

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 28 ottobre 2025, n. 956

L.r. n. 4/03 e s.m.i. - R.r. n. 20/2019. Approvazione del Modello Organizzativo Regionale e dei requisiti minimi autorizzativi ed ulteriori di accreditamento degli Ospedali di Comunità. Modifica e integrazione dell'Allegato C del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017

OGGETTO: L.r. n. 4/03 e s.m.i. – R.r. n. 20/2019. Approvazione del Modello Organizzativo Regionale e dei requisiti minimi autorizzativi ed ulteriori di accreditamento degli Ospedali di Comunità. Modifica e integrazione dell'Allegato C del DCA n. U0008/2011 e del DCA n. U00469/2017

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 *“Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”* e successive modifiche ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, *“Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale”* e s.m.i.;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 24.04.2018 n. 203 recante: *“Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni”* che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la Deliberazione della Giunta Regionale del 25 maggio 2023, n. 234, di conferimento dell'incarico di Direttore della Direzione regionale *“Salute e Integrazione Sociosanitaria”* al Dott. Andrea Urbani;
- l'Atto di Organizzazione 27 novembre 2023, n. G15822, di conferimento dell'incarico di Dirigente dell'Area *“Autorizzazione, accreditamento e controlli”* della Direzione regionale *“Salute e Integrazione Sociosanitaria”*, alla Dott.ssa Nadia Nappi;
- l'Atto di organizzazione del 27 novembre 2024, n. G15849 di riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria;

VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”*;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421”*;
- il DPCM 29 novembre 2001 concernente *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza;
- la Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 recante: *“Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitaria e socio sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali”* e s.m.i.;
- il Regolamento regionale 6 novembre 2019, n. 20 recante: *“Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie: in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), e dell'articolo 13, comma 3, della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modifiche. Abrogazione del regolamento regionale 26 gennaio 2007, n. 2 in materia di autorizzazione all'esercizio e del regolamento regionale 13 novembre 2007, n. 13 in materia di accreditamento istituzionale”*;
- il 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”*;

VISTI

- il D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 *“Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42 del 05/05/2009, e successive modifiche”*;
- la Legge Regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: *“Legge di contabilità regionale”*;
- il Regolamento Regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: *“Regolamento Regionale di Contabilità”* che, ai sensi dell’art. 56, comma 2, L.R. n. 11/2020, fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’art. 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi, per quanto compatibile, con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024, n. 22 recante: *“Legge di stabilità regionale 2025”*;
- la Legge Regionale 30 dicembre 2024 n. 23 recante: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027”*;
- la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1172, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del “Documento tecnico di accompagnamento”, ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”*;
- la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: *“Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del “Bilancio finanziario gestionale”, ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”*;
- la deliberazione della Giunta regionale n. 1176 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: *“Ricognizione nell’ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2024”*;
- la deliberazione della giunta regionale n. 28 del 23 gennaio 2025 *“Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”*;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale n. 939/2024 con la quale è stato approvato il *“Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”*;

VISTI:

- il DCA n. U00008 del 3 febbraio 2011 e s.m.i., con il quale è stato approvato il testo integrato e coordinato denominato Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie ed è stato modificato l’allegato 1 al decreto del Commissario ad acta 90/2010;
- il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 recante *“Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012”*;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell’Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/201), in particolare la Missione 6 Salute, Component: 1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale;

VISTA la Riforma sulle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima nell’ambito del PNRR (M6C1-1

«Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate;

RICHIAMATI, per quanto riguarda la specifica materia dei requisiti minimi autorizzativi degli Ospedali di Comunità:

- il DM 23 maggio 2022, n. 77 recante “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario regionale”;
- la Determinazione n. G18206 del 20/12/2022 recante “*Approvazione dei documenti integrativi alla deliberazione di Giunta regionale 26 luglio 2022, n. 643 "Approvazione del documento "Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77" quale recepimento del DM 77/2022 ai sensi dell'Art.1 comma 2 del citato provvedimento*”;

PRESO ATTO, altresì, dei documenti di indirizzo per la realizzazione delle Casa di Comunità e dell'Ospedale di Comunità di cui al “Quaderno di Monitor 2022 - Supplemento alla rivista semestrale Monitor”, pubblicate a cura di AGENAS - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, con i quali sono stati definiti i modelli organizzativi rilevanti, gli standard esistenti e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell’ambito della Missione 6 Componente 1 “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*” del PNRR, nonché gli schemi funzionali, i rapporti di prossimità e le indicazioni progettuali relativi alle Case di Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle Centrali Operative Territoriali, considerate in un’ottica più ampia e integrata per il potenziamento dell’assistenza territoriale;

CONSIDERATO che:

- con Determinazione n. G02208 del 24/02/2025, modificata con Determinazione n. G03168 del 14/03/2025, è stato costituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare con l’obiettivo di procedere prioritariamente alla definizione dei requisiti minimi autorizzativi, ad integrazione delle disposizioni di cui al DCA n. U0008/2011 e s.m.i., ed alla definizione dei requisiti ulteriori di accreditamento, ad integrazione del DCA n. U00469/2017, delle strutture territoriali definite Case di Comunità HUB, Case di Comunità Spoke e Presidi sanitari di assistenza primaria a degenza breve/Ospedali di Comunità;
- con Determinazione n. G03486 del 21/03/2025 è stato costituito il Gruppo di Lavoro per l’elaborazione del Modello organizzativo Regionale per lo sviluppo e l’implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC);

PRESO ATTO che:

- il Gruppo di Lavoro istituito con Determinazione n. G02208/2025 ha elaborato due documenti tecnici recanti:
 1. proposta di requisiti minimi autorizzativi degli Ospedali di Comunità;
 2. proposta di requisiti ulteriori di accreditamento degli Ospedali di Comunità;
- il Gruppo di Lavoro istituito con Determinazione n. G03486/2025 ha elaborato il Documento Tecnico avente ad oggetto “*Modello organizzativo Regionale per lo sviluppo e l’implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC)*”;

TENUTO CONTO che:

- con nota prot. n. 728885 del 14/07/2025, l’Area Autorizzazione Accreditamento e Controlli ha avviato, ai sensi di quanto disposto dall’art.7 della legge 241/1990 e s.m.i. ed in attuazione

dell'art. 5 comma 1 lett. a) della L.r. n. 4/03, il procedimento amministrativo di revisione dei requisiti minimi autorizzativi e ulteriori di accreditamento delle strutture sanitarie denominate "Ospedali di Comunità", a modifica e integrazione delle disposizioni di cui al DCA n. U0008/2011 e DCA n. U00469/2017, trasmettendo la relativa documentazione alle ASL del Lazio ed alle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, chiedendo di presentare osservazioni scritte e/o documenti entro 7 giorni dalla notifica via PEC della comunicazione;

PRESO ATTO che, ai sensi dell'art. 10 della L. n. 241/90 e s.m.i., sono pervenute all'amministrazione regionale da parte della ASL Roma 5 e della ASL Roma 6 le seguenti proposte di modifica e integrazione in merito al documento recante i requisiti minimi autorizzativi degli Ospedali di Comunità trasmessi con nota prot. n. 728885/2025:

- al par. 4.8.1 Requisiti strutturali:
Osservazione 1: si propone di sostituire *"I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, ovvero di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti)"* con la seguente frase *"I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, e comunque di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti)"*;
Osservazione 2: si propone di sostituire la previsione di *"cucina e locali accessori"* con *"tisaneria"*;
Osservazione 3: si propone l'eliminazione dei servizi di *"lavanderia e stireria"*;
Osservazione 4: si propone di sostituire il *"servizio mortuario"* con *"locale deposito salme e/o servizio mortuario"*;
Osservazione 5: si propone di inserire la previsione di uno *"spazio/archivio sanitario (almeno uno per OdC)"*;
Osservazione 6: si propone di prevedere *"servizi igienici dedicati ai visitatori/utenti"*;
- al par. 4.8.2 Requisiti tecnologici:
Osservazione 7: si propone di sostituire *"impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile"* con *"impianto di erogazione gas medicali: prese vuoto, area medicinale e erogazione ossigeno stabile e mobile"*;
- al par. 4.8.3 Requisiti Organizzativi:
Osservazione 8: si chiede di precisare che il personale della dotazione organica va inteso come Full Time Equivalent (FTE);

TENUTO CONTO che:

- le proposte di modifica e integrazioni pervenute agli atti regionali sono state esaminate dai competenti uffici regionali;
- le Osservazioni n. 1, 5, 6 e 7 sono state ritenute accoglibili;
- con riferimento alle Osservazioni 2 e 3, non risultano accoglibili in quanto trattasi di servizi generali e di supporto per i quali il documento già prevede che possano essere messi in comune e/o condivisi con altre unità di offerta e per i quali sono ammesse esternalizzazioni;
- l'Osservazione 4 non risulta accoglibile in quanto il documento già prevede un *"locale sosta e osservazione salma, in assenza di servizio mortuario presso il presidio"*;
- l'Osservazione 8 non risulta accoglibile in quanto il documento, rispetto a tale previsione, fa riferimento a quanto previsto in merito dal DM 77/2022;

VISTA la nota prot. n. 776597 del 28/07/2025 con la quale l'Area Rete Integrata del Territorio ha trasmesso all'Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli la versione definitiva del

documento “*Modello organizzativo Regionale per lo sviluppo e l’implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC)*”;

RITENUTO pertanto, di approvare:

- il documento “*Modello organizzativo Regionale per lo sviluppo e l’implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC)*” allegato, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (ALL. A);
- il documento tecnico, allegato, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, recante la declaratoria dei requisiti minimi autorizzativi degli Ospedali di Comunità, che modifica e sostituisce integralmente il paragrafo 4.8 dell’Allegato C del DCA n. U0008/2011 e s.m.i., (ALL. B);
- il documento tecnico, allegato, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, recante la declaratoria dei requisiti ulteriori di accreditamento degli Ospedali di Comunità, ad integrazione delle disposizioni di cui al DCA n. U00469/2017 e s.m.i., (ALL. C);

ACQUISITO il parere espresso dalla Commissione consiliare competente nella seduta del 23 ottobre 2025;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

DELIBERA

per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento “*Modello organizzativo Regionale per lo sviluppo e l’implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC)*” allegato, quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (ALL. A);
- di approvare l’allegato documento tecnico, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, recante la declaratoria dei requisiti minimi autorizzativi degli Ospedali di Comunità, che modifica e sostituisce integralmente il paragrafo 4.8 dell’Allegato C del DCA n. U0008/2011 e s.m.i. (ALL. B);
- di approvare l’allegato documento tecnico, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, recante la declaratoria dei requisiti ulteriori di accreditamento degli Ospedali di Comunità, ad integrazione delle disposizioni di cui al DCA n. U00469/2017 e s.m.i., (ALL. C).

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione.

Modello Organizzativo Regionale per lo sviluppo e l'implementazione degli Ospedali di Comunità (OdC)



Il presente documento è stato redatto dal gruppo di lavoro istituito con **Determinazione 21 marzo 2025, n. G03486**

Nome	Ente
Marco Nuti	Dirigente Area Rete Integrata del Territorio con funzione di coordinatore
Paolo Parente	Dirigente dell'Ufficio Assistenza Distrettuale e Strutture intermedie dell'Area Rete Integrata del Territorio
	Dirigente Area Rete Ospedaliera e Specialistica, o suo delegato
Antonio Andreozzi	Dirigente dell'Area Controllo di gestione e Internal Audit
Floriana Rosati	Dirigente Area Risorse Umane
Annalisa Bononati	Dirigente dell'Area Innovazione e ICT
Andrea Siddu	Dirigente dell'Area Promozione della salute e prevenzione
Nadia Nappi	Dirigente dell'Area Autorizzazione, Accreditamento e Controlli
Gloria Esposito	Funzionario dell'Area Rete Ospedaliera e Specialistica
Marzia Mensurati	Dirigente dell'Area Farmaci e Dispositivi o suo delegato
Paola Michelozzi	Direttore del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio o suo delegato
Michelangelo Bartolo	Dirigente d'Ufficio Telemedicina
Mirko Di Martino	Dirigente del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio
Nera Agabiti	Dirigente del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio
Francesco Scarcella	Coordinatore Rete Regionale di Cure Palliative
Andrea Annoscia	ASL Roma 1
Katia Nucci	ASL Roma 2
Elisabetta Zuchi	ASL Roma 3
Alessandra Petruio	ASL Roma 4
Maria Teresa Calandro	ASL Roma 5
Mariano Di Stefano	ASL Roma 6
Gabriella Battisti	ASL Frosinone
Giulia Santolini	ASL Latina
Roberta Rossi	ASL Rieti
Giovanni Biancalana	ASL Viterbo

Inoltre, hanno collaborato alla stesura del presente documento in qualità di ulteriori componenti del Gruppo di Lavoro successivamente nominati:

Nome	Ente
Alessandra Morocchi	ASL Rieti
Concettina Donzelli	Policlinico Tor Vergata
Sabrina Pulvirenti	Policlinico Umberto I

Inoltre, hanno collaborato alla stesura del presente documento in qualità di esperti:

Nome	Ente
Giuseppe Di Lorenzo	ASL Roma 6

Sommario

Introduzione	1
1. Obiettivi e normativa di riferimento.....	2
1.1 Obiettivi del documento	2
1.2 Riferimenti normativi.....	2
2. Elementi costitutivi del modello Organizzativo degli O.d.C.	3
2.1 Principi ispiratori.....	3
2.2 Contesto demografico ed epidemiologico	3
2.3 Localizzazione e riconoscibilità: prossimità ed accessibilità.....	5
2.4 Definizione e ruolo dell'Ospedale di Comunità nel modello territoriale.....	6
2.5 La funzione dell'O.d.C. nel SSR.....	7
3. Standard di Riferimento	8
4. Modello Organizzativo.....	8
5. Eleggibilità dei pazienti.....	10
5.1 Destinatari dell'assistenza	11
5.2 Criteri di inclusione	12
5.3 Criteri di esclusione	13
6. Transitional Care	14
6.1 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di Accesso	14
6.2 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di definizione del Setting Assistenziale	16
6.3 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di Inserimento in lista e rinunce..	16
6.4 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente.....	17
6.5 Criteri di gestione delle liste di attesa	18
6.6 Mobilità Interregionale.....	18
7. Strumenti di valutazione dell'eleggibilità e costruzione del PAI	19
8. Indicatori di monitoraggio e valutazione	21
8.1 Indicatori di Processo.....	21
8.2 Indicatori di Esito	21
9. Integrazione funzionale tra strutture territoriali e coordinamento distrettuale	22
10. Flussi Informativi.....	23
11. Formazione	23
12. Qualità e sicurezza delle cure in O.d.C.	23

Introduzione

Gli **ospedali di comunità** – di seguito O.d.C. – sono delle strutture sanitarie di ricovero, afferenti alla rete di offerta dell’Assistenza Territoriale, che svolgono una funzione “intermedia” tra l’assistenza domiciliare e quella ospedaliera. Nascono come risposta alla crescente necessità di garantire cure a bassa intensità, evitando il sovraffollamento dei reparti ospedalieri e migliorando l’accesso alle cure per le persone che non necessitano di trattamenti complessi ma richiedono comunque assistenza sanitaria continuativa.

