

REGIONE
ABRUZZO



LINEE DI INDIRIZZO DELLA REGIONE ABRUZZO Ospedale di Comunità

Sommario

ACRONIMI/ABBREVIAZIONI.....	4
PREMESSA.....	5
1. DEFINIZIONE DI OSPEDALE DI COMUNITÀ	6
2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO	6
2.1 Linee generali	6
3. GLI OBIETTIVI DELL’OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	7
4. LE SEDI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ NELLA REGIONE ABRUZZO	7
5. I POSTI LETTO PREVISTI.....	8
6. TARGET DI UTENZA.....	8
7. RESPONSABILITÀ.....	9
8. STANDARD DI PERSONALE.....	12
9. GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA	13
10. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.....	13
11. MODALITÀ DI ACCESSO	13
12. VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE	15
13. VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA	15
13.1 Il modello Tri-Co (Triage di Corridoio) di utilizzo nell’Ospedale di Comunità	17
14. LE PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI.....	18
15. PROCEDURE DI RICOVERO.....	18
15.1 Ammissione nella struttura	18
15.2 Richiesta di Visite specialistiche	19
15.3 Prescrizione di farmaci, dispositivi, presidi	19
15.4 Fornitura di ausili e dispositivi.....	19
16. UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA NELL’OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	19
16.1 Definizione di Telemedicina	19
16.2 Attivazione dei servizi di Telemedicina	21
16.3 Gli interventi di telemedicina realizzabili nell’ambito dell’OdC	21
16.4 Il Servizio Help Desk di Telemedicina	21
17. LA TELEVISITA	21
18. IL TELECONSULTO MEDICO	22
19. LA TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA	22
20. IL TELEMONITORAGGIO.....	23
21. IL TELECONTROLLO.....	23
22. LA GESTIONE DEGLI ALLARMI.....	24
23. ASPETTI TECNOLOGICI DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA.....	24

24.	CARATTERISTICHE DI BASE CHE DEVONO ESSERE PREVISTE PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI IN TELEMEDICINA.....	24
25.	STRUMENTI DIGITALI DI TELEMEDICINA	25
26.	DOTAZIONE TECNOLOGICA E STRUMENTALE STANDARD	25
27.	LE PROCEDURE	26
28.	DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	27
29.	LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	27
30.	LA FORMAZIONE DEL PERSONALE.....	29
31.	LA FORMAZIONE IN TELEMEDICINA	29
32.	PRIVACY	30
33.	FLUSSI INFORMATIVI	30
34.	I REQUISITI GENERALI	30
35.	LA CARTA DEI SERVIZI	32
36.	UMANIZZAZIONE DELLE CURE.....	32
37.	BIBLIOGRAFIA/RIFERIMENTI NORMATIVI.....	34

ACRONIMI/ABBREVIAZIONI

COT	<i>Centrale Operativa Territoriale</i>
OdC	<i>Ospedale di Comunità</i>
IFoC	<i>Infermieri di Famiglia o Comunità</i>
M6C1	<i>Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1)</i>
LR	<i>Legge Regionale</i>
MMG	<i>Medici di Medicina Generale</i>
PLS	<i>Pediatria di Libera Scelta</i>
NGEU	<i>Next Generation EU</i>
OSS	<i>Operatore Socio-Sanitario</i>
PNRR	<i>Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza</i>
GDPR	<i>General Data Protection Regulation</i>
IDA	<i>valutazione dell'Indice di dipendenza assistenziale infermieristica</i>
MEWS	<i>MODIFIED EARLY WARNING SCORE</i>
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i>
CPSS	<i>Cincinnati Prehospital Stroke Scale</i>
Tri-Co	<i>Triage di corridoio</i>
UVM	<i>Unità di Valutazione Multidimensionale</i>
EMST	<i>Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina</i>

PREMESSA

La Commissione Europea, il Parlamento Europeo e i leader dell'Unione Europea (UE) hanno varato un piano a sostegno dei paesi membri dell'Unione Europea per riparare i danni economici e sociali causati dalla Pandemia di COVID-19 e rilanciare l'economia dell'UE.

Il Piano, noto come “*Next Generation EU (NGEU)*”, ha stanziato 750 miliardi di euro e assegna all'Italia un totale di 191,5 miliardi di euro.

Il Governo italiano, a seguito del “Programma UE” ha approvato il “*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*”; il PNRR si articola in 6 Missioni, ciascuna delle quali caratterizzata da Componenti (in totale 16), a loro volta articolate in investimenti con il corrispettivo importo assegnato.

Il PNRR rappresenta quindi il motore per la programmazione degli investimenti e delle riforme che l'Italia prevede di attuare entro il 2026.

All'interno della Missione 6 “*Salute*” Componente 1 (M6C1) “*Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*”, sono state individuate 3 linee di investimento da attuare entro la metà del 2026.

La Linea di investimento 1.3: “*Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)*”, mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come, ad esempio, quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. (Fonte PNRR).

La normativa vigente e gli atti concertivi di riferimento: DM 70/2015; Patto per la Salute 2014/2016 e Piano della Cronicità ne definiscono le finalità. L'Intesa Stato-Regioni sancito il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR) ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità pubblici o privati, in coerenza con il Patto per la salute 2014-2016 e a quanto previsto dal D.M. 70 del 2 aprile 2015.

A supporto ed attuazione delle funzioni degli Ospedali di Comunità (di seguito OdC), sono stati emanati decreti nazionali come il DM 77 “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022*”.

La Regione Abruzzo con la DGR n. 263 del 24 maggio 2022 ha approvato il Piano Operativo Regionale Missione 6 Salute PNRR e schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (C.I.S.) di cui al Decreto del Ministero della Salute 5 aprile 2022 ed ulteriori disposizioni, sottoscritto dal Presidente della Giunta Regionale; con la D.G.R. n. 773 del 13/12/2022 ha recepito il D.M. 77/2022 ed ha approvato il “*Piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo*”, che definisce gli obiettivi, le funzioni e localizza le sedi sul territorio delle Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.

