



**LINEE GUIDA
OSPEDALI DI COMUNITÀ
REGIONE MOLISE**

Sommario

Premessa	1
CARATTERISTICHE GENERALI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ	1
1. Definizione.....	1
2. Sedi degli ospedali di comunità nella Regione Molise.....	2
3. Posti letto.....	3
4. Target di utenza.....	3
5. Responsabilità e standard di personale.....	3
6. Gestione della documentazione e dei flussi informatici.....	4
7. Modalità di accesso.....	4
7.1 Valutazione della complessità assistenziale.....	5
7.2 Valutazione della stabilità clinica.....	5
8 Le principali patologie trattabili.....	7
9 Procedure di ricovero.....	8
10 Utilizzo della telemedicina nell'Ospedale di Comunità.....	8
REQUISITI MINIMI GENERALI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI, ORGANIZZATIVI E STANDARD MINIMI CLINICO – ASSISTENZIALE	9

Premessa

Le indicazioni del presente documento forniscono le linee guida per la definizione del Modello Operativo degli Ospedali di Comunità (OdC) della Regione Molise, in conformità alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del DM n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'avvio del periodo di programmazione 2021-2027, al fine di mitigare gli impatti economici e sociali della pandemia da COVID-19, la Commissione Europea e il Parlamento Europeo hanno dato vita al *Next Generation EU* (NGEU). Il governo italiano ha messo in atto un Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) con l'obiettivo di rilanciare l'economia del Paese e, contemporaneamente, promuovere la salute, la sostenibilità e l'innovazione digitale. Il PNRR rappresenta la pianificazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia intende realizzare entro il 2026.

Il piano è suddiviso in 6 Missioni, ognuna delle quali comprende diverse Componenti, a loro volta dettagliate in investimenti specifici. La Missione 6 è suddivisa in due Componenti di cui la prima denominata *"Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"* interamente dedicata alla riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale, in un'ottica di prossimità, integrazione, sviluppo e diffusione di strumenti di sanità digitale, quali la telemedicina.

La M6C1 si articola in tre investimenti, di cui l'Investimento 1.3 che mira a rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia e le sue strutture. Questo investimento vuole migliorare l'assistenza intermedia a livello territoriale attraverso la realizzazione e il potenziamento degli Ospedali di Comunità (OdC), riducendo il ricorso al Pronto Soccorso e i ricoveri non necessari in ospedale e migliorando l'accesso ai servizi sanitari.

La prima Milestone della M6C1 del PNRR è costituita dal DM n. 77 del 23 maggio 2022 avente a oggetto il *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"*, che definisce gli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici della Rete territoriale e rappresenta la condizione abilitante per realizzare gli interventi previsti dalla stessa. Le riforme settoriali nel PNRR accompagnano gli investimenti delle Missioni e introducono normative innovative per rendere più efficienti i regimi regolatori e procedurali nei vari ambiti.

La riforma del DM 77/2022 mira a definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, stabilendo standard uniformi su tutto il territorio nazionale.

Tanto premesso, il presente documento ha lo scopo di supportare l'Azienda Sanitarie Locale nella definizione dei modelli organizzativi degli Ospedali di Comunità, ponendo l'attenzione sulle modalità di identificazione del target di riferimento, sui servizi offerti, sul bacino di utenza e sulle modalità di accesso, in coerenza con le direttive nazionali e con le strategie di assistenza territoriale già in essere, al fine di garantire un accesso equo e tempestivo alle cure e di assicurare la qualità degli interventi per la popolazione assistita.

CARATTERISTICHE GENERALI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

1. Definizione

L'Ospedale di Comunità (di seguito O.d.C.), come previsto dalla normativa vigente (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014 – 2016, Piano Nazionale della Cronicità) svolge una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero.

L'O.d.C. è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale ed è rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che richiedono il ricovero in tali strutture, per l'inidoneità del domicilio stesso e per la necessità di una assistenza e sorveglianza infermieristica continuativa anche notturna, non erogabili a domicilio.