In Italia gli O.d.C. sono stati introdotti con l'intento di rafforzare il sistema sanitario territoriale, offrendo una risposta alle esigenze delle persone anziane o con malattie croniche, che necessitano di cure continuative senza la necessità di un ricovero ospedaliero. Negli ultimi anni, con l'evoluzione dei sistemi sanitari, questo modello è stato ulteriormente sviluppato, soprattutto per alleggerire la pressione sugli ospedali e migliorare l'efficienza del Servizio sanitario, con un focus sulla cura della persona e sul miglioramento della qualità della vita. Gli O.d.C. rappresentano una risposta alla crescente domanda di servizi sanitari a livello locale, contribuendo a decongestionare le strutture ospedaliere e a migliorare l'integrazione dei servizi sul territorio.

La riforma promossa dal PNRR e dal Decreto Ministeriale n° 77 del 2022 impone una profonda revisione dei modelli assistenziali, con particolare attenzione ai principi della prossimità e della continuità delle cure.

In questo contesto la visione del modello organizzativo è quella di una sanità territoriale diffusa e integrata, capace di rispondere con precisione e tempestività ai bisogni emergenti. Il presente documento definisce il modello organizzativo di tali strutture in coerenza con la normativa vigente.

1. Obiettivi e normativa di riferimento

Questa sezione definisce gli obiettivi del documento e fornisce il contesto generale in cui si inserisce il modello degli O.d.C. da implementare a livello regionale. Vengono descritti i principali aspetti demografici, epidemiologici e sociali che caratterizzano il territorio regionale, con un'attenzione particolare alle disuguaglianze di accesso e ai determinanti sociali della salute. Il presente paragrafo consta di una parte dedicata alla normativa nazionale e regionale di settore, premessa fondante per il successivo sviluppo del modello organizzativo.

1.1 Obiettivi del documento

Definire il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità da implementare nel territorio regionale in coerenza con la normativa nazionale e regionale di settore.

1.2 Riferimenti normativi

Il percorso normativo che ha portato alla definizione degli O.d.C. è cominciato nel 2006 e si è concluso nel 2022 con l'approvazione del Decreto del Ministero della Salute recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che definisce standard organizzativi di alcuni servizi territoriali, fra cui gli O.d.C., strutture residenziali sanitarie afferenti alla rete territoriale per ricovero breve, destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Di seguito si riportano le principali normative del settore:

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;
- Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70, art 10.1;
- Piano Nazionale della Cronicità 2016;
- CSR n. 17 del 20 febbraio 2020 che sancisce l'intesa sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità di cui Rep. Atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020;
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 recante "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";
- Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'ospedale di Comunità (AGENAS, 2022);
- DGR n. 976 del 28/12/2023 recante "Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026";
- Decreto legge 6 maggio 2021, n. 59 convertito, con modificazioni, dalla legge 1 luglio 2021, n. 101, Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;
- Legge Regionale 30 dicembre 2021, n. 992, concernente "Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2022-2024".

2. Elementi costitutivi del modello Organizzativo degli O.d.C.

2.1 Principi ispiratori

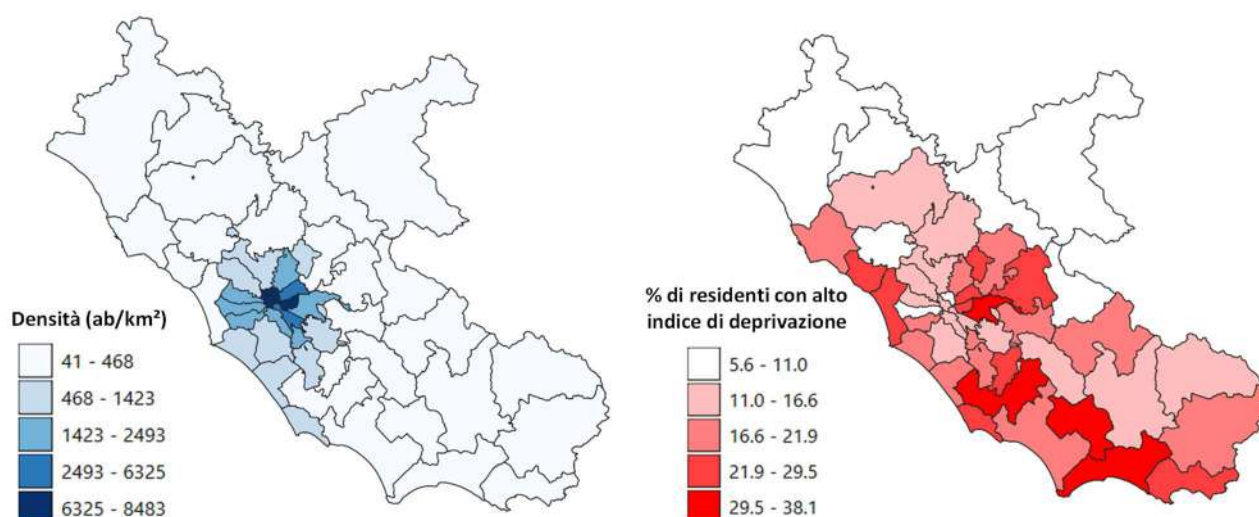
Il modello organizzativo dell'O.d.C. si fonda su:

- Proattività: identificare precocemente i bisogni e attivare interventi mirati;
- Integrazione: tra professionisti, servizi, livelli di assistenza, istituzioni;
- Partecipazione: dei cittadini e della comunità nella programmazione;
- Personalizzazione: della presa in carico e degli interventi;
- Equità: come accesso proporzionato ai bisogni.

2.2 Contesto demografico ed epidemiologico

Il territorio della regione Lazio presenta una sostanziale variabilità in termini di densità abitativa, deprivazione sociale e materiale, caratteristiche demografiche e distribuzione di patologie croniche. Le aree urbane, in particolare Roma Capitale, presentano una forte concentrazione demografica mentre le province della regione evidenziano una marcata dispersione sul territorio (figura 1). Questo ha notevoli implicazioni sull'organizzazione dei servizi di prossimità. La deprivazione sociale e materiale è stata stimata considerando cinque condizioni: basso livello di istruzione, condizione di disoccupazione, famiglia monogenitoriale, abitazione in affitto e ad alta densità abitativa. Anche in questo caso tra i Distretti sanitari della regione emerge una rilevante variabilità: nelle ASL Roma 2 e Latina sono presenti i Distretti con i più elevati livelli di deprivazione (figura 1).

Figura 1. Densità abitativa e alto indice di deprivazione per Distretto



Fonte: Dipartimento di Epidemiologia del SSR Lazio.

Tra le altre caratteristiche che presentano una notevole eterogeneità all'interno del perimetro regionale spiccano la distribuzione per età e la percentuale di popolazione straniera. L'età media della popolazione della regione Lazio è pari a 45.7 anni, con un indice di vecchiaia che varia da un minimo di 155 (155 residenti di 65

anni e più ogni 100 residenti di età inferiore ai 15 anni) per la ASL Roma 5 fino ad un massimo di 251 per la ASL di Rieti. La percentuale di popolazione straniera è molto elevata all'interno di Roma Capitale (12.6%) e varia da un minimo del 5.1% nella ASL di Frosinone fino ad un massimo del 13.6% nella ASL Roma 1. Per quel che riguarda la prevalenza di condizioni croniche, secondo l'indagine PASSI (dati 2022-2023, popolazione in età 18-69 anni) le persone senza patologie croniche sono pari all'80.3%, la percentuale delle persone con almeno una patologia cronica è del 19.7% mentre le persone con due o più patologie croniche costituiscono il 5.1% della popolazione totale. Con riferimento alle funzioni di presa in carico che il DM 77/2022 attribuisce alle Case della Comunità, può essere di supporto l'analisi degli accessi in pronto soccorso potenzialmente inappropriati. Durante il 2023, a livello regionale, nella popolazione con età maggiore o uguale di 50 anni sono stati identificati più di 55 accessi potenzialmente inappropriati ogni 1,000 assistiti (tasso del 55‰). Questo dato presenta una variabilità molto rilevante tra le ASL della regione, con un *range* che va dal 44.6‰ della ASL Roma 1 fino al 74.3‰ della ASL di Latina (fonte: Programma Regionale di Valutazione degli Esiti - PReValE).

Una gestione efficace e capillare a livello territoriale dei pazienti affetti da patologie croniche, come il diabete, lo scompenso cardiaco e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), contribuisce in modo significativo a rallentare la progressione della malattia e a ridurre il ricorso a ospedalizzazioni evitabili.

Indicatori come:

- ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici,
- ospedalizzazione per scompenso cardiaco,
- ospedalizzazione in regime ordinario per BPCO in pazienti con diagnosi di BPCO,

considerano le *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) e consentono di valutare l'appropriatezza e l'efficacia dell'intero processo di presa in carico e gestione del paziente a livello locale, anche rispetto all'accessibilità delle cure e alla promozione dell'educazione sanitaria.

Nella regione Lazio, ogni 1,000 persone si verificano circa 65 ricoveri all'anno (tasso del 65‰) per complicanze a medio-lungo termine del diabete, con un'ampia variabilità tra le diverse ASL, si passa infatti dal 52.5‰ nella ASL di Viterbo al 73.7‰ nella ASL Roma 6.

Per quanto riguarda lo scompenso cardiaco, il tasso di ospedalizzazione potenzialmente evitabile si attesta intorno all'1.4‰, mentre quello per BPCO è del 17‰ (fonte: Programma Regionale di Valutazione degli Esiti - PReValE).

2.3 Localizzazione e riconoscibilità: prossimità ed accessibilità

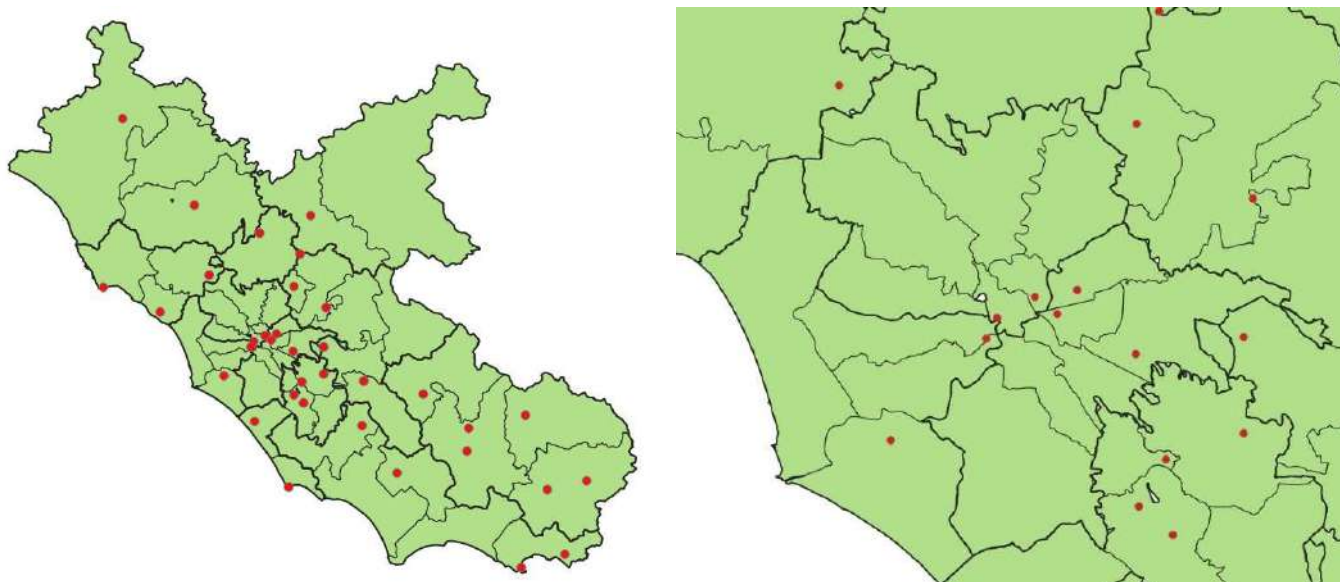
Il modello di ospedale di comunità si ispira a quanto indicato nel DM 77/2022 e recepito con la DGR n. 643/2022 e s.m.i. Questi saranno attivati entro il 1° aprile 2026.

La programmazione regionale degli O.d.C. secondo quanto riportato nella Deliberazione Giunta n. 282 del 29/04/2025 è indicata nella Tabella 1. Nella figura 2 è, invece, rappresentata la geolocalizzazione degli O.d.C. nella Regione Lazio e nella provincia di Roma.

Tabella 1: Ospedali di Comunità programmati. Deliberazione Giunta n. 282 del 29/04/2025

<i>Ente del SSR</i>	<i>Numero Ospedali di Comunità da edificare</i>	<i>Numero Ospedali di Comunità da riconvertire</i>	<i>Totale</i>
ASL ROMA 1		1	1
ASL ROMA 2		2	2
ASL ROMA 3		1	1
ASL ROMA 4	3	1	4
ASL ROMA 5		4	4
ASL ROMA 6		6	6
ASL VITERBO		2	2
ASL RIETI	1	1	2
ASL LATINA		4	4
ASL FROSINONE		6	6
AO SAN CAMILLO FORLANINI		1	1
AOU POLICLINICO UMBERTO I		1	1
FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA	1		1
Totale	5	30	35

Figura 2: Geolocalizzazione O.d.C. nel Lazio e nella provincia di Roma



2.4 Definizione e ruolo dell'Ospedale di Comunità nel modello territoriale

L'O.d.C. è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) (DM 77/2022).