L'obiettivo generale è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per la popolazione di riferimento.

1. DEFINIZIONE DI OSPEDALE DI COMUNITÀ

L’Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria “intermedia” posta tra l’assistenza domiciliare e l’ospedaliera, può essere di natura pubblica o privata, in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DM 70/2025 e al DM 77/2022. Nell’Ospedale di Comunità è garantita la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi.

L’assistenza afferisce alla rete di offerta delle cure primarie, la funzione intermedia si esplica mettendo in connessione il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e/o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei in base al prevalere di fabbisogni:

- sociosanitari;
- di stabilizzazione clinica;
- di recupero funzionale e di autonomia.

Il tempo di degenza è breve la durata massima è di 30 giorni, che potrà prolungarsi ulteriormente solo in casi eccezionali, motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte.

Il DM 70/2015, definisce l’OdC come “(...)una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche”.

L’Intesa del 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) di definizione sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità; in cui si sottolinea nuovamente il ruolo dell’OdC definendolo come “una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio”.

2. IL MODELLO ORGANIZZATIVO

2.1 Linee generali

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;
- i servizi di emergenza urgenza territoriali.

L’organizzazione dell’OdC deve garantire l’interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell’assistenza nell’ambito dei PDTA e dei PAI/PRI per ogni singolo paziente, compresi i servizi sociali dei comuni.

Al fine di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale devono essere definite procedure operative specifiche per l’integrazione con la Centrali Operative Territoriali (COT).

Le Aziende Sanitarie Locali, inoltre, predispongono specifiche procedure e protocolli per l’esecuzione di esami di diagnostica specialistica volti a valutare la stabilità clinica del paziente ricoverato.

Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e possono essere utilizzati sia per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero sia per tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente.

“La gestione delle attività dell’OdC è riconducibile all’organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie”. (Intesa S.R. Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020)

La gestione e le attività all’interno dell’OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. L’équipe, coordinata dal Responsabile sanitario della struttura, è costituita da MMG/PLS/MCA, Medici specialisti, Infermieri, fisioterapisti e altri professionisti che all’uopo possono entrarvi a far parte.

3. GLI OBIETTIVI DELL’OSPEDALE DI COMUNITÀ

L’OdC garantisce continuità assistenziale e risponde ad una sempre più impellente esigenza di flessibilità nella gestione organizzativa dei percorsi di cura.

Gli obiettivi che si pone l’OdC sono:

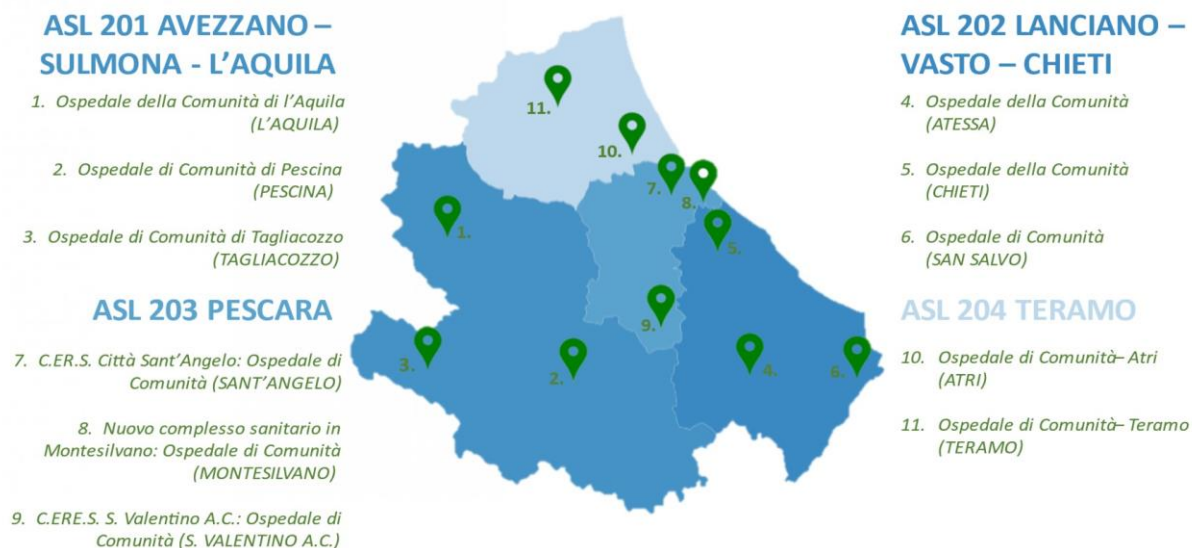
- ridurre gli accessi impropri ai servizi sanitari come il Pronto Soccorso, le unità operative ospedaliere o ad altre prestazioni specialistiche;
- facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l’ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti;
- reintegrare a domicilio i pazienti tramite l’attivazione della COT che coordina le funzioni del PUA, della UVM e dei servizi sociali e sanitari disponibili;
- fornire un’alternativa al ricovero ospedaliero per pazienti in fase post acuta o per soggetti con patologie cronico – degenerative in fase di riacutizzazione;
- ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate;
- monitorare lo stato clinico dei pazienti;
- consolidare i risultati terapeutici e i trattamenti clinici raggiunti nella fase acuta della malattia nel corso della degenza ospedaliera;
- prevenire riacutizzazioni della malattia;
- promuovere l’*empowerment* del paziente, renderlo informato, consapevole e partecipe al processo di cura;
- formare il familiare/caregiver alla gestione delle nuove condizioni cliniche del paziente;
- riconoscimento di eventuali sintomi suggestivi di instabilità clinica anche attraverso l’utilizzo da parte del personale di semplici dispositivi per la rilevazione dei parametri vitali;
- ritardare e/o evitare l’istituzionalizzazione a carattere definitivo in strutture residenziali, insorte a causa di difficoltà familiari e sociali nella gestione delle mutate condizioni della persona;
- favorire la presa in carico globale della persona attraverso un progetto assistenziale individuale;
- educare la persona allo sviluppo di competenze e abilità di autocura;
- promuovere la *compliance* al piano terapeutico.