L'Ospedale di Comunità non è da intendersi come una alternativa a forme di residenzialità extraospedaliere già esistenti che hanno altri destinatari come malati cronici non autosufficienti, disabili e malati terminali.

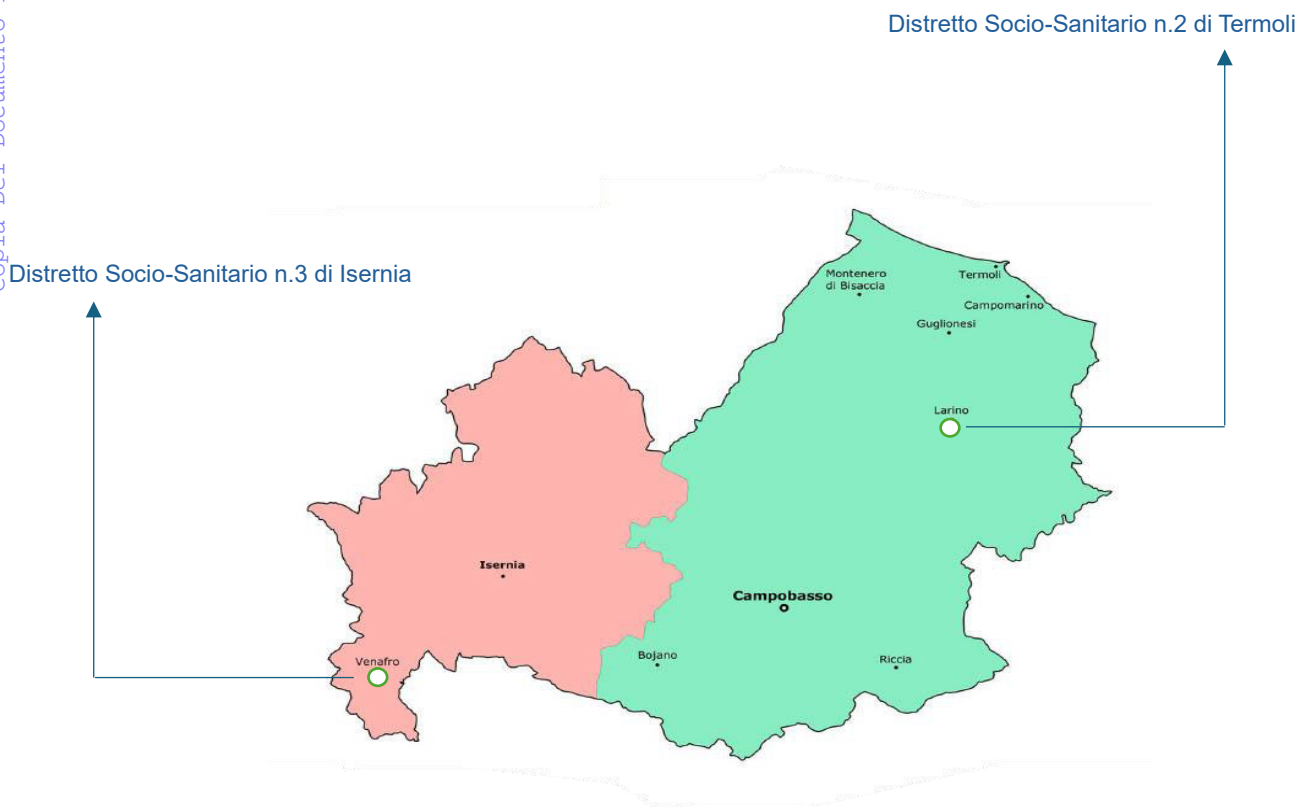
L'O.d.C. nasce, invero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Nell'Intesa del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità, pubblici o privati, i possesso dei requisiti sopracitati che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti, nei quali l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale e dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN, che effettuano ricoveri brevi non complessi.