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

La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN; pertanto, può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n.70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020 (preferibilmente un dirigente infermieristico). L'O.d.C., pertanto, è caratterizzato da un'organizzazione **a prevalente gestione infermieristica**, con presenza medica programmata (attraverso medici dipendenti o convenzionati con l'SSN), e opera in stretta connessione con i medici di ruolo unico ad attività oraria e a ciclo di scelta (medico di ruolo unico), i servizi distrettuali, le Unità di Continuità Assistenziale e i nodi della rete territoriale sociosanitaria, comprese le Case della Comunità. La sua collocazione, in linea con quanto previsto dal DM 77/2022, può essere interna a una Casa della Comunità (hub), oppure in una sede distinta, purché integrata funzionalmente e logisticamente nel Distretto sanitario.

Il ruolo strategico dell'O.d.C., all'interno della rete regionale dell'assistenza territoriale, si esplica nel favorire la presa in carico integrata del paziente, ridurre la pressione sul sistema ospedaliero per acuti e garantire un setting assistenziale adeguato ai bisogni sanitari e sociosanitari complessi della popolazione, con particolare riferimento alle persone anziane, fragili e croniche. In tal senso, l'O.d.C. si configura come nodo attivo di una filiera assistenziale orientata alla prossimità, alla domiciliarità e alla personalizzazione dell'intervento. Tale ambito assistenziale si colloca nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale domicilio allargato, costituendo un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione con la Comunità e con i Servizi Sociali. La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità, rappresenta un elemento qualificante dell'O.d.C. a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni.

2.5 La funzione dell'O.d.C. nel SSR

Gli obiettivi strategici regionali degli O.d.C. si inseriscono nel quadro del PNRR – Missione 6 - Salute e sono declinati in relazione ai bisogni assistenziali dei pazienti ed alle esigenze territoriali. A tale fine l'attivazione degli O.d.C. contribuisce alla:

- **Deospedalizzazione e prossimità.** Favorire il trattamento dei pazienti in setting a bassa intensità clinica, riducendo il ricorso inappropriato agli ospedali per acuti;
- **Continuità assistenziale.** Garantire la transizione sicura tra ospedale e territorio, soprattutto per pazienti cronici, fragili ed anziani, grazie ad una assistenza sanitaria intermedia;
- **Riduzione dei ricoveri inappropriati.** Evitare i ricoveri ospedalieri non necessari, offrendo una struttura alternativa per cure temporanee;
- **Integrazione tra servizi sociali e sanitari.** Promuovere una presa in carico multidisciplinare, collegando medici, infermieri di famiglia, servizi sociali e assistenza domiciliare;
- **Prossimità territoriale.** Collocare gli O.d.C. in modo strategico sul territorio, per garantire l'accesso equo alle cure a tutta la popolazione, anche nelle aree interne e rurali, orograficamente complesse;
- **Sviluppo dell'assistenza infermieristica.** Rafforzare il ruolo dell'infermiere di comunità e il coordinamento dell'assistenza infermieristica nel percorso di cura e nella promozione di stili di vita sana;
- **Digitalizzazione e telemedicina.** Integrare strumenti digitali per il monitoraggio a distanza e la comunicazione tra professionisti e pazienti.

3. Standard di Riferimento

L'O.d.C. è una struttura sanitaria di ricovero per degenze di breve durata (massimo 30 giorni) che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Le finalità degli O.d.C. sono:

- evitare ricoveri impropri e di favorire dimissioni in continuità assistenziale Ospedale-Territorio in ambiente appropriato ai bisogni sociosanitari;
- il raggiungimento della stabilizzazione clinica;
- il recupero funzionale e/o dell'autonomia della persona, in situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie;
- lo sviluppo della consapevolezza del paziente e del familiare/caregiver attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle condizioni cliniche e terapeutiche emergenti e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

L'O.d.C. è una struttura pubblica in possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti (DCA n. U0008 del 3 febbraio 2011 e s.m.i.; DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 e s.m.i.).

4. Modello Organizzativo

Si indicano di seguito le caratteristiche del modello organizzativo adottato dalla Regione Lazio in ottemperanza alle previsioni di cui al D.M. 77/2022 e al relativo Allegato 2, avente natura prescrittiva:

- Un Ospedale di Comunità ogni 100.000 abitanti, dotato di 20 posti letto.
- Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:
 - 7–9 infermieri, di cui almeno uno con funzione di coordinamento;
 - 4–6 operatori sociosanitari;
 - 1–2 unità di personale sanitario con funzioni riabilitative;
 - Un medico per almeno 4,5 ore al giorno per 6 giorni a Settimana;

Può essere considerata la presenza di un assistente sociale a supporto dell'attività dell'O.d.C.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre 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 è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'O.d.C. è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN.

La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015) (preferibilmente un dirigente infermieristico), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, recante l'Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 di cui

all'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Il personale riabilitativo garantisce la valutazione funzionale e la presa in carico del paziente così come previsto nel PAI, per tutta la durata dello stesso; programma gli interventi di riattivazione funzionale volti alla mobilitazione precoce, propone l'adozione di protesi ed ausili, addestra il paziente e i familiari/caregiver al loro uso e ne verifica l'efficacia terapeutica.

Tabella 2: Standard organizzativi e funzionali

Caratteristica organizzativa e funzionale	Standard previsto
Numero OdC previsto	1 ogni 100.000 abitanti
Posti letto per O.d.C.	15-20 per O.d.C.
Moduli aggiuntivi	Max 2 moduli (15–20 posti letto ciascuno)
Infermieri (incluso 1 coordinatore)	7–9
Operatori Sociosanitari	4–6
Personale riabilitativo	1–2
Medico incaricato	4,5 h/giorno, 6 gg/settimana
Operatività	7 giorni su 7
Assistenza infermieristica	H24, 7 giorni su 7

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 integrato con il FSE, secondo le specifiche del flusso ministeriale “Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità (SIOC)”.

Al fine di realizzare anche le attività di riabilitazione motoria in ogni O.d.C. deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero un progetto riabilitativo alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella clinica personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

In caso di emergenza dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'O.d.C. sia all'interno di una struttura ospedaliera

potranno essere attivate le procedure d'urgenza della stessa. All'interno degli O.d.C. potranno, inoltre, essere garantite attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina. Nel caso in cui il paziente venga inviato in Pronto Soccorso si dovrà attendere l'esito di tale invio (osservazione in PS, permanenza in OBI, ricovero ospedaliero), mantenendo il posto letto per un periodo massimo di 48 ore.

Farmaci, dispositivi medici e presidi sono richiesti dal Responsabile Clinico dell'O.d.C. con l'utilizzo dei sistemi informatici aziendali. Possono essere forniti all'O.d.C. tutti i farmaci previsti dal Prontuario Farmaceutico Aziendale compreso i farmaci stupefacenti. I farmaci in fascia H sono utilizzabili dagli O.d.C. sempre tramite fornitura da parte dei servizi farmaceutici Aziendali. Inoltre, l'Azienda fornisce attraverso i servizi aziendali dedicati prodotti necessari alla nutrizione artificiale (enterale e parenterale), la cui prescrizione è subordinata al rispetto, da parte del medico prescrittore dell'O.d.C., dei criteri di appropriatezza definiti dalle specifiche direttive e linee guida regionali in materia di nutrizione artificiale extraospedaliera. L'Azienda assicura la fornitura dei presidi personalizzati, ausili e dispositivi, analogamente a quanto fornito alle strutture residenziali extraospedaliere.

5. Eleggibilità dei pazienti

In conformità con il DM 77/2022, l'O.d.C. eroga prestazioni sanitarie residenziali a breve-medio termine, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale, prevenire le ospedalizzazioni inappropriate e favorire la deospedalizzazione.

L'Ospedale di Comunità assicura:

- **Gestione delle riacutizzazioni di patologie croniche** e delle situazioni di instabilità clinica non compatibili con la domiciliarità, ma non tali da richiedere ricovero ospedaliero per acuti, presi in carico e non, in PDTA specifici;
- **Monitoraggio clinico e terapeutico** in regime di osservazione temporanea, per pazienti che necessitano di vigilanza infermieristica continua e/o supervisione medica programmata;
- **Supporto al processo di dimissione** da strutture ospedaliere, in raccordo con i reparti ospedalieri, il Medico di ruolo unico e i servizi distrettuali, per favorire la transizione tra ospedale e domicilio;
- **Esecuzione di trattamenti infermieristici complessi**, come per esempio somministrazione di terapie farmacologiche e nutrizionali (NPT, NE) con SNG e PEG, medicazioni avanzate, Vac-therapy, gestione di presidi e ausili sanitari, interventi educativi di promozione di corretti stili di vita;
- **Esecuzione di trattamenti riabilitativi** volti al ricondizionamento motorio e alla mobilitazione precoce, anche attraverso addestramento del paziente e del familiare/caregiver.

5.1 Destinatari dell'assistenza

All'interno degli O.d.C. possono essere ammesse solo alcune tipologie di pazienti, che sono tendenzialmente soggetti appartenenti alle categorie fragili della popolazione che, pur avendo un inquadramento diagnostico già chiaro, un programma terapeutico già definito e un quadro clinico nel complesso stabilizzato, hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, ma con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni).

Considerata la tipologia di pazienti, si tratta quindi di un'elevata complessità assistenziale a fronte di una bassa intensità di cure. In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti (DM 77/2022):

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, ovvero che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in:
 - valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili);
 - supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Gli O.d.C. hanno la finalità di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati o di favorire dimissioni protette in luoghi idonei al prevalere di bisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e/o adattamento alle nuove necessità assistenziali da fornire a domicilio (es. attivazione NAD, acquisizione presidi e ausili necessari alla domiciliazione in sicurezza, riorganizzazione della Rete familiare e/o rimodulazione degli spazi abitativi).

5.2 Criteri di inclusione

Al fine di garantire un accesso appropriato e coerente con la mission dell'O.d.C., è necessario che l'ingresso del paziente avvenga nel rispetto di alcuni requisiti minimi, clinicamente e organizzativamente rilevanti. In particolare, l'accoglienza presso la struttura è subordinata alla presenza congiunta dei seguenti elementi:

- un inquadramento diagnostico definito;
- un programma assistenziale delineato prima della dimissione/invio dal setting di provenienza;
- la sottoscrizione del consenso informato da parte del paziente o, ove previsto, del familiare/caregiver o dell'amministratore di sostegno;
- una prognosi stimata che preveda la risoluzione del problema principale in un arco temporale breve, comunque non superiore a 30 giorni.

Sono ulteriori criteri di accesso all'O.d.C.:

- presenza di patologie croniche in fase di riacutizzazione moderata, gestibili in regime di bassa intensità clinico-assistenziale;
- necessità di **monitoraggio clinico e assistenza infermieristica continuativa** (H24), con interventi medici programmati;
- bisogno di **completamento del percorso terapeutico post-acuzie** in un contesto protetto anche in caso di infezioni che necessitano di isolamento da contatto;
- temporanea **inidoneità alla domiciliarità** per motivi sanitari in attesa dell'attivazione di setting assistenziali territoriali o altre misure, tramite l'intervento di Enti terzi, anche in assenza di documenti sanitari (Tessera Sanitaria, STP, ENI);
- assenza di problematiche acute in atto e condizione di stabilità clinica (Scala MEWS ≤ 2);
- necessità di un periodo temporaneo e definito di attesa di disponibilità di posto letto in altro setting per continuità assistenziale (RSA, cure palliative di base, Riabilitazione Neuromotoria Territoriale, ecc.).

Al fine di una valutazione oggettiva delle condizioni clinico/assistenziali stabili si indica l'utilizzo del sistema di score TRI.CO.:

- a. MEWS, (Modified Early Warning Score) con punteggio $\leq$ di 2;
- b. IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) punteggio $\geq$ a 12.

Tabella 3: Sistema di score TRI.CO

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

5.3 Criteri di esclusione

Non sono candidabili all'ammissione presso l'O.d.C. i pazienti che presentano una o più delle seguenti condizioni clinico-assistenziali, incompatibili con il livello di intensità assistenziale garantito dal setting:

1. **Presenza di patologia infettiva trasmissibile per via aerea**, in fase attiva, che richieda isolamento in ambiente a pressione negativa o sorveglianza specialistica;
2. **Stato comatoso o stato vegetativo persistente**, che necessiti di assistenza ad alta intensità, non erogabile in struttura a conduzione infermieristica;
3. **Condizioni che necessitano di contenzione fisica o farmacologica continuativa**, non compatibili con la tipologia di setting e con i requisiti normativi vigenti;
4. **Grave decadimento cognitivo o delirium**, non contenibile con misure ambientali e che richieda sorveglianza sanitaria intensiva;
5. **Dipendenze farmacologiche da sostanze/disturbi da uso di sostanze** in fase acuta/subacuta non compensato clinicamente;
6. **Necessità di cure palliative specialistiche, riabilitazione intensiva neurologica o motoria** (codici 75 e 28), che richiedano prestazioni specialistiche e multidisciplinari non erogabili nel contesto dell'O.d.C.;
7. **Assenza dei requisiti di dimissibilità clinica da setting ospedaliero per acuti**, ovvero persistenza di condizioni instabili o in fase diagnostico-terapeutica attiva;
8. **Mancato completamento del percorso diagnostico-terapeutico ospedaliero**, con necessità di ulteriori accertamenti o monitoraggi specialistici in ambito ospedaliero;
9. **Disturbo psichiatrico**, anche in comorbidità, in fase acuta/subacuta non compensato clinicamente;
10. Presenza di bisogni esclusivamente sociali;
11. Età inferiore a 18 anni.

6. Transitional Care

Il modello di *Transitional Care* per gli Ospedali di Comunità è strutturato in quattro fasi principali:

1. **Accesso;**
2. **Definizione del *setting* assistenziale;**
3. **Inserimento in lista e rinunce;**
4. **Trasferimento e rivalutazione del paziente.**

I seguenti paragrafi esplorano ogni fase del modello, partendo dalla prima fase di accesso, fino ad arrivare all'ultima fase relativa al trasferimento e alla eventuale rivalutazione del paziente, delineando in dettaglio le operazioni e descrivendo le interazioni e i ruoli dei diversi attori coinvolti nello stesso.