4. LE SEDI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ NELLA REGIONE ABRUZZO

Secondo il DM 77, *“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, RSA, ecc. oppure essere situato in una struttura ospedaliera (ma sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell’assistenza territoriale distrettuale)”.*

L’OdC allestito presso strutture in cui coesistono Casa della Comunità Hub, servizi di cure domiciliari e COT, consente di mettere a sistema tutte le energie e le risorse disponibili.

Figura 1 - Mappatura degli Ospedali di Comunità sul territorio abruzzese



5. I POSTI LETTO PREVISTI

I posti letto previsti dalla normativa sono di regola fissati tra 15 e 20, in base alle esigenze territoriali si può estendere la disponibilità fino ad un massimo di due moduli da 20, adeguando le risorse professionale al numero di assistiti.

Posti letto dedicati a pazienti in condizioni particolari

“Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti letto dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l’istituzionalizzazione e l’ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei”. (cfr. Piano Nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza unificata – Rep. Atti n. 135/CRS).

Posti letto pediatrici

“In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti”. (DM77)

6. TARGET DI UTENZA

L’accesso è rivolto a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, ma che necessitano di assistenza sanitaria infermieristica continuativa nelle 24 ore, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare).

Possono accedere all'OdC, anche persone provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica che manifestano la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare, su richiesta del MMG.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

- *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;*
- *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;*
- *pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;*
- *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. (DM 77)*

Vista la tipologia di pazienti, si tratta quindi di una **elevata complessità assistenziale** a fronte di una **bassa intensità di cure**.

7. RESPONSABILITÀ

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

La responsabilità igienico sanitaria, clinica, organizzativa e gestionale complessiva (Responsabile sanitario) della struttura è in capo al Direttore del Distretto e affidata ad un Dirigente medico designato dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

Il Responsabile clinico/sanitario dell'OdC (o in sua assenza un suo delegato) cura i seguenti aspetti:

- corretta e puntuale erogazione delle cure secondo il PAI/PRI/PDTA in condivisione con il MMG/PLS;
- programmazione, organizzazione e gestione del percorso assistenziale definito ed attivato in accordo con il coordinatore infermieristico, il *case manager*, gli infermieri e altri professionisti che partecipano al percorso di cura;
- compilazione, per la parte di propria competenza, della cartella clinica fino alla chiusura della stessa e redazione della lettera di dimissione;
- cure mediche routinarie, ammissioni e dimissioni dal lunedì al sabato;
- monitoraggio dell'andamento clinico quotidiano in collaborazione con il personale infermieristico coinvolto nell'assistenza;
- gestione delle liste di attesa per l'inserimento degli utenti secondo criteri di trasparenza e di priorità;
- valutazione dell'appropriatezza della proposta di ricovero;
- gestione del percorso di assistenza con i medici di MMG/PLS;

- richiesta di eventuale valutazione della UVM;
- controllo e promozione della qualità del servizio erogato;
- colloquio con familiari dei ricoverati in orari e modalità stabilite;
- verifica del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari anche tramite delega affidata al coordinatore infermieristico della struttura;
- applicazione delle norme di sicurezza;
- piano di emergenza, antincendio, evacuazione;
- gestione dei farmaci e dei dispositivi in collaborazione con il coordinatore infermieristico;
- gestione e conservazione della documentazione in collaborazione con il coordinatore infermieristico;
- gestione del rischio clinico;
- promozione di percorsi di formazione ECM.

Il Medico del ruolo unico di assistenza primaria (ACN 4 aprile 2024)

La partecipazione dei MMG/PLS concorre ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa; il medico del ruolo unico di assistenza primaria*“assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente”(.....), “si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione”.*

Il Medico del ruolo unico di assistenza primaria garantisce la continuità dell'assistenza per tutti i giorni della settimana e secondo quanto previsto dall'articolo 44 dell'ACN 4 aprile 2024.

L'art. 44 fornisce indicazioni sull'attività assistenziale a prestazione oraria del medico del ruolo unico di assistenza primaria, in particolare:

comma 1. *“L'attività oraria è coordinata funzionalmente ed organizzativamente a livello distrettuale e rivolta agli assistiti dell'AFT e/o dell'UCCP di riferimento”;*

comma 2. *“Le Aziende si avvalgono dei medici del ruolo unico per lo svolgimento delle suddette attività presso le sedi delle AFT, UCCP, Case della Comunità hub e spoke, Ospedali di Comunità...”;*

comma 4. lettera c) *“organizzazione della continuità dell'assistenza in orario diurno e con ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00), anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, secondo protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza 118.*

comma 9 *“Gli Accordi regionali ed aziendali possono individuare, nello svolgimento dell'attività oraria, ulteriori compiti e modalità di partecipazione del medico alle attività previste nelle nuove forme organizzative”.*

Al fine di garantire la continuità delle cure, le Aziende Sanitarie Locali assicurano la presenza del Responsabile Sanitario indicato dalla ASL o suo sostituto tutti i giorni dalle ore 08:00 alle 14:00 (dal lunedì al sabato).

Il personale infermieristico, per i casi non urgenti, ma che richiedono comunque un parere medico, possono rivolgersi nelle ore pomeridiane al medico del ruolo unico di assistenza primaria dell'assistito e dalle ore 20:00 al medico del ruolo unico di assistenza primaria a prestazione oraria, secondo l'organizzazione della ASL e in base a turnazioni predisposte dal direttore del distretto in condivisione con il coordinatore della forma organizzativa multiprofessionale (UCCP art. 10 ACN 4 aprile 2024) e con il referente della AFT (art. 30 ACN 4 aprile 2024).

Il Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore Infermieristico è una figura in possesso dei requisiti previsti dalla L. 1 febbraio 2006 n. 43 e successive modifiche. Ha la responsabilità, come posizione di dirigenza intermedia di organizzare e gestire la risorsa umana e le attività nel rispetto della programmazione generale orientandole al perseguimento degli obiettivi aziendali.

