



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.....	4
REQUISITI MINIMI GENERALI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI, ORGANIZZATIVI E STANDARD MINIMI CLINICO – ASSISTENZIALI.....	5
1) Requisiti generali:.....	5
2) Requisiti strutturali specifici.....	5
3) Requisiti tecnologici specifici.....	7
4) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali	9

2.3.2018: documento che tiene conto delle osservazioni regionali accoglibili

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 (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*”.

L’O.d.C. è una struttura pubblica o privata accreditata 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 (ad esempio Case della Salute) o presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o 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. E’ possibile prevedere 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 del ricovero vi può essere anche l'*empowerment* dei pazienti e del *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 acute insorte 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 responsabilità igienico - organizzativa e gestionale complessiva dell'O.d.C. pubblico è in capo ad un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale. Analoga figura di medico responsabile è individuata dalle strutture private.

La responsabilità organizzativa dell'assistenza in ogni modulo è in capo al coordinatore infermieristico.

La responsabilità clinica di ciascun paziente è attribuita al medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico) di fiducia, anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale, oppure ad un medico operante stabilmente nella struttura; per gli OdC pubblici il responsabile clinico della struttura è un medico dipendente o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (SSN).

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, durante le ore diurne, il responsabile clinico della struttura e si avvale, nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico, del Servizio di continuità assistenziale. In presenza di accordi specifici regionali, può essere attivato il responsabile clinico della struttura in turno nelle ore notturne, festive o prefestive.

In caso di emergenza, viene attivato il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'O.d.C sia all'interno di un presidio ospedaliero viene attivato direttamente il servizio anestesia e rianimazione secondo le procedure di gestione delle emergenze 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).

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 il responsabile igienico-organizzativo dell'O.d.C. come definito al precedente punto e) e con il coordinatore infermieristico.

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 specifici

Gli spazi da garantire, indipendentemente dalla capacità ricettiva del modulo, sono:

- a. Area per l'accoglienza
- b. Camere di degenza con servizio igienico
- c. Area a servizio della residenzialità e della mobilitazione del paziente
- d. Area per le attività sanitarie
- e. Area destinata ai servizi di supporto

a) Area per l'accoglienza

Deve essere previsto uno spazio attesa, posto all'ingresso del modulo, per il ricevimento del paziente e dei visitatori, che deve garantire la *privacy* della persona ed essere dotato di due bagni per il pubblico, di cui uno attrezzato per persone disabili.

b) Camere di degenza con servizio igienico

Camera:

Singola o doppia, dotata di una poltrona *comfort* per ogni posto letto.

La superficie minima è di 12 mq. per la stanza singola e 18 mq. per la stanza doppia.

Deve essere presente in ogni modulo almeno una stanza singola dotata di letto per il paziente e letto o poltrona-letto per la presenza del *caregiver*, di dimensioni minime pari a 16 mq.

Le attività di movimentazione, riattivazione e mobilizzazione dell'ospite, in presenza delle superfici minime di cui sopra, sono supportate da opportuni accorgimenti tecnologici (es. sollevatori, letti attrezzati), tenendo conto della tutela e della sicurezza del personale addetto all'assistenza, in particolare per l'attività di movimentazione dell'ospite.

Servizio igienico:

E' previsto un servizio igienico per ogni camera.

Il dimensionamento del servizio igienico deve essere idoneo per l'ospite con difficoltà motorie (carrozzella o stampelle) assistito da operatore.

E' ammesso anche un servizio igienico ogni 4 posti letto, con accesso controllato dalle due camere, di dimensioni tali da consentire l'attività di supporto all'igiene da parte del personale di assistenza.

Se i servizi igienici delle stanze non garantiscono, per forma e dimensione, l'igiene della persona con il supporto dell'operatore, deve essere previsto almeno un bagno assistito esterno alle stanze per modulo.

c) Area a servizio della residenzialità

Cucinotto/tisaneria:

Locale per la preparazione di bevande calde e alimenti, alimentato esclusivamente da rete elettrica.

Spazio di soggiorno/pranzo/attività ludiche:

Superficie minima di 30 mq. per modulo fino a 15 posti letto. Per moduli maggiori va aggiunto 1mq per ogni ospite oltre i 15 (35 mq per 20 posti letto)

Detto spazio può essere ricavato, in base all'organizzazione del servizio, in più locali o in unico locale suddiviso, per le varie attività (ristorazione, conversazione, lettura, mobilizzazione, riattivazione..), con arredi o pareti attrezzate.

d) Area per le attività sanitarie

L'area è articolata in locale per visite e medicazioni, locale per il coordinatore infermieristico, locale di lavoro per il personale di assistenza, locale per i medici e deposito/archivio sanitario.

Locale per visite e medicazioni

Uno per modulo con superficie non inferiore a 9 mq.