6.1 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di Accesso

Nel caso di un nuovo paziente, eleggibile per l'Ospedale di Comunità, in *setting* ospedaliero (**flusso *Top-down***), il reparto o il PS nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, analizza il quadro clinico del paziente per individuare il *setting* assistenziale maggiormente appropriato al bisogno espresso.

Flusso *Top-down*

Nel caso in cui per il paziente viene proposto l'Ospedale di Comunità (OdC), il reparto dimettente o il PS raccoglie la documentazione clinica e diagnostica del paziente e trasmette il modulo di richiesta al TOH tramite piattaforma.

Il TOH, una volta ricevuta la richiesta e la documentazione dal reparto dimettente o dal PS, ne verifica la completezza e, in caso di documentazione mancante, inoltra eventuale richiesta di integrazione. Successivamente il TOH, valutata la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* e considerato lo stato socio-sanitario antecedente alla presa in carico del paziente in Ospedale di Comunità, attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), eventualmente in collaborazione con l'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD), per effettuare la valutazione del paziente, anche attraverso strumenti di telemedicina, come riportato nell'Allegato 9 "Modalità operative di interazione tra Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO) e Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)".

Se il percorso individuato è l'Ospedale di Comunità, il TOH:

- a) se l'ospedale è a **gestione diretta** e si trova nella ASL di residenza del paziente, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente, che prende in carico la pratica;
- b) se l'ospedale è a **gestione diretta**, ma non si trova nella ASL di residenza del paziente, trasmette la documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza

della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente;

- c) se l'ospedale **non è a gestione diretta**, procede con la trasmissione della documentazione alla COT-A di residenza del paziente, che effettua una verifica sulla completezza della stessa e, se non sono necessarie integrazioni da richiedere al TOH, trasmette la documentazione alla COT-D del distretto di residenza del paziente.

La COT-D, a seguito della ricezione della modulistica di richiesta per il *setting* Ospedale di Comunità per il paziente trasmessa dal TOH o dalla COT-A, verifica tramite piattaforma la storia clinica del paziente e provvede alla verifica dello stato funzionale antecedente alla presa in carico ed eventuale presenza dei servizi socioassistenziali attivi con il supporto del medico di ruolo unico o PUA, in modo da definire il percorso assistenziale più adeguato per l'assistito.

A questo punto della fase di accesso, il percorso del paziente proveniente dal flusso *Top-down* si sovrappone a quello previsto per i pazienti provenienti dal territorio (flusso ***Bottom-up***), che viene di seguito descritto.

Flusso *Bottom-up*

Questo flusso si avvia nel caso di paziente proveniente dal territorio per il quale, la COT-D, nell'insieme delle attività clinico-assistenziali e nell'ottica della continuità terapeutica, riceve la richiesta di attivazione del *setting* Ospedale di Comunità formulata dal Medico del Ruolo Unico di Assistenza Primaria (Medico del Ruolo Unico), dal medico specialista ambulatoriale, tramite segnalazione proveniente dal NEA 116117 al Medico del Ruolo Unico, dal medico di continuità assistenziale, dall'UCA o dal PUA.

In questa fase si inseriscono anche le richieste provenienti dalle Unità valutative che hanno posto indicazione per un cambio di *setting* su un paziente a seguito di rivalutazione.

In tal caso, gli attori di cui sopra inviano la richiesta di valutazione multidimensionale alla COT-D del distretto in cui operano, la quale attiva successivamente l'UVMD.

La fase di Accesso si conclude (per i flussi *Top-down* e *Bottom-up*) con la ricezione della richiesta di presa in carico da parte dell'Ospedale di Comunità, comprensiva della documentazione relativa al percorso di cura (PAI, PDTA, etc) e con la comunicazione della presunta data di ingresso.

6.2 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di definizione del Setting Assistenziale

Ricevuta la richiesta dal TOH (nel caso di flusso *Top-down*) o dagli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*), la COT-D valuta la coerenza tra la documentazione ricevuta e la richiesta di attivazione del *setting* assistenziale proposto e attiva l'UVMD.

L'UVMD di residenza del paziente, direttamente o tramite delega a UVMO (nel caso di paziente ricoverato in ospedale), avvalendosi laddove ritenuto opportuno di strumenti di telemedicina, o ad altra UVMD (nel caso di paziente domiciliato in territorio differente da quello di residenza), entro 48 ore lavorative effettua la valutazione multidimensionale con la proposta di percorso, verificando lo stato socio-sanitario del paziente.

Successivamente, in funzione dello stato clinico-funzionale e all'esito della valutazione multidimensionale suddetta, la COT-D, tramite UVMD, in caso di coerenza con il *setting* proposto elabora la proposta di percorso e successivamente trasmette la richiesta di inserimento in lista di attesa alla COT-A.

In questa fase la UVMD deve indicare se il percorso di cura, a seguito dell'esito della valutazione multidimensionale, prevede eventuale attivazione di altro *setting*.

In caso di non coerenza con il *setting* proposto, il paziente viene indirizzato ad altro *setting*. Nel caso venisse ritenuta opportuna da parte dell'UVMD l'attivazione di un *setting* successivo all'OdC, l'esito di tale valutazione viene comunicato dalla COT-D alla COT-A, che in concomitanza predispone l'attivazione del *setting* successivo, sulla base della durata prevista del ricovero in OdC, onde evitare sovrapposizioni.

La fase di definizione del *setting*, unitamente a quella di accesso, termina con la richiesta di inserimento in lista del paziente.

6.3 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di Inserimento in lista e rinunce

Nella fase di inserimento in lista, la COT-A provvede, attraverso la piattaforma, ad effettuare l'inserimento del nominativo del paziente nella lista di attesa unica aziendale, secondo l'esito indicato dalla valutazione multidimensionale e tenendo conto dell'eventuale priorità rilevata. Tale operazione prevede l'invio di una notifica automatica dell'avvenuto inserimento in lista, sia alla COT-D di residenza del paziente che al TOH (in caso di flusso *Top-down*), o agli attori operanti sul territorio (nel caso di flusso *Bottom-up*).

Al momento della ricezione della disponibilità alla presa in carico da parte dell'Ospedale di Comunità, la COT-A lo comunica al TOH se il paziente è degente e alla COT-D di residenza per paziente proveniente dal territorio. Successivamente la COT-D ne dà comunicazione ai servizi distrettuali.

Al termine di questo passaggio:

- a) nel caso in cui il paziente provenga dal *setting* ospedaliero, la COT-A, tramite la piattaforma dedicata, invia la richiesta di trasferimento del paziente al TOH;
- b) nel caso in cui il paziente provenga da un *setting* territoriale, la COT-D comunica al segnalante (Medico del Ruolo Unico, PUA, etc.) la disponibilità del posto letto per successiva comunicazione al paziente.

6.4 Modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità: Fase di Trasferimento e Rivalutazione del Paziente

Il modello di *Transitional Care* prevede, infine, la fase di trasferimento dall'ospedale/accesso dal domicilio e di rivalutazione del paziente.

In caso di paziente proveniente da *setting* ospedaliero, il TOH si fa carico dell'organizzazione delle dimissioni interfacciandosi con il reparto per la predisposizione del pacchetto di dimissioni comprensivo di documentazione clinica dettagliata. Successivamente l'Ospedale di Comunità prende in carico il paziente e procede con l'attuazione del percorso di cura.

Nel corso della degenza in Ospedale di Comunità, qualora si verifichi un cambiamento nello status clinico del paziente:

- in caso di peggioramento acuto, l'Ospedale di Comunità provvede al trasferimento del paziente in ospedale secondo le seguenti modalità:
 - attraverso contatto con il TOH, in caso di accesso programmato per urgenza differibile;
 - attraverso invio in Pronto Soccorso, con contestuale comunicazione al TOH, in caso di urgenza non differibile.
- in caso sia necessaria una rivalutazione, l'Ospedale di Comunità richiede alla COT-D l'attivazione dell'UVMD.

Nel caso in cui non vi siano variazioni nello status clinico, il paziente prosegue il percorso di cura all'interno dell'Ospedale di Comunità. A tal proposito, l'Ospedale di Comunità deve tenere in considerazione se all'interno del percorso di cura è stata indicata l'eventuale attivazione di altro setting:

- se è stata indicata l'attivazione di altro setting e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà trasferito nel setting precedentemente individuato;
- se invece non è prevista l'attivazione di altro setting e, alla scadenza del percorso di cura (notificata automaticamente alla COT-D tramite piattaforma) gli obiettivi sono stati raggiunti, il paziente sarà dimesso al proprio domicilio.

In entrambi i casi, qualora gli obiettivi non siano stati raggiunti, l'Ospedale di Comunità richiede alla COT-D l'attivazione dell'UVMD per procedere con la rivalutazione finalizzata al rilascio dell'autorizzazione di una eventuale proroga della degenza per un periodo corrispondente alla durata del piano di cura precedentemente elaborato (massimo 30 giorni) previa valutazione da parte della UVMD.

6.5 Criteri di gestione delle liste di attesa

I criteri identificati di seguito hanno lo scopo di garantire la gestione della lista d'attesa secondo i principi di equità e trasparenza, a tutela dei diritti dei pazienti/cittadini. Pertanto, sono definiti i seguenti criteri ai fini della creazione e della gestione delle liste uniche di attesa a livello aziendale:

1. cronologico;
2. dimissione da OBI (Osservazione Breve Intensiva);
3. compromissione sociale (gradualità dettata dalla Valutazione Sociale).

6.6 Mobilità Interregionale

La presa in carico di pazienti provenienti da altre regioni sarà vincolata alla richiesta preventiva di autorizzazione al ricovero e dell'impegno di spesa da parte della ASL di residenza dell'assistito e comporterà la fatturazione diretta da parte della ASL di competenza dell'O.d.C., dei costi del ricovero, alla ASL di residenza del paziente, applicando la tariffa regionale prevista, secondo un meccanismo gestito dalla COT R.

7. Strumenti di valutazione dell'eleggibilità e costruzione del PAI

Valutazione multidimensionale e criteri di eleggibilità

L'accesso all'Ospedale di Comunità è subordinato alla valutazione clinico-assistenziale dell'assistito mediante strumenti validati e condivisi a livello aziendale e regionale, al fine di garantire l'appropriatezza del ricovero e la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) coerente. I principali strumenti di valutazione adottati sono i seguenti:

Tabella 4: Strumenti di Valutazione

Strumento	Finalità/ Motivazione d'utilizzo	Operatore UVM	Priorità di compilazione
MEWS – Modified Early Warning Score	Valutazione della stabilità clinica per Accesso all'O.d.C.	Infermiere	Compilazione Obbligatoria
IDA – Indice di Dipendenza Assistenziale	Valutazione del carico assistenziale per Accesso all'O.d.C.	Infermiere	Compilazione Obbligatoria
BIM/ Barthel Index Modificata	Grado di autonomia nelle attività di vita quotidiane	Infermiere	Compilazione Obbligatoria
Scala VNS (numerica del dolore)	Misurazione della percezione soggettiva del dolore	Medico/Infermiere	Compilazione VNS o PAINAD a seconda del grado di collaborazione del paziente
Scala PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia)	valutazione del dolore, utilizzata per pazienti con demenza, marcato decadimento cognitivo o non collaboranti	Medico/Infermiere	Compilazione VNS o PAINAD in relazione al grado di collaborazione del paziente
Scheda di Triage Sociale	Valutazione Sociale	Assistente Sociale	Compilazione Obbligatoria
Scheda di Segnalazione al Servizio Sociale	Valutazione Sociale	Assistente Sociale	Compilazione Facoltativa
Scala di Braden (con valutazione Push Tool)	Rischio di lesioni da pressione	Infermiere	Compilazione Facoltativa
SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire (Test di Pfeiffer)	Valutazione dello stato cognitivo	Medico/Infermiere	Compilazione Facoltativa

Strumento	Finalità/ Motivazione d'utilizzo	Operatore UVM	Priorità di compilazione
Scheda Regione Lazio – rischio caduta	Prevenzione eventi avversi	Infermiere	Compilazione Facoltativa
Scala GUSS - Gugging Swallowing Screen	Valutazione disfagia	Infermiere	Compilazione Facoltativa
Scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score)	Valutazione fragilità	Infermiere	Compilazione Facoltativa

Il MEWS o analoghi strumenti (es. NEWS2) possono essere utilizzati:

1. **Al momento della valutazione pre-ammissione**, da parte dell'équipe O.d.C., anche **prima dell'ingresso fisico** (es. tramite scheda compilata o visita domiciliare/telefonica).
2. **All'ingresso del paziente**, come parte della **valutazione multidimensionale iniziale** per:
 - confermare l'appropriatezza del setting;
 - definire la priorità assistenziale;
 - impostare il **PAI su parametri oggettivi**.

8. Indicatori di monitoraggio e valutazione

La Regione valuta periodicamente l'attività degli O.d.C. avvalendosi di indicatori calcolati a partire da un flusso informativo dedicato che registrerà anche gli indici di valutazione multidimensionale del paziente validati dalla letteratura scientifica.

8.1 Indicatori di Processo

- Tasso di ricovero in O.d.C. (da calcolare distintamente nella popolazione generale, nella popolazione in età 65-74 anni e nella popolazione ultra 75enne);
- Durata media della degenza in O.d.C.;
- Percentuale (e numero) di ricoveri in O.d.C. con degenza oltre le 6 settimane;
- Percentuale (e numero) di ricoveri in O.d.C. con invio da parte del MMG;
- Percentuale (e numero) di ricoveri in O.d.C. con invio da parte di strutture territoriali residenziali;
- Percentuale (e numero) di ricoveri in O.d.C. con invio da parte di ospedali per acuti.

