in previsione della dimissione dall'O.d.C., potrà avvenire una valutazione multidimensionale da parte dell'*équipe* territoriale dedicata, per esplicitare eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione di assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete).

Requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e standard minimi clinico – assistenziali

1) Requisiti generali:

Ricettività: Modulo di norma da 15 - 20 posti letto organizzato in stanze da 1 o 2 letti.

Normativa di riferimento: L'O.d.C. deve essere realizzato nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza anti-infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.)

Servizi generali: L'O.d.C. deve essere dotato di servizi generali, nonché di opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Sono ammesse esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia.

Accessibilità: Il percorso di accesso all'O.d.C. deve essere privo di barriere architettoniche e consentire un passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione. Deve essere dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.

2) Requisiti strutturali e tecnologici specifici

I requisiti strutturali e tecnologici specifici degli ospedali di comunità sono definiti da ciascuna regione in relazione alla tipologia dell'attività svolta.

L'identificazione della struttura da utilizzare come Ospedale di Comunità deve seguire il criterio dell'economicità e razionalità e la progettazione degli spazi è orientata principalmente a garantire il benessere fisico e psicologico del paziente.

Aspetti strutturali da contemplare nei requisiti regionali

- Spazio attesa visitatori.
- Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 PL aventi accesso diretto al bagno e poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilitazione del paziente
- Aree soggiorno/consumo pasti.
- Locale per visite e medicazioni.
- Locali di lavoro per personale.
- Spogliatoio per il personale con servizio igienico.
- Locale/spazio di deposito materiale pulito
- Locale/spazio di materiale sporco.
- Locale sosta e osservazione salme, in assenza di servizio mortuario.

Aspetti tecnologici da contemplare nei requisiti regionali

- Impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati.
- Impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile
- Impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto.
- Dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici.
- Presidi antidecubito.

Attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti.

3) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali

L'O.d.C, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e compresi i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali.

A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico e servizio sociale.

L'assistenza medica è assicurata dai medici indicati al precedente punto e), nel turno diurno (8-20) per almeno una ora di presenza settimanale per singolo ospite, sei giorni su sette; nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso Territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura anche ospedaliera in cui l'O.d.C. è situato.

Per un modulo fino a 20 posti letto dovrà essere garantita la presenza h24 di una figura infermieristica e di una adeguata presenza di figure di supporto diurne e notturne commisurate al case mix dei pazienti.

Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per i due moduli, se presenti nell'O.D.C..

È auspicabile che venga assicurata la funzione dell'infermiere case manager.

I processi assistenziali garantiti dall'O.d.C. devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto/Azienda sanitaria di afferenza.

Devono essere promossi ed assicurati: la formazione continua di tutto il personale, la valutazione e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

L'Ospedale di Comunità costituisce un *setting* ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità Locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni. Inoltre, la collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei familiari/*caregiver*.

L'O.d.C. deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere alla alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dai Presidi Residenziali di Assistenza Primaria/Ospedali di comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

La Regione valuta periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità sul proprio territorio, utilizzando anche elementi di valutazione comuni a livello nazionale, raccolti con il flusso informativo che andrà a costituire il debito informativo nell'ambito del quale dovranno essere ricompresi gli indici di valutazione multidimensionale del paziente validati dalla letteratura scientifica.