In sintesi, è responsabile delle seguenti attività:

- pianificazione e gestione delle attività professionali/lavorative;
- pianificazione e gestione del cambiamento e dei progetti innovativi;
- gestione del personale infermieristico e OSS;
- valutazione del personale infermieristico e OSS attraverso il sistema premiante;
- applicazione delle norme comportamentali e disciplinari;
- collaborazione con il responsabile sanitario alla verifica del rispetto della normativa sulla tutela della salute dei lavoratori e della sicurezza dell'ambiente di lavoro;
- valutazione del fabbisogno formativo del personale e promozione di eventi ECM;
- costruzione di relazioni collaborative e interprofessionali;
- gestione dei farmaci e dei dispositivi in collaborazione con il Responsabile sanitario;
- gestione delle risorse materiali e tecnologiche;
- verifica del corretto smaltimento dei rifiuti sanitari;
- promozione del processo di digitalizzazione tramite il sistema di Telemedicina;
- valutazione dell'efficacia delle attività infermieristiche;
- promozione dei processi di miglioramento e della qualità;
- gestione del rischio clinico.

L'Infermiere Case Manager

Il *case manager* è un infermiere formato sul modello del *case management*, è un professionista che gestisce uno o più casi garantendo la corretta applicazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, facendo in modo che il paziente sia sempre al centro del processo di assistenza e cura.

Il *case manager* provvede:

- ad assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale in collaborazione con le figure professionali coinvolte nel percorso di cura;
- alla cura e alle relazioni tra il paziente, la famiglia, i servizi territoriali e la COT;
- ad attivare la procedura di dimissione protetta, tramite la COT verso i *setting* dell'assistenza territoriale;
- a coordinare, in collaborazione con il responsabile sanitario, il coordinatore infermieristico e la COT, la dimissione protetta;
- a supportare l'équipe nell'applicazione corretta della Telemedicina;
- alla fornitura degli ausili prescritti, per renderli disponibili al rientro al domicilio;
- a pianificare, in collaborazione con gli infermieri dell'OdC, un programma di potenziamento delle capacità di auto-cura e gestione delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche del paziente e del familiare/*caregiver*, attraverso la formazione e l'addestramento.

L'Infermiere dell'équipe assistenziale

L'infermiere che compone l'équipe assistenziale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica secondo quanto sancito dal DM n. 739 del 14 settembre 1994, "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*".

Il personale infermieristico ha la responsabilità di garantire l'assistenza ai pazienti nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori sociosanitari (OSS). I piani di nursing sono modulati sui PAI/PRI/PDTA specifici stabiliti per singolo paziente. Il monitoraggio clinico/assistenziale è effettuato attraverso l'uso di scale validate, in grado di rilevare immediatamente uno scostamento dai valori standard di riferimento.

Le principali funzioni dell'infermiere

- partecipazione alla identificazione dei bisogni di salute della persona e formulazione dei relativi obiettivi di cura.
- pianificazione, gestione e valutazione degli interventi assistenziali infermieristici;
- formazione del personale di supporto e partecipazione all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca;
- applicazione corretta delle prescrizioni diagnostiche – terapeutiche;
- collaborazione con gli altri professionisti coinvolti nei PAI/PRI e PDTA;
- documentazione sistematica della propria attività sulla cartella infermieristica;
- promozione dell'*empowerment* del paziente e del *caregiver*;
- gestione dei dati clinici e alimentazione dei flussi informativi di propria competenza;

L'Operatore Socio-Sanitario

La figura è stata istituita dall'Accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001, un decreto che ha unificato le precedenti professionalità ausiliarie che operavano in ambito sociosanitario.

L'Art. 2 del Decreto ne descrive il profilo definendo l'operatore sociosanitario come l'operatore che, a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzata a:

- soddisfare i bisogni primari della persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, in un contesto sia sociale che sanitario;
- favorire il benessere e l'autonomia dell'utente.

L'art. 4 del Decreto definisce il contesto relazionale specificando che l'operatore sociosanitario svolge la sua attività in collaborazione con gli altri operatori professionali preposti all'assistenza sanitaria e a quella sociale, secondo il criterio del lavoro multiprofessionale.

Le attività dell'operatore sociosanitario, in sintesi, sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita:

- assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero;
- intervento igienico-sanitario e di carattere sociale;
- supporto gestionale, organizzativo e formativo.

8. STANDARD DI PERSONALE

Lo standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto dovrà essere garantito dalla presenza delle seguenti figure professionali:

- 7-9 Infermieri, di cui 1 con funzioni di *case manager*, responsabile delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale;
- 1 Coordinatore infermieristico eventualmente condivisibile sui due moduli se presenti nell'OdC;
- 6/9 Operatori Socio Sanitari (OSS) (garantire la presenza nelle 24 ore);
- 1-2 o più unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative;
- 1 Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7;
- 1 assistente sociale part time per favorire la transizione del paziente verso il *setting* di cura più appropriato per le sue condizioni sociali;
- 1 unità di personale amministrativo a costituzione della segreteria amministrativa dell'OdC.

9. GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

La lista d'attesa deve essere gestita secondo i principi di equità e trasparenza a tutela dei diritti dei pazienti, in ossequio alle vigenti disposizioni normative ed in attuazione degli atti programmatori e di indirizzo regionali.

La gestione delle liste di attesa deve essere effettuata in modo informatizzato; se il primo criterio di inserimento nella lista di attesa è quello cronologico della data di ricezione delle richieste di ammissione, devono altresì essere previsti ulteriori criteri di priorità, quali: ammissione di pazienti in possesso dei requisiti di ammissibilità presso l'OdC, dimissibili da Pronto Soccorso o da Unità Operative per la necessità di rendere disponibili posti letto per ricoveri di urgenza/emergenza.

10. GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Per ogni persona assistita si utilizza la cartella clinica/infermieristica informatizzata.