8.2 Indicatori di Esito

- Tasso di ricovero in ospedale per acuti durante la degenza in O.d.C.
- Tasso di re-ricovero a 30 giorni in O.d.C. per qualsiasi diagnosi (da calcolare distintamente nella popolazione generale, nella popolazione in età 65-74 anni e nella popolazione ultra 75enne)
- Tasso di ricovero in ospedale per acuti entro 30 giorni dalla dimissione del ricovero in O.d.C.
- Tasso di mortalità durante il ricovero in O.d.C.
- Tasso di mortalità entro le 72 ore dall'ingresso in O.d.C.
- Percentuale (e numero) di ricoveri in O.d.C. nei quali il paziente presenta una o più cadute

Saranno, inoltre, oggetto di valutazione:

- il numero di lesioni cutanee insorte durante il ricovero in O.d.C. e il delta del valore del Push Tool dall'insorgenza della lesione alla dimissione oppure, qualora la lesione fosse già presente all'ammissione, dall'ingresso in O.d.C. alla dimissione;
- il numero di valutazioni del dolore (con particolare riferimento a quelle effettuate nelle prime 24 ore) e le variazioni nell'intensità del dolore durante la degenza in O.d.C.;
- le competenze e le capacità di self care acquisite dai pazienti e dai caregiver;
- le misurazioni, all'ammissione e alla dimissione del ricovero in O.d.C., della complessità assistenziale e della fragilità del paziente.

9. Integrazione funzionale tra strutture territoriali e coordinamento distrettuale

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77/2022 e attuato attraverso gli investimenti della Missione 6 del PNRR presuppone un **sistema integrato e interdipendente di strutture e servizi** a livello distrettuale. In tale contesto, l'O.d.C. rappresenta un nodo funzionale intermedio, la cui efficacia è strettamente connessa alla capacità del sistema di **attivare e mantenere connessioni operative costanti e formalizzate** con tutti gli altri presidi territoriali.

L'O.d.C. deve operare in **stretta sinergia funzionale** con:

- la **Casa della Comunità (CdC)**, come presidio di riferimento per la presa in carico proattiva, la continuità assistenziale e l'integrazione tra ambiti sanitari e sociali;
- le **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**, al fine di assicurare la coerenza e la continuità del percorso clinico;
- la **Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT-A)** e le **Centrali Operative Distrettuali (COT-D)**, che svolgono funzione di coordinamento logistico e interfaccia tra i servizi domiciliari, l'ospedale e le strutture intermedie;
- il **Punto Unico di Accesso (PUA)** e l'**Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)**, per l'orientamento e la presa in carico dei casi complessi;
- La Rete Locale di Cure Palliative;
- I Consultori familiari;
- I servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, di assistenza domiciliare, RSA;
- I servizi di salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;
- La Rete delle cure Intermedie;
- I servizi di assistenza specialistica ambulatoriale;
- Le cure domiciliari;
- I servizi di emergenza urgenza territoriali;
- Il Terzo settore.

Al fine di garantire la piena operatività del modello, devono essere **formalizzati raccordi funzionali e flussi informativi condivisi** tra l'O.d.C. e i **servizi diagnostici, specialistici e riabilitativi** di primo e secondo livello, nonché con i servizi sociali, attraverso:

- protocolli di cooperazione operativa;
- utilizzo integrato della cartella clinica elettronica e dei sistemi digitali interoperabili;
- partecipazione condivisa alla costruzione dei **Piani Assistenziali Individualizzati (PAI)**;
- programmazione distrettuale unitaria sotto la responsabilità della Direzione di Distretto.

Inoltre, ogni O.d.C. è auspicabile abbia un **supporto diagnostico di base (esami di laboratorio, radiologia, consulenze specialistiche)** mediante collegamento funzionale con la Casa della Comunità hub o con altri presidi distrettuali, in modo da assicurare la **tempestività degli interventi e la sicurezza clinica** dell'assistenza

erogata tramite utilizzo di prescrizione dematerializzata o attraverso strumenti di *digital Health*, telemedicina e telemonitoraggio.

10. Flussi Informativi

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, secondo le specifiche del flusso ministeriale "Sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dagli ospedali di comunità (SIOC)". Tale flusso prevede la rilevazione delle informazioni socio-demografiche dell'assistito, delle informazioni sulla struttura erogante e delle informazioni sul ricovero. È prevista la piena operatività del flusso a partire dall'anno 2026, nelle more della rilevazione dell'attività erogata dagli O.d.C., secondo le indicazioni che verranno definite a livello nazionale nell'ambito dell'obiettivo di investimento del PNRR M6C2 1.3.2.

11. Formazione

La formazione continua in medicina include l'acquisizione di nuove conoscenze e abilità utili alla pratica professionale competente ed esperta. Essa si avvale dello strumento dell'audit per verificare periodicamente le competenze e l'adesione alle nuove evidenze scientifiche e alla normativa vigente, nonché, alle indicazioni ministeriali su vari temi.

L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per garantire risposte adeguate ai bisogni di cura dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale. L'obiettivo della formazione permanente è garantire un aggiornamento che consenta al personale di conservare un livello adeguato di performance clinico-assistenziali, organizzative e relazionali. I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza di qualità e potersi prendere cura dei propri pazienti con competenza. Essa, dunque, ha lo scopo di fornire al personale sanitario le "clinical competence" idonee alla gestione dei pazienti in età adulta, in particolari condizioni di fragilità, onde renderlo un personale sanitario duttile ed in grado di affrontare le diverse condizioni cliniche.

La formazione è un elemento strategico per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza in tutti gli ambiti in cui si erogano prestazioni sanitarie.

12. Qualità e sicurezza delle cure in O.d.C.

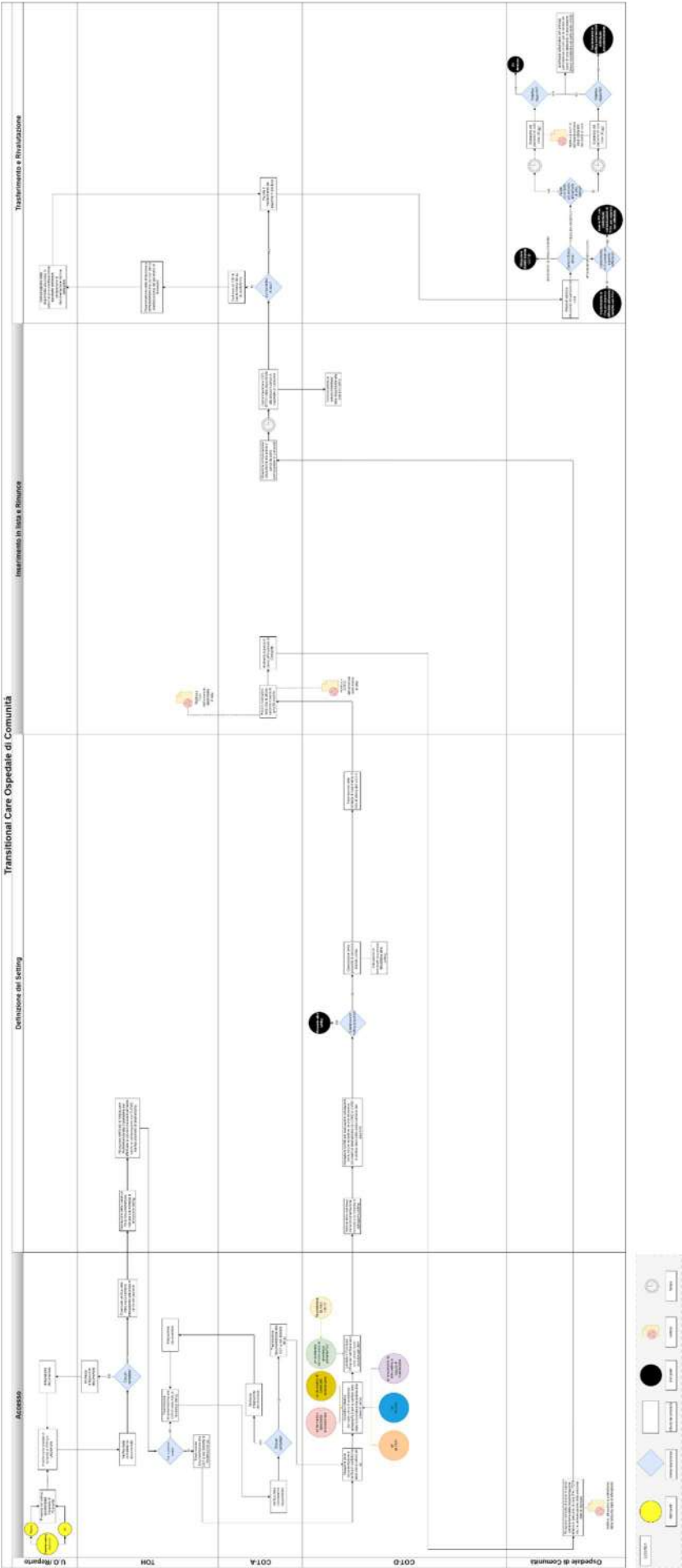
Al fine di promuovere l'insieme di azioni per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti nel rispetto della normativa nazionale e regionale, anche gli O.d.C. sono tenuti ad adottare requisiti minimi autorizzativi (DCA n. U0008 del 3 febbraio 2011 e s.m.i.), requisiti di accreditamento (DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 e s.m.i.), Raccomandazioni Ministeriali, Procedure Aziendali relative alla sicurezza e al rischio clinico (prevenzione cadute, infezioni, sicurezza assistenziale, ecc.).

Glossario

Acronimo	Descrizione
UDI	L'Unità di Degenza Infermieristica è una struttura ad elevata intensità assistenziale infermieristica e a bassa/media intensità clinica, gestita da personale infermieristico. Svolge il compito di facilitare la transizione dall'ospedale al domicilio di quei pazienti non più in fase acuta, ma che necessitano di interventi a bassa intensità clinica.
CdC	La Casa della Comunità è la struttura sanitaria, promotrice di un modello di intervento multidisciplinare, nonché luogo privilegiato per la progettazione di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria. Facilmente accessibile per la comunità di riferimento, è il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie.
OdC	L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, 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.
ADI	L'Assistenza Domiciliare Integrata è un servizio attraverso il quale la ASL eroga un insieme di interventi e servizi sanitari a domicilio, svolti da professionisti sociosanitari: medici, fisioterapisti, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed operatori sociosanitari (OSS).
Strutture di assistenza a persone non autosufficienti anche anziani (RSA)	Le Strutture di assistenza a persone non autosufficienti anche anziani, già Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture per anziani e soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui, finalizzate a fornire prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale.
UVMD	L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) è un'équipe professionale con competenze multidisciplinari sotto la responsabilità del Direttore della UOC <i>"Non Autosufficienza e Disabilità Adulti, CAD ed integrazione O/T, Coordinamento UVMD e Protesica"</i> , che la coordina e comprende professionisti provenienti da tutti i servizi aziendali. È strutturata con una geometria variabile per cui vengono, di volta in volta, inseriti i professionisti coinvolti nei singoli casi. L'uniformità è garantita da un nucleo core composto da un Medico, un Infermiere e un Assistente Sociale aziendale, il MMG/PLS e l'assistente sociale delegato dal Comune di residenza o dall'Ufficio di piano. La UVMD viene attivata per valutare i bisogni complessi e definire il PAI.
UVMO	Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVMO).

Acronimo	Descrizione
TOH	Il Team Operativo Ospedaliero (TOH) è una struttura funzionale multiprofessionale della Direzione Sanitaria Ospedaliera. Il TOH si occupa della rilevazione del bisogno socioassistenziale del singolo paziente in dimissione dalla struttura di ricovero e che necessita di continuità assistenziale, proponendo un setting assistenziale e trasmettendolo alla COT Distrettuale per la successiva presa in carico del paziente residente e alla COT Aziendale per i non residenti. Il TOH è connesso con: a. le strutture di ricovero per acuzie e post acuzie; b. le Centrali Operative Territoriali (COT-A e COT-D).
SAI	Specialisti ambulatoriali Interni

Allegato 1
Flowchart del modello di Transitional Care per l'Ospedale di Comunità





ALL. B

OSPEDALE DI COMUNITA'
REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI



4.8. OSPEDALE DI COMUNITA'

Finalità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria pubblica di ricovero per degenze di breve durata (20- 30 giorni) che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, 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 della persona ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie.

In virtù della sua specifica funzione di transizione tra diverse modalità e/o strutture di assistenza, l'OdC può avere una sede propria, oppure essere collocato in una Casa della Comunità, o in strutture sanitarie polifunzionali, o presso strutture residenziali sociosanitarie, oppure essere situato in una struttura ospedaliera (ma sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale).

Destinatari

Nell'ospedale di comunità sono accolti pazienti con patologie di grado lieve-medio che rientrano nei criteri di eleggibilità stabiliti dalla normativa regionale o nazionale. La gestione dell'accesso ai posti letto degli OdC è assicurata dalle Centrali Operative Territoriali (COT).

4.8.1. Requisiti Strutturali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.1., per quanto applicabili.

La capacità recettiva minima è di 15 e massimo 40 posti letto, organizzati in nuclei da 15 a 20 posti letto. Deve essere rispettato lo standard di 0,2 pl/1000 ab (n. 20 pl/100.000 abitanti).

Le camere possono essere da 1, 2, 3, 4 letti comprensive di servizio igienico dedicato. I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, e comunque è presente un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti). Per gli aspetti dimensionali si fa riferimento all'allegato A, criterio n. 10, del D.P.C.M. 22.12.1989.

Possono inoltre essere previsti i seguenti ambienti protetti per pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera: camere singole e locali in prossimità delle aree infermieristiche e delle palestre riabilitative, attrezzati con arredi appropriati alla tipologia di utenza, a tutela della loro sicurezza ed incolumità.

Il percorso di accesso deve essere privo di barriere architettoniche e consentire il passaggio agevole di letto/barella. La struttura deve essere dotata di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto barella e di un accompagnatore



L'OdC deve essere dotato di servizi generali nonché di opportuni spazi articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- locali ad uso amministrativo;
- cucina e locali accessori;
- lavanderia e stireria;
- servizio mortuario.

I servizi generali possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

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

Devono essere, inoltre, previsti:

- spazio attesa visitatori con servizi igienici dedicati;
- area soggiorno consumo pasti;
- locali di lavoro per il personale;
- spazio/archivio sanitario;
- spogliatoio per il personale con servizio igienico;
- locale/spazio di deposito materiale pulito;
- locale/spazio di materiale sporco;
- locale sosta e osservazione salma, in assenza di servizio mortuario presso il presidio;
- disponibilità di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative;
- locali per le visite e/o medicazioni e per le valutazioni diagnostico-prognostiche.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale possono essere acquisite dalla struttura in cui è collocato l'OdC ovvero da presidi esterni. Qualora l'OdC sia collocato nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o sociosanitari residenziali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione ed alle attività di valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

4.8.2. Requisiti Tecnologici

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

Devono essere presenti:

- impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere termico dei ricoverati;
- impianto di erogazione gas medicali: prese vuoto, area medicinale e erogazione ossigeno stabile e 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 anti decubito;
- presidi e risorse tecnologiche atte allo svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;



- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e 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, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT e devono essere, previsti:

- sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico – assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE;
- sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina;
- flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dall'OdC.