2. Sedi degli ospedali di comunità nella Regione Molise

Secondo il DM del 23 maggio 2022, n. 77 "l'OdC 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".

Figura 1 - Mappatura degli Ospedali di Comunità sul territorio molisano



3. Posti letto

Secondo la normativa vigente, l'O.d.C. ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20 ogni 100.000 abitanti, ma in base alle esigenze territoriali è possibile prevedere l'estensione progressiva di 0,4 posti letto per ogni 1.000 abitanti da attuarsi secondo la programmazione regionale, ciò al fine di garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Gli O.d.C. possono prevedere ambienti protetti, con posti letto 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 (cfr. Piano Nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza unificata – Rep. Atti n. 135/CRS).

4. Target di utenza

Possono accedere all'O.d.C. pazienti che necessitano di assistenza sanitaria infermieristica continuativa nelle 24 ore, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare), ovvero possono accedervi:

- pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale
- pazienti 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 altra struttura residenziali, dal Pronto soccorso o dimissioni da presidi ospedalieri acuti.

Nella ipotesi di pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera, il personale deve essere adeguato al target di utenti per formazione e numerosità.

5. Responsabilità e standard di personale

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

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

La responsabilità igienico sanitaria è in capo a un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale.

La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva dell'OdC è in capo a 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 e assistenziali e la direzione aziendale.

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita:

- a un medico di medicina generale;
- 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 stessa.

L'assistenza medica è così assicurata:

- nel turno diurno (8 – 20) per almeno un'ora di presenza settimanale per singolo paziente, 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'OdC è situata.

La responsabilità assistenziale e di vigilanza, da garantire nelle 24 ore, è in capo all'infermiere.

Per quanto riguarda lo standard di personale per un OdC dotato di 20 posti letto, la Regione Molise prevede:

- 7 - 9 infermieri, di cui un coordinatore infermieristico;
- 4 - 6 operatori sociosanitari (OSS);
- 1- 2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative
- 1 medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Analoga figura di responsabilità è individuata dalle strutture private.

6. Gestione della documentazione e dei flussi informatici

L'OdC deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico di aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica e assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale.

La Regione provvede alla alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dagli Ospedali di Comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute, sulla base del flusso informativo alimentato dalle AA.SS.LL., il cui corretto adempimento è valutato dalla Amministrazione regionale.

La Regione valuta periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità tramite il flusso informativo. In particolare, gli indicatori di monitoraggio degli O.d.C. sono:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 gg
- Degenza media OdC
- Degenza oltre le 6 settimane
- N. Pazienti provenienti dal domicilio
- N. Pazienti provenienti da ospedali.

Per quanto concerne la gestione della documentazione, invece, è necessario che per ogni persona assistita si utilizzi la cartella clinica/infermieristica informatizzata.

Nella cartella sono registrati tutti gli interventi effettuati e i parametri clinici rilevati; all'atto della dimissione va completata e archiviata a cura del responsabile sanitario e del coordinatore infermieristico.

La cartella clinica/infermieristica contiene i dati relativi alla persona assistita e le attività svolte.

La cartella clinica/infermieristica è custodita nel rispetto della norma vigente sul trattamento dei dati sensibili, l'accesso ai dati contenuti nella documentazione clinica è consentito esclusivamente all'*équipe* assistenziale che ha in cura la persona.

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

7. Modalità di accesso

L'accesso negli Ospedali di comunità può avvenire su proposta di:

- un medico di medicina generale;
- un medico di continuità assistenziale
- uno specialista ambulatoriale interno;
- un medico ospedaliero;
- un medico di Pronto Soccorso, previo accordo con la struttura.

Prima di procedere alla proposta di ricovero presso l'OdC il medico richiedente deve provvedere a eseguire la valutazione mediante scale standardizzate che consentano di accertare sia il livello di criticità/instabilità clinica, sia per accertare il livello di complessità assistenziale e autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.

Anche durante la degenza e all'atto delle dimissioni del paziente è opportuno utilizzare le predette scale di valutazione standardizzate, al fine di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate.