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

La cartella clinica/infermieristica contiene i dati relativi alla persona assistita e le attività svolta, tra cui:

- i dati anagrafici;
- il *caregiver* di riferimento;
- la data di ricovero;
- la diagnosi principale e le comorbidità;
- gli eventuali elementi di rischio sanitario ed assistenziale (es. allergie, cadute);
- il consenso informato al PAI e PRI;
- il consenso informato alle prestazioni di telemedicina;
- l'autorizzazione al trattamento dei dati personali;
- le scale di valutazione utilizzate;
- eventuale PAI/PRI/PDTA;
- schema terapeutico;
- valutazione del dolore;
- piano assistenziale;
- le attività e le prestazioni erogate;
- l'eventuale necessità di ausili e/o presidi;
- i risultati raggiunti;
- data di dimissione
- la lettera di dimissione.

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

11. MODALITÀ DI ACCESSO

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

- Medico di medicina generale;
- Medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- Pediatra di libera scelta;
- Medico ospedaliero, in tal caso si configura una dimissione protetta, che può prevedere anche la valutazione della Unità di Valutazione Multidimensionale e/o Ospedaliera;
- Medico di Pronto Soccorso.

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

L'organizzazione dell'accesso nell'OdC è affidata alla segreteria amministrativa, la quale ha le seguenti funzioni:

- ricezione delle richieste di ingresso in OdC;
- registrazione della data di ricezione;
- trasmissione delle richieste al responsabile sanitario per la valutazione dei requisiti di ammissibilità presso la struttura;
- inserimento delle richieste in lista di attesa, secondo la classe di priorità definite dal responsabile sanitario, previa valutazione dello stesso condivisa con il coordinatore infermieristico, nel rispetto dei principi di equità e trasparenza a tutela dei diritti di tutti i pazienti;
- aggiornamento della disponibilità dei posti letto sulla piattaforma web della Regione;
- coordinamento costante con la COT e le altre strutture della rete territoriale.

Le condizioni di ammissibilità per accedere all'OdC sono:

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

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

Le condizioni di non ammissibilità presso l'OdC sono:

- invio alla COT di "richiesta di ricovero in Ospedale di Comunità" incompleta;
- inquadramento diagnostico non ben definito;
- programma terapeutico non ben delineato;
- presenza di problematiche acute in atto;
- instabilità clinica (Scala MEWS > 2);
- percorso clinico assistenziale non definito;
- paziente con demenza e disturbi comportamentali non controllati dalla terapia;
- richiesta di accesso esclusivamente per problematiche sociali, utilmente risolvibili in altro *setting* assistenziale;

- pazienti affetti da patologia infettiva che necessitano di isolamento, con esclusione dell'isolamento da contatto.
- "Frequenza cardiaca a riposo <40 o ≥ 130 bpm;
- Pressione arteriosa sistolica <70 o ≥ 200 mmHg o diastolica <60 o >120 mmHg;
- Temperatura ascellare $\geq 38,5$ °C;
- Frequenza respiratoria < 9 o ≥ 30 ;
- Stato di coscienza alterato (paziente non vigile);
- Sanguinamento in atto;
- Sospetto o certezza di ischemia miocardica acuta;
- Problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi;
- Insorgenza di patologia infettiva acuta potenzialmente trasmissibile".¹

Nei casi in cui, successivamente alla richiesta di ricovero si manifesta una modifica del quadro clinico, il medico richiedente invia la revoca alla COT, ovvero all'OdC se l'attività della COT non è stata ancora avviata, tramite sistema informatico e/o via PEO.

La transizione tra setting è assicurata dalla COT, alla quale si rivolgono i professionisti richiedenti. La funzione della COT è di coordinare e assicurare l'accesso e la presa in carico del paziente presso l'OdC e verificarne la continuità delle cure.

12. VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

La complessità assistenziale definisce il livello di impegno necessario a soddisfare i bisogni di cure infermieristiche necessarie al paziente.

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

La scala IDA valuta sette dimensioni assistenziali:

- alimentazione;
- eliminazione;
- igiene e comfort;
- mobilitazione;
- procedure diagnostiche;
- procedure terapeutiche;
- percezione sensoriale.

13. VALUTAZIONE DELLA STABILITÀ CLINICA

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

¹ Rivista di Psicogeriatria anno XVII – supplemento 1 – numero 1° gennaio-aprile 2022 "Gli Ospedali di Comunità Proposta di Modello organizzativo"

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

Valuta 5 parametri fisiologici:

- pressione arteriosa sistolica;
- frequenza cardiaca;
- frequenza respiratoria;
- temperatura corporea;
- stato di vigilanza (AVPU).

In base allo score complessivo identifica tre livelli:

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

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

Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

La scala, se inserita nella cartella informatizzata, è in grado di calcolare automaticamente il punteggio associato a specifici *alert*.

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

Tabella 1 - scala MEWS 1

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

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

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

Le scale sopramenzionate possono essere integrate dalla:

- *Chest Pain Score;*
- *quick Sofa (Qsofa)* e *NEWS 2*, fornisce indicazioni per il rischio sepsi;
- *Bedside Pediatric Early Warning Score (PEWS)*, Score di allerta per identificare il deterioramento clinico dei bambini;
- Scala di Rankin;
- Scala Conley;
- *Glasgow Coma Scale.*

13.1 Il modello Tri-Co (Triage di Corridoio) di utilizzo nell'Ospedale di Comunità

È una metodologia di assegnazione dei pazienti alle diverse aree di degenza in base alla valutazione del grado di gravità e di dipendenza, misurata combinando i due sistemi a punteggio MEWS e IDA.

Alla base del Tri-Co vi è il modello per intensità di cure, che prevede l'allocazione del paziente nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, legati, quindi, alla condizione clinica e al bisogno assistenziale.