4.8.3. Requisiti Organizzativi

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.2.

La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo ad un Medico dipendente o convenzionato SSN. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti. 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 integrato con il FSE.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero. All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico),

4-6 Operatori Sociosanitari

1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative



1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7;

Può essere presente un Assistente Sociale a supporto dell'attività dell'OdC.

L'OdC è operativo 7 giorni su 7 e l'assistenza infermieristica garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre 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 è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente
- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero un progetto riabilitativo;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

Devono esistere procedure formalizzate per assicurare:

- l'appropriatezza dell'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti;
- il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare sia l'accesso dal domicilio sia la continuità assistenziale dopo la dimissione;
- le relazioni con la famiglia e la partecipazione al programma assistenziale nonché l'eventuale continuazione dello stesso al domicilio.

ALL. C - Requisiti ulteriori di Accreditamento per l'Ospedale di Comunità

1° Criterio/fattore di qualità - ATTUAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ "Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio sanitaria/assistenziale e sociale, una gestione della Azienda Sanitaria Locale che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"

Per corrispondere a tale criterio, ogni Ospedale di Comunità dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano:

- 1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza
- 1.2 L'Ospedale di comunità come nodo della rete territoriale
- 1.3 Definizione delle responsabilità;
- 1.4 Modalità e strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi, documenti e dati);
- 1.5 Modalità di prevenzione e gestione dei disservizi e dei reclami

1.1 Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza			
Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza sanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo		
Requisito 1.1	Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto		
Campo d'applicazione	PR	NS	NAP/NV
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	OSPEDALE DI COMUNITÀ	
		L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso gli obiettivi con cui si garantisce la pianificazione e la programmazione delle cure, identificando la tipologia, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente e prevedendo un sistema di relazione con:	
		o Medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), gli specialisti ambulatoriali;	
		o la Centrale Operativa Territoriale;	
		o Hospice e rete delle cure palliative;	
		o Consultori familiari e attività rivolte ai minori;	
		o I servizi di continuità delle cure, delle dimissioni protette, di assistenza domiciliare, RSA;	
		o I servizi di salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;	
		o l'Infermiere di famiglia e di comunità;	
		L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso un piano annuale delle attività dell'Ospedale di Comunità (OdC), che deve tenere conto dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione e che si basa sull'analisi della domanda di servizi/ prestazioni del territorio, prevedendo il coinvolgimento del personale, dei rappresentanti della comunità di riferimento e le associazioni di tutela del malato e dei cittadini.	
Fase 2: Implementazione	a)	Il Piano annuale delle attività è condiviso con tutti i referenti dell'assistenza territoriale coinvolti (MMG e i PLS, gli specialisti ambulatoriali, i servizi distrettuali, i nodi della rete territoriale socio-sanitaria, le Case di Comunità, etc)	



Fase 3: Monitoraggio	a)	L'organizzazione monitora e verifica: l'attuazione del piano annuale delle attività e della qualità ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.				
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate, si individuano e si implementano specifiche azioni per migliorare l'efficacia dei Piani annuali di attività e di qualità;				
1.2 L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale						
Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza all'interno dell'Ospedale di Comunità, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo					
Requisito 1.2	L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale					
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'		PR	NS	NAP/ NV	
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L'Ospedale di Comunità con il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, ha definito, formalizzato e diffuso documenti di indirizzo, e meccanismi di coordinamento con gli altri servizi sanitari quali:				
		o Rete delle cure Intermedie;				
		o I servizi di assistenza specialistica ambulatoriale;				
		o Le cure domiciliari;				
		o Rete di cure palliative				
		o I servizi di emergenza-urgenza territoriali;				
	b)	L'Ospedale di Comunità ha definito formalizzato e diffuso specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle C.O.T.				
Fase 2: Implementazione	c)	Sono definiti, formalizzati e diffusi documenti di indirizzo per particolari percorsi con servizi esterni per la gestione dei servizi di diagnostica di laboratorio/ diagnostica per immagini, qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione.				
	a)	Sono attuati specifici percorsi assistenziali in grado di garantire la continuità assistenziale per i pazienti, all'interno delle reti assistenziali integrate.				
	b)	Sono attuati specifici percorsi con servizi esterni per la gestione dei servizi di diagnostica di laboratorio e/o diagnostica per immagini, qualora non siano disponibili all'interno dell'organizzazione.				
Fase 3: Monitoraggio	a)	La direzione effettua una raccolta dati sulla realizzazione e il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione all'interno delle reti assistenziali e valuta la corrispondenza tra quanto pianificato e attuato				
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate, la Direzione dell'Odc individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema delle reti assistenziali.				

1.3 Definizione delle responsabilità					
Fattore/ criterio 1	<i>Fornisce garanzia di buona qualità dell'assistenza, una gestione dell'organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i>				
Requisito 1.3	<i>Definizione delle responsabilità</i>				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e di pianificazione	a)	Sono presenti, sono stati formalizzati, approvati e diffusi documenti che descrivono la struttura di governo dell'organizzazione, gli strumenti e documenti di delega delle responsabilità, i processi e le relative responsabilità clinico/assistenziali-organizzative.	PR	NS	NAP/NV
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza della comunicazione della struttura di governo, da parte della Direzione, all'intera organizzazione.			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza di una valutazione dell'organizzazione delle responsabilità e degli strumenti di delega da effettuare annualmente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo dell'organizzazione.			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e dei risultati annuali raggiunti, la Direzione dell'OdC effettua una valutazione delle priorità, individua ed implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'organizzazione.			
1.4 Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)					
Fattore/ criterio 1	<i>Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo</i>				
Requisito 1.4	<i>Le modalità e gli strumenti di gestione delle informazioni (sistemi informativi e dati)</i>				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e di pianificazione	a)	L'organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso e la tenuta dei dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza del trattamento dei dati.			
	b)	L'organizzazione ha definito e approvato procedure e linee guida per la gestione della sicurezza nell'accesso alla documentazione sanitaria			
Fase 2: Implementazione	a)	Il personale è stato formato e applica le procedure e le linee guida per la gestione della sicurezza e riservatezza di informazioni e dati, ivi compresa la loro integrità, nel rispetto e in ottemperanza alla normativa vigente in materia e lavora in accordo con quanto previsto dalle stesse.			
Fase 3: Monitoraggio	a)	L'organizzazione monitora il rispetto della normativa vigente in materia di privacy, riservatezza e sicurezza nella gestione dei dati.			



	b)	L'organizzazione monitora e valuta il rispetto dei tempi definiti per l'accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale.				
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell'OdC implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'organizzazione:				
		o nella gestione dei dati				
		o relativamente ai tempi di accesso alla documentazione sanitaria/socio-assistenziale				
		o per una migliore politica relativa alla privacy e alla riservatezza delle informazioni contenute nella documentazione sanitaria				
	1.5 Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi e dei reclami					
Fattore/ criterio 1	Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo					
Requisito 1.5	Le modalità di prevenzione e di gestione dei disservizi e dei reclami					
Campo d'applicazione		OSPEDALE DI COMUNITA'	PR	NS	NAP/NV	
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L'organizzazione ha definito e approvato procedure/attività per la raccolta, la tracciabilità, l'analisi dei disservizi, la comunicazione verso l'esterno e la predisposizione dei relativi piani di miglioramento.				
	b)	L'organizzazione ha definito e approvato procedure per la presentazione e la gestione dei reclami, osservazioni e suggerimenti. La modulistica è presente nell'apposita sezione dedicata all'OdC del sito aziendale;				
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza delle attività di analisi dei principali processi per l'individuazione delle fasi nelle quali è possibile che si verifichino disservizi (es.: errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e paziente).				
	b)	Vi è evidenza che nell'apposita sezione del sito web aziendale sia pubblicato e diffuso il report annuale relativo alla gestione dei reclami.				
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è l'evidenza di un'attività di monitoraggio per verificare la frequenza delle diverse tipologie di disservizi all'interno dell'organizzazione;				
	b)	Vi è evidenza del monitoraggio dei tempi di risposta ai reclami e del confronto con lo standard definito all'interno della Carta dei Servizi;				
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Vi è l'evidenza di un processo documentato per l'individuazione, lo sviluppo e il monitoraggio di azioni correttive, preventive e di miglioramento finalizzate all'eliminazione o alla riduzione della ricorrenza del disservizio e/o del reclamo;				
	b)	E' presente l'evidenza di modifiche apportate all'organizzazione derivate dalla valutazione dei disservizi e/o reclami.				



2° Criterio/fattore di qualità - ASPETTI STRUTTURALI DELL'OSPEDALI DI COMUNITA' "L'organizzazione cura la idoneità all'uso dell' Ospedale di Comunità e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse"

Per corrispondere a tale criterio, ogni Ospedale di comunità dovrà documentare che siano soddisfatti i requisiti che evidenziano:

2.1 L'idoneità all'uso dell'Ospedale di Comunità				
2.2 La gestione e la manutenzione delle attrezzature in dotazione				

2.1 L'idoneità all'uso dell'Ospedale di Comunità

Fattore/ criterio 2 *L'Organizzazione cura la idoneità all'uso dell' Ospedale di Comunità e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse*

Requisito 2.1	L'idoneità all'uso dell' Ospedale di Comunità				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso il programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture che consente di individuare all'interno dell'Ospedale di Comunità le situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e di gestire le aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti);	PR	NS	NAP/NV
	b)	L'organizzazione ha approvato i piani per la formazione e il coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.			
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza della messa in atto: del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio (Sicurezza e Vigilanza; Materiali Pericolosi; Emergenze; Protezione antincendio; Apparecchiature Medicali; Impianti fissi; Gestione dei rifiuti).			
	b)	Vi è evidenza delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro.			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza del periodico monitoraggio: dell'implementazione e dell'efficacia del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture;			
	b)	dell'efficacia delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro, anche attraverso dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei opportunamente documentate.			
Fase 4: Miglioramento della qualità		Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell'Odc implementa specifiche azioni per il miglioramento:			



	a)	- del programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture; - delle attività di formazione e coinvolgimento del personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro			
2.2 La gestione e la manutenzione delle attrezzature in dotazione					
Fattore/ criterio 2	L'organizzazione cura la idoneità all'uso dell'Ospedale di Comunità e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature: è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse				
Requisito 2.2	La gestione e la manutenzione delle attrezzature in dotazione				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e programmazione	a)	L'organizzazione ha definito e formalizzato un piano in cui siano esplicitate e programmate le azioni per la gestione e la manutenzione (straordinaria e preventiva) delle attrezzature, in particolare delle attrezzature biomedicali. Il piano è stato comunicato ai diversi livelli operativi dell'Odc;	PR	NS	NAP/NV
	b)	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso una procedura per l'identificazione di tutte le attrezzature in dotazione.			
Fase 2: Implementazione	a)	E' presente un inventario aggiornato di tutte le attrezzature utilizzate;			
	b)	Vi è evidenza che la documentazione tecnica relativa alle singole attrezzature sia resa disponibile per garantire la manutenzione;			
	c)	In relazione alle singole attrezzature vi è evidenza della presenza di interventi di manutenzione;			
	d)	Vi è evidenza dell'implementazione del programma di formazione sull'utilizzo delle attrezzature, che prevede periodi di addestramento del personale coinvolto nell'utilizzo, manutenzione e dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza del monitoraggio periodico da parte della Direzione dell'Odc della corretta gestione delle attrezzature in particolare delle attrezzature biomedicali;			
	b)	Il piano di manutenzione (straordinaria e preventiva) è valutato, rivisto e aggiornato con una periodicità annuale;			
	c)	L'organizzazione verifica periodicamente le conoscenze del personale che utilizza i dispositivi medici/apparecchi elettromedicali per mezzo di dimostrazioni, simulazioni e altri metodi idonei. Tale verifica è documentata.			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità e dell'efficacia:			
		o del programma di gestione e manutenzione delle attrezzature;			
		o dei programmi di formazione e addestramento per l'utilizzo, la manutenzione e la dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.			