Le condizioni di ammissibilità per accedere all'OdC sono:

- invio, da parte del soggetto competente, della richiesta di ricovero in Ospedale di Comunità, completo in tutte le sue parti;
 - diagnosi definita;
 - programma terapeutico delineato;
 - assenza di problematiche acute in atto;
 - valutazione dell'Indice di dipendenza assistenziale infermieristica (IDA);
 - valutazione della stabilità clinica correlata all'alterazione dei parametri fisiologici mediante la scala MEWS $< 0 = 2$ (MODIFIED EARLY WARNING SCORE);
 - eventuale valutazione della UVM se il paziente proviene da un setting territoriale;
 - eventuale valutazione della UVMO (nelle strutture in cui è stata istituita) se il paziente proviene da un setting ospedaliero; → vedi la regione Abruzzo
 - percorso clinico assistenziale specifico.

Il responsabile sanitario dell'OdC può predisporre un protocollo di Triage per favorire gli ingressi rapidi di pazienti in possesso dei requisiti di ammissibilità provenienti ad esempio dai Pronto Soccorso, Unità Operative o da altro luogo di cura.

In previsione della dimissione dall'O.d.C., se necessario, l'equipe territoriale può svolgere delle valutazioni multidimensionali per esplicitare eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente come, a titolo esemplificativo, attivazione di assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete.

7.1 Valutazione della complessità assistenziale

La complessità assistenziale definisce il livello di impegno necessario a soddisfare i bisogni di cure infermieristiche necessarie al paziente. L'Indice di dipendenza assistenziale (IDA) determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessità attraverso l'impegno del professionista in base ad un cut-off che individua i pazienti ad alta complessità assistenziale se rientranti nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19 e a bassa complessità se il punteggio è compreso tra 20 e 28.

La scala IDA valuta sette dimensioni assistenziali:

- 1) alimentazione;
- 2) eliminazione;
- 3) igiene e comfort;
- 4) mobilizzazione;
- 5) procedure diagnostiche;
- 6) procedure terapeutiche;
- 7) percezione sensoriale.

7.2 Valutazione della stabilità clinica

La valutazione della stabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza).

La scala MEWS (MODIFIED EARLY WARNING SCORE) è tra gli score maggiormente utilizzati e consente di stratificare il rischio di potenziale evoluzione clinica di un paziente.

Valuta 5 parametri fisiologici:

- 1) pressione arteriosa sistolica;

- 2) frequenza cardiaca;
- 3) frequenza respiratoria;
- 4) temperatura corporea;
- 5) stato di vigilanza (AVPU).

In base allo score complessivo identifica tre livelli:

- 1) Basso/Stabile (score 0-2);
- 2) Medio/Instabile (score 3-4);
- 3) Alto Rischio/Critico (score 5).

Il punteggio che si ottiene dalla scala MEWS va da un minimo di 0 ad un massimo di 14; gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico e instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva.

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche. La scala, se inserita nella cartella informatizzata, è in grado di calcolare automaticamente il punteggio associato a specifici *alert*.

Tra i diversi strumenti di valutazione a disposizione di medici e infermieri vi sono la “*Glasgow Coma Scale*” (GCS) per valutare lo stato di coscienza e la “*Cincinnati Prehospital Stroke Scale*” (CPSS), impiegata per diagnosticare la presenza di pazienti affetti da ictus.

Tabella 1 - scala MEWS 1

Nome	Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita		Età			
.....		
	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30
Frequenza cardiaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 199	111 - 129	> 130
Pressione arteriosa sistolica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200	
Livello di coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde
Temperatura corporea (C°)		< 35		35 - 38,4		> 38,5	

Comorbidità

Totale

L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui la valutazione del grado di gravità e di dipendenza viene misurata grazie ai due sistemi a punteggio MEWS e IDA.

La rilevazione sia del livello di criticità/instabilità clinica che della complessità assistenziale del paziente è valutata costantemente nel periodo di ricovero e documentata nella cartella clinica/infermieristica.