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

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

14. LE PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI

Le principali patologie trattabili in Ospedale di Comunità sono²:

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

15. PROCEDURE DI RICOVERO

15.1 Ammissione nella struttura

² Rivista di Psicogeriatrica anno XVII – supplemento 1 – numero 1° gennaio-aprile 2022 “Gli Ospedali di Comunità Proposta di Modello organizzativo”

Il responsabile sanitario, all'ammissione del paziente nella struttura, provvede all'apertura della cartella clinica informatizzata:

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

15.2 Richiesta di Visite specialistiche

Le consulenze specialistiche sono garantite dai Medici Ospedalieri del P.O. o dagli specialisti convenzionati secondo procedure stabilite a livello di Aziende Sanitarie locali, che definiscono a tal fine agende dedicate.

15.3 Prescrizione di farmaci, dispositivi, presidi

I farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Ospedaliero sono richiesti dal responsabile sanitario, anche su istanza del MMG/PLS e forniti dal Servizio di Farmacia Ospedaliera.

La farmacia ospedaliera assicura la fornitura di prodotti per la nutrizione artificiale (enterale e parenterale), la cui prescrizione deve rispettare le indicazioni di appropriatezza definite dalle specifiche direttive regionali in materia di nutrizione artificiale extraospedaliera.

15.4 Fornitura di ausili e dispositivi

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

16. UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA NELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

16.1 Definizione di Telemedicina

“Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia, la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.”³

Il modello organizzativo regionale di telemedicina mira a garantire il rafforzamento della presa in carico dei pazienti nell'ottica di percorso di medio-lungo periodo.

³ Linee di indirizzo nazionali Ministero della Salute

La telemedicina è intesa, quindi, come strumento di erogazione aggiuntivo e integrato delle prestazioni e dell'assistenza per i cittadini che vengono introdotti in un percorso di cura, in funzione della patologia da cui sono affetti. I percorsi di cura sono definiti da PAI/PRI/PDTA che devono prevedere al loro interno gli strumenti di telemedicina come possibili modalità di erogazione dei servizi per l'assistenza alla persona. Gli OdC possono avvalersi dei servizi di Telemedicina, per i casi selezionati ritenuti idonei ed in base a specifici PDTA/PAI/PRI.

Il modello organizzativo regionale di Telemedicina prevede una gestione integrata e sinergica di quattro componenti principali.⁴

1. I professionisti:

- il personale sanitario previsto dai protocolli clinici/PDTA per le singole patologie, che a vario titolo intervengono nel percorso di cura del paziente. Figure professionali che vanno a comporre l'Équipe Multi-Specialistica per la Telemedicina (di seguito EMST).

2. I processi:

- di identificazione dei pazienti eleggibili al percorso di cura in Telemedicina;
- di attivazione dei servizi di Telemedicina individuati per il paziente;
- di erogazione dei servizi;
- di gestione logistica dei *device* necessari all'erogazione dei servizi di Telemedicina;
- di abilitazione ai servizi attraverso un piano di formazione e comunicazione rivolto al personale sanitario.

3. Le Tecnologie:

- la Piattaforma Regionale di telemedicina e le relative infrastrutture tecnologiche di supporto al sistema.

4. I Sistema di controllo:

- strumenti in grado di monitorare il livello di adozione dei sistemi digitali.

Ogni PDTA e/o Protocollo clinico individua i professionisti sanitari che hanno in carico la gestione del paziente e individua le relazioni tra di essi (EMST); nel caso di pazienti ricoverati in OdC associati a PDTA specifici per patologie croniche, il responsabile sanitario della struttura può richiedere, per bisogni clinici e assistenziali inerenti la patologia medesima, il supporto dell'équipe multi-specialistica e multiprofessionale di riferimento, anche mediante l'attivazione dei servizi di Telemedicina.

Per ciascuna delle patologie croniche identificate (oncologiche, diabete, respiratorie, neurologiche, cardiologiche), ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) istituisce le specifiche EMST di riferimento. L'équipe è composta dai professionisti individuati all'interno del PDTA di ciascuna patologia e da altre figure che, a vario titolo, intervengono nel percorso di cura del paziente.

Le EMST saranno configurate all'interno della piattaforma di telemedicina e verranno attivate in funzione dell'afferenza territoriale del paziente (es. distretto di residenza) e della tipologia di percorso di cui necessita.

⁴ D.G.R. n. 523 del 30/08/2023 - Approvazione del Modello Organizzativo Regionale di presa in carico dei pazienti in telemedicina

16.2 Attivazione dei servizi di Telemedicina

Prima dell'attivazione del servizio di telemedicina, va esplicitamente richiesta e ottenuta l'adesione consapevole, da parte dei soggetti coinvolti, all'utilizzo del servizio; l'utilizzo della telemedicina prevede specifici protocolli e procedure relativamente a:

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

16.3 Gli interventi di telemedicina realizzabili nell'ambito dell'OdC

- Televisita.
- Teleconsulto medico.
- Teleconsulenza medico-sanitaria.
- Telemonitoraggio.
- Telecontrollo medico.
- Teleriabilitazione.

16.4 Il Servizio Help Desk di Telemedicina

Le Aziende Sanitarie Locali garantiscono l'assistenza alle prestazioni di telemedicina, attraverso un servizio Help Desk di assistenza tecnica, dotato delle adeguate infrastrutture, che prevedono sistemi: di comunicazione, informativi ed informatici, presidiata da operatori qualificati e formati rispetto alle specifiche attività da svolgere.

Il servizio di Help Desk non interviene a livello di responsabilità clinica, risponde per quanto attiene lo svolgimento efficace di tutti i suoi compiti, in particolare per gli aspetti di integrità e sicurezza delle informazioni sanitarie e sociosanitarie a valenza sanitaria trasmesse durante le attività di telemedicina. Come ogni sistema informatico che tratta dati sensibili deve rispondere alle prescrizioni normative in materia di trattamento dei dati personali.

17. LA TELEVISITA

La televisita *“è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza”*.⁵

⁵ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR

La televisita è erogata prevalentemente dal medico specialista, le conclusioni sono registrate su referto che andrà allegato alla cartella clinica.

La televisita può essere effettuata anche dal MMG/PLS/MCA o da un medico del Distretto che fa parte dell'équipe multidisciplinare; egualmente, in questo caso il medico trascriverà la relazione della televisita nella cartella clinica del paziente.