3° Criterio/fattore di qualità – COMPETENZE DEL PERSONALE					
"L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività "					
1.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica					
1.1.1 La programmazione e l'addestramento di nuovo personale					
1.1.2 L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale					
3.1 La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica					
Fattore/ criterio 3	L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività				
Requisito 3.1	La programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso:			
		o un documento in cui è individuato un responsabile per la formazione del personale;			
		o un Piano di formazione, aggiornamento e addestramento annuale, formulato con il coinvolgimento degli operatori, che prevede: definizione degli standard di competenza per posizione, criteri di scelta delle priorità, monitoraggio delle competenze professionali e rilevazione dei fabbisogni formativi attraverso varie fonti informative, programmazione delle attività formative;			
Fase 2: Implementazione	b)	L'organizzazione ha definito e formalizzato un programma per il mantenimento delle competenze e un processo per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, formazione, tirocinio, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari prevedendo un dossier formativo-professionale per singolo operatore;			
		Vi è evidenza della partecipazione del personale alla programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento ed è documentato il coinvolgimento degli operatori;			
		Tutto il personale ha un proprio dossier formativo - professionale con evidenza dei corsi svolti e le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico, infermieristico e degli altri professionisti sanitari;			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza del monitoraggio dei programmi di formazione continua, aggiornamento e addestramento			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell'OdC implementa specifiche azioni per il miglioramento della programmazione e della verifica della formazione necessaria e specifica del personale.			
3.2 L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale					

Fattore/ criterio 3		L'organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività			
Requisito 3.2		L'inserimento e l'addestramento di nuovo personale			
Campo d'applicazione		OSPEDALE DI COMUNITA'			
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione		a)	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un piano che definisce le modalità per l'accoglienza e l'affiancamento/addestramento del personale neo assunto/trasferito;		
		b)	L'organizzazione ha approvato e formalizzato: un piano di formazione strutturato sul rischio clinico verso i neo assunti, entro il 1° anno.		
Fase 2: Implementazione		a)	Vi è evidenza della messa in atto del piano di accoglienza e affiancamento/addestramento del personale neo assunto/trasferito, in maniera da consentire l'esercizio delle proprie funzioni;		
		b)	Vi è evidenza della valutazione dell'idoneità al ruolo dei neo assunti e della valutazione delle capacità, delle conoscenze necessarie e dei comportamenti richiesti nel momento in cui il neo assunto comincia ad adempiere alle sue responsabilità lavorative;		
Fase 3: Monitoraggio		a)	Vi è evidenza del monitoraggio del piano di formazione strutturato sul rischio clinico verso i neo assunti entro il 1° anno.		
Fase 4: Miglioramento della qualità		a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell'OdC implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento del nuovo personale		
4° Criterio/fattore di qualità – COMUNICAZIONE					
"Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento"					
4.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura, le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori					
4.2 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver;					
4.3 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver					
4.1 Le modalità di comunicazione interna alla struttura e le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori					
Fattore/ criterio 4		Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento			
Requisito 4.1		Le modalità di comunicazione interna alla struttura e le modalità di valutazione della relazione tra il personale e l'organizzazione (contesto organizzativo) attraverso l'analisi del clima organizzativo/soddisfazione degli operatori			
Campo d'applicazione		OSPEDALE DI COMUNITA'			
				PR	NS
					NAP/NV

Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	La Direzione dell'Odc ha definito e formalizzato le modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione.			
	b)	Vengono implementati e facilitati momenti calendarizzati per l'analisi ed il confronto sulle criticità;			
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza della messa in atto di modalità di condivisione sistematica delle informazioni all'interno dell'organizzazione utilizzando modalità multiple di comunicazione;			
	b)	Vi è evidenza dell'effettuazione di una indagine sulla valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale nell'ultimo triennio i cui risultati sono trasmessi alla Direzione dell'Odc e diffusi al personale.			
Fase 3: Monitoraggio	c)	Vi è evidenza di momenti di coordinamento e di integrazione interni all'organizzazione.			
	a)	Vi è evidenza che in apposite riunioni con la Direzione vi sia la diffusione e condivisione dei risultati sull'indagine di valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale.			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell'Odc implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità del sistema di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori.			
4.2 Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver					
Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento				
Requisito 4.2	Le modalità e i contenuti delle informazioni da fornire ai pazienti e/o ai familiari/caregiver				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	La Direzione ha definito e formalizzato una procedura per l'appropriata modalità di comunicazione con i pazienti e i caregiver;			
	b)	La Direzione ha definito e formalizzato una procedura per la valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (indagini di customer satisfaction).			
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza della presenza di strumenti informativi sintetici (multilingua) da mettere a disposizione dei cittadini;			
	b)	Vi è evidenza della valutazione della soddisfazione e dell'esperienza dei pazienti e dei familiari (indagini di customer satisfaction) su almeno il 10% dei pazienti trattati;			
	c)	Vi è evidenza della diffusione dei risultati delle indagini di customer satisfaction (e delle eventuali misure di miglioramento adottate o da adottare) nella sezione dedicata all'Odc sul sito web aziendale;			



Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza che la documentazione per l'informazione dell'utenza è revisionata dall'organizzazione ad opportuni intervalli e comunque quando sono intervenute variazioni significative;			
		Viene effettuato il monitoraggio e la valutazione:			
	b)	o della soddisfazione del paziente in relazione alle informazioni fornite dalla organizzazione; o dell'efficacia dei processi di comunicazione delle informazioni ai pazienti e ai familiari-caregiver e dell'accesso ai servizi, anche per mezzo dell'analisi dei reclami/disservizi a queste correlate.			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell'Odc implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni da fornire ai pazienti e ai caregiver.			
4.3 Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver					
Fattore/ criterio 4	Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti e i familiari garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti e dei familiari nelle scelte di trattamento				
Requisito 4.3	Le modalità di partecipazione dei pazienti nelle scelte clinico-assistenziali e le modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei familiari/caregiver				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari al processo di cura;	PR	NS	NAP/NV
	b)	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso una procedura per l'informazione partecipata del paziente e dei familiari (rischi e benefici del trattamento o indagine proposta, alternative disponibili, prima dell'apposizione della firma sul modulo di consenso) e per l'acquisizione del consenso informato;			
	c)	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso un documento ufficiale, condiviso all'interno dell'organizzazione, in cui vengono definite le linee guida sui contenuti del consenso informato.			
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza della messa in atto di procedure per l'informazione del paziente (anche minori) e l'acquisizione del consenso informato prevedendo l'informazione partecipata;			
	b)	Vi è evidenza dell'informazione ricevuta dal paziente e dai familiari sugli elementi di tutela nella partecipazione a ricerche cliniche e dell'acquisizione del consenso informato prima della partecipazione del paziente ad attività di ricerca clinica, studi clinici e sperimentazioni cliniche			

	c)	Vi è evidenza della presenza all'interno dell'organizzazione di un elenco delle prestazioni a rischio per le quali è prevista l'acquisizione di un formale consenso informato (es. anestesia/sedazione, terapie trasfusionali, ecc.);		
	d)	Vi è evidenza che l'organizzazione fornisce ai pazienti e ai familiari informazioni su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.		
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza della periodica valutazione e revisione della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.		
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell'Odc implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni ricevute dai pazienti su fattori significativi di promozione della salute relativi alla loro patologia e/o stato di salute.		
5° Criterio/fattore di qualità - Processi di miglioramento ed innovazione modalità di valutazione delle tecnologie				
<i>"Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente, socialmente accettabili e sostenibili"</i>				
5.1 Processi di miglioramento ed innovazione modalità di valutazione delle tecnologie				
5.2 Adozione di iniziative di innovazione tecnico-professionale e organizzativa				
5.3 Modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi				
5.1 Processi di miglioramento ed innovazione				
Fattore/ criterio 5	<i>Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili</i>			
Requisito 5.1	<i>Processi di miglioramento ed innovazione</i>			
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'			
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	La Direzione dell'Ospedale di Comunità ha previsto l'adozione di una cartella clinica elettronica integrata inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE per la condivisione e la circolazione delle informazioni rilevanti durante i passaggi di consegne tra i professionisti.	PR	NAP/NV
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza dell'implementazione della Cartella Clinica elettronica integrata all'interno dell'Ospedale di Comunità		
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza dello svolgimento di Audit per la valutazione del Sistema Informativo all'interno dell'Ospedale di Comunità		
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Il sistema informativo viene aggiornato in relazione ai cambiamenti organizzativi e normativi		
5.2 Modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi				



Fattore/ criterio 5	Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili			
Requisito 5.2	Modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi			
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'			
Fase 1: Documenti di indirizzo e implementazione	a)	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie attraverso la metodologia propria del HTA.	PR	NS
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie finalizzate all'adeguamento alle norme tecniche e all'eventuale disponibilità di nuove apparecchiature.		
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dei processi di valutazione delle tecnologie.		
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione effettua una valutazione delle priorità ed individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento delle modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi.		
5.3 Modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi				
Fattore/ criterio 5	Il governo delle azioni di miglioramento, dell'adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili			
Requisito 5.3	Modalità di valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi			
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'			
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	La Direzione ha definito e formalizzato procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative.	PR	NS
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza della messa in atto di procedure per la rilevazione dei fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative;		
	b)	Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.		
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dell'intero percorso dell'innovazione-valutazione-adozione.		
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento del processo di adozione, realizzazione e valutazione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative.		
6° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - PRESTAZIONI E SERVIZI				

“E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini”

6.1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati				
6.2 La presenza di percorsi assistenziali				
6.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti				
6.2.2 Passaggio in cura (continuità assistenziale)				
6.2.3 Monitoraggio e valutazione				
6.3 La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)				
6. 1 La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati				
Fattore/ criterio 6	E’ buona prassi che l’organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinicoassistenziale sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini			
Requisito 6.1	La tipologia delle prestazioni e dei servizi erogati			
Campo d’applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA’			
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L’organizzazione ha definito e approvato le linee guida per la redazione, la diffusione e le modalità di distribuzione di una Carta dei Servizi che assicuri la piena informazione circa:	PR	NS
		o le modalità erogative, i contenuti e la capacità delle prestazioni di servizio e gli impegni assunti nei confronti dei pazienti e dei cittadini		
		o la presenza di materiale informativo (multilingua) a disposizione dell’utenza.		
		o i tempi di accesso alla documentazione sanitaria e socio-assistenziale;		
Fase 2: Implementazione		E’ presente e viene diffusa la Carta dei Servizi e il materiale informativo a disposizione dell’utenza;		
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza della periodica rivalutazione da parte della Direzione dell’OdC della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e della qualità del materiale informativo a disposizione dell’utenza.		
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle indicazioni aziendali, la Direzione dell’OdC implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti.		
6.2 La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:				
6.2.1 Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti				

Fattore/ criterio 6.		E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della				
Requisito 6.2.1		Valutazione, presa in carico e gestione dei pazienti				
Campo d'applicazione		OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione		L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso:				
	a)	Procedure che definiscono la modalità di accesso di accoglienza e gestione dell'utente all'interno dell'Ospedale di Comunità. ;				
		Procedure che definiscono le responsabilità per la presa in carico/gestione dei pazienti;				
		Procedure che definiscono sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.				
		Procedure e linee guida che intervengono nella gestione delle richieste e dei processi di transizione per gli assistiti con bisogni di salute e sociali complessi, attraverso l'utilizzo di una piattaforma di interconnessione (Transitional Care).				
		Linee guida e procedure per la valutazione iniziale multidimensionale delle condizioni e dei bisogni di ciascun paziente mediante strumenti riconosciuti, validati e adottati dalla normativa nazionale e regionale, che comprenda:				
		o l'analisi di fattori sociali ed economici della famiglia;				
		o lo stato fisico, psicologico, nutrizionale e funzionale;				
		o la valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati.				
		Protocolli, linee guida, procedure per la definizione del piano nutrizionale che comprenda la possibilità di scelta tra varietà di cibi e che tenga conto delle condizioni fisiche e cliniche dei pazienti;				
		Protocolli, linee guida e procedure per la preparazione, gestione, stoccaggio e somministrazione della nutrizione enterale e parenterale;				
	h)	Procedure per la corretta idratazione dei pazienti in accordo con la tolleranza dei fluidi da parte del paziente;				
		Linee guida e procedure per la corretta gestione e somministrazione dei medicinali;				
		Linee guida e procedure per la corretta richiesta degli esami e la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio;				
	a)	Vi è evidenza della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione multidimensionale e la presa in carico multidisciplinare e multi professionale;				



Fase 2: Implementazione	b)	Vi è evidenza dell'attuazione del Piano Individualizzato elaborato sulla base dei bisogni individuali e basato sulla valutazione multidimensionale delle condizioni e delle necessità dei pazienti e sui risultati dei test diagnostici, che oltre a comprendere la pianificazione delle attività assistenziali contiene informazioni riguardanti:			
		1. Valutazioni cliniche, ambientali e strumentali;			
		2. Il percorso di cura;			
		3. La valutazione e la gestione del dolore attraverso l'uso di strumenti standardizzati e validati e l'evidenza dell'applicazione di un'appropriata terapia del dolore secondo le migliori evidenze scientifiche.			
		4. Somministrazione dei medicinali;			
		5. Interventi riabilitativi;			
		6. Professionisti coinvolti			
	c)	Vi è evidenza dell'applicazione del piano nutrizionale per ciascun paziente;			
	d)	E' identificato per ogni paziente un case-manager responsabile anche dei rapporti con i familiari. Il Paziente e i familiari/caregiver sono informati delle responsabilità individuate in relazione alla presa in carico e gestione;			
	e)	Vengono attuate attività finalizzate a favorire il coinvolgimento dei familiari del paziente e a promuovere la salute in relazione alle patologie trattate con il coinvolgimento del paziente e dei familiari;			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza della verifica da parte dell'organizzazione, dell'applicazione:			
		o delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale di ciascun paziente e dei protocolli per la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;			
		o dei protocolli e delle procedure per la valutazione e la gestione del dolore;			
		o le procedure per la gestione della nutrizione enterale e parenterale;			
		o le procedure per la corretta idratazione del paziente in accordo con la tolleranza dei fluidi;			
		o le procedure per la gestione e la somministrazione dei medicinali;			
		o le procedure per la corretta gestione delle richieste di esami e la corretta gestione dei campioni di laboratorio.			

Fase 4: Miglioramento della qualità	b)	Vi è evidenza dell'esecuzione di Audit necessari a qualificare nel tempo la prestazione, verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata, pianificare il trasferimento e/o la dimissione in altri setting assistenziali. I riscontri sono annotati nella documentazione sanitaria/socio-assistenziale;			
	c)	Vi è evidenza di una rivalutazione e della revisione del percorso clinico quando è rilevato un cambiamento delle condizioni o della diagnosi del paziente (i riscontri sono registrati all'interno della Cartella clinica integrata elettronica);			
	d)	Vi è evidenza della periodica valutazione del rischio nutrizionale e i risultati di tali valutazioni sono registrati e monitorati all'interno del piano nutrizionale;			
	e)	Vi è evidenza del controllo e del monitoraggio degli effetti collaterali dei farmaci.			
	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione dell'Ospedale di Comunità effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità: o dei protocolli, delle linee guida e delle procedure per la valutazione iniziale multidimensionale del paziente; o del trasferimento delle informazioni all'interno del processo di cura; o della politica per la promozione della salute.			
6.2. La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:					
6.2.2. Passaggio in cura (continuità assistenziale)					
Fattore/ criterio 6	E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini				
Requisito 6.2.2	Passaggio in cura (continuità assistenziale)				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L'organizzazione ha definito, approvato e diffuso programmi di prosecuzione delle cure a domicilio che prevedono l'educazione e l'addestramento dell'ospite e dei familiari su tematiche che riguardano: procedure di emergenza, l'uso sicuro dei medicinali e dei presidi medici, le potenziali interazioni tra cibo e medicinali, la guida alla nutrizione del paziente, la terapia del dolore e le tecniche di riabilitazione.			
Fase 2: Implementazione	a)	Esiste evidenza che il paziente e i familiari/caregiver siano informati sul proseguimento delle cure;			



	b)	Sono attuati programmi di dimissione protetta e/o assistita per i pazienti che richiedono continuità di cura e programmi di prosecuzione delle cure a domicilio e vi è evidenza delle attività di educazione e addestramento di pazienti e familiari/caregiver ;			
	c)	Vi è evidenza che tutta la documentazione sanitaria del paziente è a disposizione degli operatori sanitari, sociosanitari e sociali in ogni momento;			
	d)	Vi è evidenza che sia fornita al paziente specifica relazione clinica finale per il medico curante;			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione dei processi, dei protocolli e delle linee guida per la continuità assistenziale dei pazienti e il coordinamento delle cure (appropriatezza dei trasferimenti, della dimissione dei pazienti);			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione dell'Odc effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei processi relativi alla continuità assistenziale, ai passaggi in cura, e alle dimissioni.			
6.2.3 .La presenza di percorsi assistenziali che comprendono:					
6.2.3. Monitoraggio e valutazione					
Fattore/ criterio 6	E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti ed i cittadini				
Requisito 6.2.3	Monitoraggio e valutazione				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L'organizzazione ha selezionato gli indicatori chiave per la valutazione della performance clinico-assistenziale.			
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione del grado di conformità delle attività ai protocolli e alle linee guida EBM/EBN secondo quanto previsto dalle procedure (ad es. monitoraggio dei tempi, delle modalità e dei contenuti della presa in carico, della valutazione iniziale e del piano di trattamento, della continuità assistenziale e dimissione);			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza dell'aggiornamento in termini di efficacia ed affidabilità dei sistemi di misura degli esiti, della performance clinica, della qualità dei percorsi di cura.			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione dell'Odc effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della qualità dei sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità del Percorso di cura.			