Le scale sopramenzionate possono essere integrate dalla:

- 1) Chest Pain Score;
- 2) quick Sofa (Qsofa) e NEWS 2, fornisce indicazioni per il rischio sepsi;
- 3) Scala di Rankin;
- 4) Scala Conley;
- 5) Glasgow Coma Scale.

Il modello Tri-Co (Triage di Corridoio) di utilizzo nell'Ospedale di Comunità è una metodologia di assegnazione dei pazienti alle diverse aree di degenza in base alla valutazione del grado di gravità e di dipendenza, misurata combinando i due sistemi a punteggio MEWS e IDA. Alla base del Tri-Co vi è il modello per intensità di cure, che prevede l'allocazione del paziente nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, legati, quindi, alla condizione clinica e al bisogno assistenziale.

Tabella 2 – Rappresentazione grafica dell'intensità di cura Tri-Co

Complessità assistenziale			
Intensità clinica	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7-11
MEWS 0-2	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4	Media	Media	Alta
MEWS > 5	Alta	Alta	Alta

8 Le principali patologie trattabili

Le principali patologie trattabili in Ospedale di Comunità sono:

- BPCO riacutizzata, senza grave insufficienza respiratoria; broncopolmoniti a lenta risoluzione. Pazienti in ossigeno terapia a basso flusso, in terapia ottimizzata, senza necessità di controllo della emogasanalisi arteriosa;
- vasculopatie croniche o subacute (TIA, flebotrombosi, tromboflebiti) non complicate;
- patologie cardiache con necessità di rimodulazione della terapia e monitoraggio clinico ed ematochimico;
- malattie croniche del fegato, malassorbimento, esiti di resezione intestinale chirurgica che necessiti di ottimizzazione della terapia nutrizionale e/o di counselling;
- malattia da malnutrizione, in trattamento parenterale o enterale per cicli terapeutici;
- malattie croniche del tratto urinario e/o infezioni delle vie urinarie, che necessitino di cicli di terapia antibiotica per via endovenosa, con monitoraggio clinico ed ematochimico;
- cicli di terapia per via parenterale, anche antibiotica in classe H, se non eseguibili a domicilio;
- osteoporosi complicata da crollo vertebrale;
- patologie neurodegenerative con necessità di riattivazione motoria;
- necessità di un percorso diagnostico da eseguire in regime protetto in pazienti fragili, preparazione ed esecuzione di un esame endoscopico, posizionamento PEG, PEJ, etc.;
- ulcere trofiche con necessità di medicazioni giornaliere e ciclo di terapia antibiotica endovenosa
- pazienti con traumi lievi e/o non evolutivi, dopo completa valutazione clinica in PS e OBI;

- pazienti con esiti di intervento chirurgico che necessitino di convalescenza, di terapie parenterali prolungate e/o di riattivazione motoria post allettamento.

9 Procedure di ricovero

Al momento dell'ammissione del paziente nella struttura, il responsabile sanitario provvede all'apertura della cartella clinica informatizzata:

- acquisendo il consenso per l'approvazione del PAI/PRI al paziente e/o il familiare/caregiver;
- proponendo, in assenza di un PAI/PRI, in condivisione con il coordinatore infermieristico, il case manager e il MMG/PLS, un percorso clinico assistenziale specifico al caso;
- comunicando la durata del ricovero, di una durata massima di 30 giorni;
- acquisendo l'assenso all'assistenza mediante i servizi di telemedicina, laddove il paziente sia idoneo (in tal caso registra il paziente sulla piattaforma regionale);
- il consenso al trattamento dei dati personali;
- fornendo al paziente/caregiver o al tutore/amministratore di sostegno l'informativa *privacy*

Nell'ipotesi in cui sono richieste visite specialistiche, le relative consulenze sono garantite dai Medici Ospedalieri del P.O. o dagli specialisti convenzionati, secondo procedure stabilite a livello dell'Azienda Sanitaria locale, che definisce a tal fine agende dedicate.