Il *case manager* dell'OdC accede alla piattaforma regionale di telemedicina prima dell'orario fissato per la prestazione, verifica il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la stessa possa essere erogata senza problemi.

Qualora si presentino delle criticità nella fase di erogazione della prestazione il *case manager* e/o altro professionista richiede il supporto tecnico dell'*help desk* aziendale.

L'integrazione della piattaforma regionale di telemedicina con il CUP (CUP di secondo livello e/o prenotazione in agende riservate sempre tramite CUP) facilita la prenotazione diretta della televisita da parte dei professionisti.

18. IL TELECONSULTO MEDICO

“È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Tutti i suddetti elementi sono condivisi per via telematica sottoforma di file digitali idonei per il lavoro che i medici in teleconsulto ritengono necessari per l'adeguato svolgimento del loro lavoro. Il teleconsulto tra professionisti può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza. Quando il paziente è presente al teleconsulto, allora si svolge in tempo reale utilizzando le modalità operative analoghe a quelle di una televisita e si configura come una visita multidisciplinare”.⁶

Il teleconsulto consente di condividere le scelte mediche, e rappresenta una modalità efficace per ricevere una “seconda opinione” specialistica. Al termine del teleconsulto l'opinione del clinico/i farà parte del referto, redatto come una “relazione collaborativa”.

Il medico accede alla piattaforma regionale di telemedicina prima dell'orario fissato per la prestazione, verifica il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la stessa possa essere erogata senza problemi.

Qualora si presentino delle criticità nella fase di erogazione della prestazione il medico richiede il supporto tecnico dell'*help desk* aziendale.

19. LA TELECONSULENZA MEDICO-SANITARIA

“È un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione e/o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente. La teleconsulenza può essere svolta in presenza del paziente, oppure in maniera differita. In questa attività è preminente l'interazione diretta tramite la videochiamata, ma è sempre necessario garantire all'occorrenza la possibilità

⁶ (Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR).

di condividere almeno tutti i dati clinici, i referti le immagini riguardanti il caso specifico. È un'attività su richiesta ma sempre programmata e non può essere utilizzata per surrogare le attività di soccorso".⁷

Tramite la teleconsulenza medico-sanitaria il personale può richiedere il supporto ad altri professionisti attraverso una videochiamata, il professionista interpellato fornisce al richiedente/i indicazioni cliniche e/o informazioni per la corretta esecuzione di interventi clinico-assistenziali sul paziente.

Il medico/infermiere che ha richiesto la Teleconsulenza accede alla piattaforma regionale di telemedicina prima dell'orario fissato per la prestazione, verifica il corretto funzionamento della tecnologia e della rete affinché la stessa possa essere erogata senza problemi.

Qualora si presentino delle criticità nella fase di erogazione della Teleconsulenza il professionista richiede il supporto tecnico all'help desk aziendale.

20. IL TELEMONITORAGGIO

Il telemonitoraggio "Permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, sia la minore necessità per il paziente di eseguire controlli ambulatoriali di persona".⁸

21. IL TELECONTROLLO

"Il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura".⁹

I MMG/PLS possono connettersi al sistema di Telemedicina per rilevare l'andamento clinico dei propri assistiti e condividere con il responsabile sanitario dell'OdC e l'équipe assistenziale eventuali decisioni sul caso.

⁷ Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina, Rep. Atti n. 215/CSR

⁸ Ibidem

⁹ Ibidem

22. LA GESTIONE DEGLI ALLARMI

Il ruolo del personale infermieristico è di verificare gli *alert* provenienti dai dispositivi di telemonitoraggio indossati dai pazienti ricoverati. L'infermiere valuta il livello di complessità clinica del paziente e all'esito può richiedere l'intervento:

- del responsabile sanitario della struttura;
- nelle ore pomeridiane al medico del ruolo unico di assistenza primaria dell'assistito e dalle ore 20:00 al medico del ruolo unico di assistenza primaria a prestazione oraria, secondo l'organizzazione della ASL e in base a turnazioni predisposte dal direttore del distretto e condivise con il coordinatore della UCCP e con il referente della AFT;
- del 118, nel caso di instabilità clinica rilevata dallo score MEWS di livelli Medio/Instabile (score 3-4) o Alto Rischio/Critico (score 5);
- di Teleconsulenza medico-sanitaria;
- della Televisita, nei casi di assenza del responsabile sanitario della struttura.

In presenza di malfunzionamento di un dispositivo l'infermiere richiede assistenza al Servizio di ingegneria clinica della ASL per la sostituzione del medesimo; previa comunicazione al responsabile sanitario della struttura.

23. ASPETTI TECNOLOGICI DELLA PIATTAFORMA DI TELEMEDICINA

La piattaforma regionale di Telemedicina garantisce la realizzazione dei Servizi Minimi (Televisita, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio) ed è uno strumento abilitante per la diffusione omogenea dei servizi di Telemedicina su tutto il territorio regionale, consentendo l'integrazione dei diversi attori. Tale soluzione applicativa è conforme alle Linee Guida citate nel presente documento ed è integrata con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT).

Nel Piano Operativo Regionale della Telemedicina, la Regione Abruzzo ha espresso il proprio fabbisogno in termini di postazioni di lavoro di Telemedicina dedicate, collocate presso le strutture del SSR e presso gli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

24. CARATTERISTICHE DI BASE CHE DEVONO ESSERE PREVISTE PER L'EROGAZIONE DEI SERVIZI IN TELEMEDICINA.

- connettività della rete internet;
- garanzia di collegamento della televisita, Teleconsulto medico, Teleconsulenza medico sanitaria, telemonitoraggio;
- collegamento con il servizio Help Desk 24/24 ore a garanzia del collegamento e della soluzione in tempo reale di eventuali problemi di connettività;
- collegamento video;
- rilevamento dei parametri vitali tramite sensori e dispositivi;
- disponibilità di Set di dispositivi collegati alla piattaforma di telemedicina per il Telemonitoraggio;
- registrazione automatica dei trend sulla cartella clinica informatizzata;
- disponibilità di hardware e software, certificati come dispositivi medici idonea alla tipologia di prestazione che si intende effettuare in telemedicina;