6.3. La modalità di gestione della documentazione sanitaria/socio-assistenziale che deve essere redatta, aggiornata, conservata e verificata secondo modalità specificate, al fine di garantirne la completezza rispetto agli interventi effettuati; la rintracciabilità; la riservatezza (privacy)

Fattore/ criterio 6	<i>E' buona prassi che l'organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i</i>			
Requisito 6.3	<i>La modalità di gestione della documentazione sanitaria e socio assistenziale</i>			
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'	PR	NS	NAP/NV
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	L'organizzazione ha formalizzato e diffuso un documento che definisce: o i requisiti per la redazione, l'aggiornamento, la conservazione e la verifica della documentazione sanitaria nonché le modalità di controllo e l'implementazione di azioni correttive se necessarie; o uno specifico campo nella documentazione sanitaria dedicato alla riconciliazione dei farmaci e di altre tecnologie (transition) ai fini della sicurezza dei pazienti nei trasferimenti di setting assistenziali;		
		E' previsto, per ogni paziente, un Piano individualizzato di assistenza (PAI) elaborato sulla base dei bisogni individuati, che preveda obiettivi assistenziali e di salute misurabili, articolazione degli interventi con individuazione dei tempi di realizzazione;		
Fase 2: Implementazione	a)	o la tracciabilità degli elementi che caratterizzano la presa in carico del paziente, il processo assistenziale e la continuità assistenziale; o gli strumenti di valutazione standardizzati utilizzati;		
	b)	o tutti gli elementi previsti per assolvere al debito informativo regionale; o eventuali elementi di rischio per il paziente. La comunicazione e l'invio della documentazione sanitaria e socio assistenziale ai professionisti all'interno della struttura sociosanitaria e ai colleghi di strutture esterne è garantita in tempo utile.		
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza dei risultati del monitoraggio e della valutazione da parte dell'organizzazione: o della qualità della documentazione sanitaria; o della tracciabilità delle attività di valutazione e delle attività di presa in carico dei pazienti all'interno della documentazione sanitaria; o del soddisfacimento delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione;		
		Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione dell'Odc effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento		
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	o della qualità della documentazione sanitaria/socio-assistenziale;		



		☐ della sicurezza nell'accesso e tenuta dei dati contenuti nella documentazione sanitaria, ivi compresa la loro integrità;			
7° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA					
“L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”					
Per corrispondere a tale criterio ogni struttura che eroga prestazioni residenziali e semiresidenziali per disabili dovrà documentare il soddisfacimento dei seguenti requisiti:					
7.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche					
7.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi					
7.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi					
7.4 Strategie sistematiche di comunicazione, formazione e sviluppo di competenze					
7.1 Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche					
Fattore/ criterio 7	L’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati				
Requisito 7.1	Approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche				
Campo d’applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA’				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione	a)	La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso protocolli, linee guida, e procedure per la corretta gestione del paziente, formulate secondo i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i>			
	a)	Vi è evidenza della messa in atto di protocolli, linee guida e/o procedure per la corretta gestione del paziente in linea con i principi della <i>Evidence Based Medicine</i> e della <i>Evidence Based Nursing</i> ;			
	b)	Vi è evidenza dell’accessibilità al personale dei regolamenti interni di protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza;			
	c)	Vi è evidenza dell’implementazione di tutte le buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza;			
	d)	Vi è evidenza del coinvolgimento del personale nell’implementazione e nell’applicazione dei protocolli, linee guida, procedure, attraverso la diffusione delle conoscenze necessarie alla loro attuazione e la formazione specifica sui protocolli di assistenza ad essi correlati.			
Fase 2: Implementazione	a)	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione periodica:			
		☐ dell’appropriatezza delle prestazioni da parte dei professionisti sanitari;			
		☐ dell’applicazione dei protocolli, linee guida e/o dei Percorso di cura individuale;			

		o dell'applicazione delle buone pratiche e delle raccomandazioni ministeriali.			
Fase 3: Monitoraggio	b)	Vi è evidenza dello svolgimento di audit multidisciplinari e/o multiprofessionali e sistematici per confrontare la pratica corrente con le linee guida basate sulle evidenze, i protocolli e i percorsi di cura/ assistenza definiti dall'organizzazione. I risultati dell'audit vengono comunicati al personale;			
	c)	Vi è evidenza della rivalutazione e dell'aggiornamento periodico dei regolamenti interni e delle linee guida sulla base delle evidenze cliniche disponibili.			
	a)	Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione dell'OdC, implementa specifiche azioni per il miglioramento dell'approccio alla pratica clinica secondo evidenze scientifiche e dell'appropriatezza delle prestazioni.			
7.2 Promozione della sicurezza e gestione dei rischi					
Fattore/ criterio 7	L'efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati				
	promozione della sicurezza e gestione dei rischi				
Requisito 7.2	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Campo d'applicazione	a)	L'organizzazione ha definito, formalizzato e diffuso il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria basato sulle attuali conoscenze scientifiche, sulle linee guida della pratica comunemente accettate (ad esempio linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani e altre linee guida), sulla legislazione e la normativa vigenti in materia e sugli standard di igiene e pulizia e pulizia pubblicati da enti locali o nazionali.	PR	NS	NAP/NV
	b)	Il programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria prevede lo stanziamento di risorse adeguate, l'uso di dispositivi e tecniche di precauzione, l'utilizzo di procedure di isolamento, misure di barriera ed igiene delle mani, attività di sorveglianza microbiologica, sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, lo smaltimento dei rifiuti e degli aghi taglienti e prevede la definizione di sistemi di reporting delle infezioni correlate all'assistenza;			
	c)	E' presente ed è stato formalizzato un piano annuale per la gestione del rischio (PARS), che deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione. Il piano comprende la prevenzione ed il controllo di: i. sindrome da immobilizzazione; ii. lesioni da pressione; iii. gestione dei cateteri; iv. cadute dei pazienti; v. somministrazione dei farmaci;			
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione					



		vi. corretta alimentazione e idratazione;			
		vii. disturbi comportamentali e sintomi di depressione.			
		Tale piano deve contemplare ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione e deve essere approvato dalla Direzione. Il piano prevede la definizione di obiettivi specifici e misurabili;			
d)		L'organizzazione ha definito formalizzato e diffuso protocolli, linee guida e procedure per la programmazione di attività di valutazione del rischio derivante dagli esiti inattesi dei trattamenti;			
e)		Vi è evidenza di un Piano di formazione e aggiornamento sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.			
		L'organizzazione ha individuato le aree e i processi a rischio. In particolare sono individuati e gestiti i processi relativi a:			
a)		1. la corretta identificazione del paziente;			
		2. l'esecuzione delle principali manovre strumentali previste;			
		3. la corretta gestione dei dispositivi medici durante le attività;			
		4. la gestione di situazioni d'emergenza clinica e il trasferimento del paziente in idonea struttura;			
		5. la corretta raccolta, gestione e trasporto sicuro dei campioni di laboratorio.			
		Vi è evidenza della messa in atto:			
		o del piano annuale aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente e del controllo e monitoraggio dei seguenti rischi:			
b)		i. sindrome da immobilizzazione;			
		ii. lesioni da pressione;			
		iii. gestione dei cateteri;			
		iv. cadute dei pazienti;			
		v. somministrazione dei farmaci;			
		vi. corretta alimentazione e idratazione;			
		vii. disturbi comportamentali e sintomi di depressione.			
		o del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza e del sistema di reporting delle infezioni correlate all'assistenza			

Fase 2: Implementazione



		o del piano di formazione e aggiornamento aziendale sulla gestione del rischio clinico e sulle modalità di gestione degli eventi avversi.			
	c)	Vi è evidenza della completezza e della tracciabilità nella documentazione sanitaria dell'applicazione delle procedure per la corretta somministrazione dei medicinali e degli emoderivati;			
Fase 3: Monitoraggio	a)	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'adeguatezza e dell'efficacia del programma di prevenzione e riduzione delle infezioni associate all'assistenza;			
	b)	Vi è evidenza del monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti;			
	c)	Vi è evidenza del monitoraggio e della rivalutazione (ogni 2 anni) delle aree a rischio dell'organizzazione, dei processi e delle procedure ad alto rischio; l'organizzazione produce e diffonde almeno un report annuale sui risultati raggiunti in materia di rischio.			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	La Direzione dell'Odc effettua una valutazione delle priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi.			
7.3 Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi					
Fattore/ criterio 7	L'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati				
Requisito 7.3	Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1: Documenti di indirizzo e pianificazione		La Direzione ha definito, formalizzato e diffuso:			
	a)	- o un sistema per l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di: near miss, eventi avversi ed eventi sentinella; - o modalità e procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi, la gestione dell'impatto di un evento avverso sugli operatori, la comunicazione esterna			
	a)	Vi è evidenza della partecipazione al flusso di segnalazione previsto dalla normativa nazionale;			
	b)	E' presente evidenza dei risultati di un'analisi retrospettiva su eventi avversi, incidenti, near miss manifestati durante l'episodio di trattamento, cura/assistenza;			
	c)	Vi è evidenza dell'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi segnalati attraverso le metodologie di analisi disponibili in letteratura (Root cause analysis, Audit clinico, Significant event audit) e azioni sistematiche di verifica della sicurezza (Safetywalkround) che prevedano il coinvolgimento multidisciplinare e/o multiprofessionale degli operatori e la predisposizione, in seguito all'indagine condotta, di piani di azione e relativi indicatori di monitoraggio.			

Fase 2: Implementazione	d)	Vi è evidenza dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza (es scheda unica di terapia);			
	e)	il personale implementa le azioni previste e codificate dalle procedure per la comunicazione ai pazienti e/o familiari degli eventi avversi			
	f)	i pazienti/familiari/caregiver possono segnalare incidenti o situazioni rischiose di cui sono stati testimoni.			
	g)	Vi è evidenza dell'identificazione e dell'applicazione di soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività;			
	h)	vi è evidenza dell'implementazione del programma per lo sviluppo di competenze specifiche per la analisi degli eventi avversi;			
Fase 3: Monitoraggio	a)	vi è evidenza del monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e della valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;			
	b)	vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;			
	c)	l'organizzazione divulga agli operatori almeno una volta l'anno i risultati delle analisi sulle segnalazioni rilevate;			
	d)	vi è evidenza del monitoraggio dell'applicazione di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, checklist ed altri strumenti per la sicurezza.			
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)	I dati del monitoraggio sono utilizzati per studiare le aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi;			
	b)	vi è evidenza della valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.			
8° CRITERIO/FATTORE DI QUALITÀ – UMANIZZAZIONE					
<i>"L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica è, un impegno comune a tutte le strutture"</i>					
8.1 Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza					
8.1 Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza					
Fattore/ criterio 8	L'impegno a rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica. è un impegno comune				
Requisito 8.1	Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza				
Campo d'applicazione	OSPEDALE DI COMUNITA'				
Fase 1. Documenti di			PR	NS	NAP/NV
	La Direzione ha definito e formalizzato: o un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti, pazienti e loro familiari;				



Fase 1: Individuazione di indirizzo e pianificazione	a)	- o specifici requisiti per il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; - o procedure per la pianificazione e la gestione del percorso di accompagnamento alla morte con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari.			
	a)	Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali - organizzative) orientate a migliorare: - o l'accessibilità degli utenti; - o l'accoglienza degli utenti tenendo conto delle differenti esigenze relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica; tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità dei pazienti).			
Fase 2: Implementazione	b)	Vi è evidenza dell'implementazione da parte dell'organizzazione e del personale di attività (assistenziali - organizzative) orientate a migliorare il comfort delle aree di degenza, in particolare deve essere assicurato: - o il rispetto della privacy durante l'esecuzione delle prestazioni; - o la possibilità di scelta nel menu, tenendo conto delle specificità religiose ed etniche.			
	c)	Vi è evidenza che la Direzione dell'OdC ha implementato un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti pazienti e loro familiari che preveda almeno: - o la formazione dei professionisti alle abilità procedurali e alle attività di counselling (empatia, congruenza, accettazione incondizionata, comunicazione di cattive notizie); - o partecipazione del paziente al processo assistenziale come esperto della propria situazione; - o l'adozione di modalità di lavoro secondo la logica dell'équipe multidisciplinare; Vi è evidenza dell'adozione da parte dell'organizzazione di processi per la gestione del percorso di accompagnamento alla morte a supporto del paziente e dei suoi familiari.			
	d)	Vi è evidenza dello svolgimento di un Audit multidisciplinare.			
	a)	La Direzione dell'OdC individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento della personalizzazione dell'assistenza.			
Fase 3: Monitoraggio	a)				
Fase 4: Miglioramento della qualità	a)				