L'Azienda assicura, inoltre, la fornitura dei presidi personalizzati, ausili e dispositivi, analogamente a quanto fornito all'ADI e alle strutture residenziali extraospedaliere.

I farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Ospedaliero sono richiesti dal responsabile sanitario, anche su istanza del MMG/PLS e forniti dal Servizio di Farmacia Ospedaliera. La farmacia ospedaliera assicura la fornitura di prodotti per la nutrizione artificiale (enterale e parenterale), la cui prescrizione deve rispettare le indicazioni di appropriatezza definite dalle specifiche direttive regionali in materia di nutrizione artificiale extraospedaliera.

10 Utilizzo della telemedicina nell'Ospedale di Comunità

Secondo le Linee di indirizzo del Ministero della Salute per telemedicina si intende *“una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/ terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.”*

La telemedicina è, dunque, uno strumento di erogazione aggiuntivo e integrato delle prestazioni e dell'assistenza per i cittadini che vengono introdotti in un percorso di cura, in funzione della patologia da cui sono affetti.

I percorsi di cura sono definiti da PAI/PRI/PDTA che devono prevedere al loro interno gli strumenti di telemedicina come possibili modalità di erogazione dei servizi per l'assistenza alla persona. Gli OdC possono avvalersi dei servizi di Telemedicina, per i casi selezionati ritenuti idonei e in base a specifici PDTA/PAI/PRI.

Prima dell'attivazione del servizio di telemedicina, va esplicitamente richiesta e ottenuta l'adesione consapevole, da parte dei soggetti coinvolti, all'utilizzo del servizio.

L'utilizzo della telemedicina prevede specifici protocolli e procedure relativamente a:

- consenso ai servizi di telemedicina da parte del paziente/caregiver o del tutore/amministratore di sostegno;
- autorizzazione al trattamento dei dati sanitari secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di *privacy* e *cybersecurity*;
- esecuzione delle attività in Telemedicina;
- monitoraggio dei parametri vitali;
- identificazione, tramite autenticazione, di tutti gli attori che partecipano alle prestazioni di telemedicina.

REQUISITI MINIMI GENERALI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI, ORGANIZZATIVI E STANDARD MINIMI CLINICO – ASSISTENZIALE

L'intesa siglata in Conferenza Stato Regioni Rep Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020 “sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità” indica i requisiti generali e specifici per la realizzazione degli Ospedali di Comunità.

1) Requisiti generali

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

“L'OdC 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 antiinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi”.

Servizi generali

L'OdC 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'OdC 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 e di un accompagnatore.

2) Requisiti strutturali e tecnologici specifici

Aspetti strutturali

- Spazio attesa visitatori.
- Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a massimo 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 il personale.
- Spogliatoio per il personale con servizio igienico.
- Locale/spazio di deposito materiale pulito.
- Locale/spazio di materiale sporco.
- Locale sosta e osservazione salme.

Aspetti tecnologici

- 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.

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

BIBLIOGRAFIA/RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006: *“Approvazione del “Piano sanitario nazionale 2006 2008”*;
- L.R. 10 marzo 2008, n. 5 *“Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008-2010”*;
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, Intesa concernente: *“Patto per la salute 2014 2016”*;
- Decreto Ministeriale Salute 2 aprile 2015 n. 70: *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*;
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Intesa concernente: *“Piano nazionale della cronicità”*;
- Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020: Intesa, *“sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità”*;
- Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020, documento *recante “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina”*;
- Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021 Franco Pesaresi *“Gli ospedali di comunità Come saranno” Network Non Autosufficienza (NNA) 21/04/2022*;
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”*. (GU n.144 del 22-6-2022);
- Camera dei Deputati Documento n. 144 del 1° marzo 2021 *“Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale”* ;
- DCA N. 80 del 03/05/2024 - *“Documento di Programmazione della rete territoriale della Regione Molise. Aggiornamenti”*.