Locale per il coordinatore infermieristico

Almeno uno per O.d.C con superficie non inferiore a 9 mq. Deve essere dotato di armadio farmaci e frigorifero a temperatura controllata per i prelievi.

Locale di lavoro per il personale di assistenza:

Uno per modulo, presente in ogni piano di degenza, con superficie non inferiore a 9 mq.

Deposito/archivio sanitario:

Almeno uno per O.d.C.

e) Area destinata ai servizi di supporto

Spogliatoi del personale

Devono essere assicurati gli spogliatoi del personale suddivisi per sesso, con zona docce e bagno.

Depositi pulito e sporco, ausili

Locale/spazio per il materiale pulito

Locale per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lava padelle

Locale per il deposito attrezzature/ausili di uso quotidiano.

Per valorizzare l'uso di strutture esistenti è possibile consentire una deroga degli indici metrici (superficie e numero) del 20%, fatto salvo le norme di sicurezza previste dalla vigente legislazione, e, per risparmiare ingenti somme di gestione, la possibilità di utilizzare tutta la logistica delle strutture esistenti, soprattutto i depositi e gli ambulatori (in particolare quelli specialistici).

3) Requisiti tecnologici specifici

Impianti elettrici

Conformi alla normativa vigente per strutture sanitarie.

Va garantita la continuità elettrica secondo le apparecchiature presenti.

Impianti di trattamento aria

E' ammesso il ricircolo dell'aria con un massimo del 50% del volume trattato.

Devono essere garantiti i seguenti valori per tutti i locali:

ricambio d'aria non inferiore a 2 vol./h.

temperatura: estate 26°-2°/inverno 20°+4°

umidità relativa: non superiore a 70%

Impianti gas medicali

Impianti centralizzati di vuoto e ossigeno con presa in ogni posto letto o idonee tecnologie sostitutive.

L'utilizzo di bombole di ossigeno è consentita solamente per capacità delle stesse non superiore (in tutto l'edificio) a 10 litri e comunque in presenza di impianto di ventilazione, collegato al gruppo elettrogeno, con segnale di guasto o interruzione corrente.

Impianto antincendio

Secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

Impianti speciali

Deve essere assicurato per ogni locale:

- impianto di comunicazione e di chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto;
- presa di rete per accesso a Internet o copertura *wireless*;
- impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale
- impianto televisivo solo per le stanze di degenza e spazi di soggiorno.

Impianti illuminazione

Impianto di emergenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente

Dotazione tecnologica

La struttura fornisce i farmaci, l'ossigeno, i letti ed i presidi anti-decubito per i pazienti, gli ausili standard per la mobilità (es. sollevatori, sedie a rotelle e deambulatori), i presidi per l'incontinenza.

Per garantire alcune attività diagnostiche e di monitoraggio, la struttura deve disporre di almeno:

1 elettrocardiografo portatile, garantendo il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento, anche attraverso un sistema di teleconsulto e tele refertazione

1 ecografo portatile per la diagnostica di primo livello

Apparecchio per saturimetria trans-cutanea

Aspiratore per bronco aspirazione

Se la struttura è lontana da centri diagnostici di riferimento può essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello POCT - *Point of care*.

Carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale

Carrello per la gestione della terapia

Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico

Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato.

La Regione, nell'ambito della propria programmazione, definisce le modalità per la fornitura di farmaci, dispositivi, presidi e ausili nell'ambito di quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017.

L'O.d.C. si adegua e collabora a tutte le iniziative di teleconsulto e telemedicina predisposte dall'Azienda sanitaria locale.

In caso di O.d.C. pediatrico, la dotazione dovrà essere adeguata alle specificità del tipo di paziente.

4) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali

L'Od.C. 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 seguenti servizi di supporto: laboratorio analisi anche relativamente alla gestione del POCT - *Point of Care*, radiologia, medicina fisica e riabilitativa, servizio dietetico e nutrizione clinica, servizio sociale.

L'assistenza medica viene assicurata dai medici di medicina generale di fiducia dei pazienti (pediatri di libera scelta se O.d.C. pediatrico) anche all'interno di una forma organizzata della medicina generale secondo l'Accordo collettivo nazionale - o dal medico della struttura, che garantiscono almeno un'ora settimanale di presenza per singolo ospite, sei giorni su sette (escludendo la domenica e gli altri giorni festivi).

L'assistenza medica nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi è garantita dal Servizio di continuità assistenziale, come disposto dalla normativa per tutti gli utenti del Servizio sanitario nazionale o, in presenza di specifici accordi locali, da medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

Per un modulo fino a 20 posti letto dovrà essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali:

- un coordinatore infermieristico, condivisibile su due moduli se presenti nell'O.d.C.
- un infermiere
- due operatori socio - sanitari (OSS) per ciascun turno diurno ed un infermiere ed un OSS per il turno di notte.

Deve essere assicurata, oltre al personale citato, 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/l'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.

La collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei *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.