- condivisione durante la televisita di dati clinici, referti medici, immagini audio e video;
- accesso alla cartella clinica di tutta l'équipe che interviene nel percorso di cura;
- portale web accessibile ai MMG/PLS, tramite account, per gestire i propri assistiti ricoverati presso l'OdC;
- gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione dei servizi di Telemedicina;
- collegamento telematico ai sistemi integrati aziendali per la consultazione di esami di laboratorio, di diagnostica strumentale (RIS-PACS), etc;
- collegamento al CUP di secondo livello e/o agende dedicate;
- compatibilità del sistema di telemedicina con le disposizioni indicate dal regolamento GDPR;
- crittografia dei trasferimenti di voce, immagini, *files* nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy e *Cybersecurity*;
- sistemi per la gestione della *Cybersecurity* e piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina.

25. STRUMENTI DIGITALI DI TELEMEDICINA

L'utilizzo della Telemedicina può offrire un valido supporto alle attività di nursing negli orari di assenza del medico, consentendo all'infermiere di richiedere una Teleconsulenza medico-sanitaria da remoto al MMG/PLS.

Il Responsabile sanitario dell'OdC può avvalersi del Teleconsulto Medico per interagire a distanza con uno o più colleghi riguardo la situazione clinica di un paziente ricoverato (nei casi di PDTA la richiesta può essere indirizzata all'EMST).

Il Responsabile sanitario può richiedere una visita specialistica attraverso la piattaforma regionale di telemedicina secondo le disposizioni aziendali e mediante accesso all'agenda dedicata.

I dispositivi digitali per lo svolgimento di prestazioni in Telemedicina, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono:

- Ecografo *bed-side*;
- Elettrocardiografo Adulto a 12 derivazioni;
- Holter pressorio;
- Holter cardiaco;
- Monitor cardiaco;
- Spirometro;
- Termometro digitale senza contatto;
- Bilancia impedenzometrica;
- Monitor Multiparametrico professionale (ECG, frequenza respiratoria e cardiaca, pressione, temperatura, saturazione);
- Fonendoscopio *bluetooth*, modalità cardio e polmonare con ascolto remoto in tempo reale;
- Otoscopio digitale.

26. DOTAZIONE TECNOLOGICA E STRUMENTALE STANDARD

La dotazione standard di materiale e apparecchiature prevede:

- carrello per l'emergenza;
- set per intubazione/RCP;
- carrello per medicazioni;

- carrello per terapia;
- carrello contenente dispositivi medico chirurgici per l'esecuzione di procedure clinico assistenziali;
- monitor defibrillatore/stimolatore;
- DAE;
- carrelli per la terapia farmacologica;
- dispositivi per la somministrazione di ossigeno (maschera di Venturi, maschera ad alto flusso, sistema respiratorio manuale per ventilazione assistita o controllata "va e vieni", pallone autoespandibile (AMBU);
- monitor multiparametrici in numero adeguato;
- sfigmomanometro;
- otoscopio;
- glucometer;
- termometri elettronici dotati di protezioni monouso;
- elettrocardiografo;
- pompe infusionali in numero adeguato;
- ecografo pluridisciplinare;
- emogasanalizzatore;
- test Kit rapidi ad immunofluorescenza;
- apparecchio radiologico portatile;
- frigorifero per farmaci
- letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato e barre di protezione anti caduta;
- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine;
- sollevatori.

Per i nuovi OdC edificati in aree isolate, non potendo condividere strumenti e apparecchiature con altre strutture dotate di servizi, si suggerisce di fornire, oltre alle suddette dotazioni, anche Point-of-Care (POCT) per l'esecuzione dei seguenti Test: Sodio; Potassio; Calcio; Creatinina; Emoglobina; Glucosio; Amilasi; Markers cardiaci (Troponina, Mioglobina, CK-MB); INR, PT, PTT, Fibrinogeno; Profilo Lipidico (Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridi); Proteina C-Reattiva); lattati; Analisi delle urine.

Gli esiti dei Test devono essere validati da remoto dal laboratorio analisi ed esportati automaticamente sulla cartella clinica elettronica; in questo modo i dati ottenuti possono essere condivisi istantaneamente con tutti i componenti dell'équipe grazie all'interfaccia del software, diminuendo così il cosiddetto *turn around time* (TAT), vale a dire il tempo di percorso di una richiesta necessario all'ottenimento del risultato o della risposta del referto.

Si può supporre che la disponibilità di esecuzione di Test clinici in tempi rapidi secondo le tecniche di *goal-directed therapia*, *GDT* (terapia precoce diretta al raggiungimento dell'obiettivo) contribuiscono a una riduzione di potenziali eventi avversi.

L'OdC dispone inoltre di:

- postazioni per l'erogazione dell'ossigeno;
- sistema di aspirazione/vuoto;
- impianto di aria compressa.

27. LE PROCEDURE

Sono fortemente raccomandate le seguenti procedure:

- valutazione del paziente e dei potenziali rischi di caduta, lesioni da decubito etc...;
- corretta comunicazione con il paziente e i suoi familiari per il coinvolgimento attivo nel processo di cura;

- gestione e conservazione della documentazione sanitaria;
- conservazione e trasporto dei materiali biologici;
- sanificazione, disinfezione e sterilizzazione di strumenti e materiali;
- gestione delle emergenze e urgenze
- gestione degli *alert*;
- gestione dello smaltimento dei rifiuti, ivi compresi quelli speciali, in conformità alla normativa vigente;
- prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- valutazione del dolore;
- gestione del rischio clinico e applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- corretto utilizzo dei dispositivi medici;
- gestione della terapia farmacologica;
- richiesta di visite specialistiche ed esami strumentali;
- rapporti PROATTIVI con la COT.

Procedure specifiche relative alle attività svolte dai professionisti.

Le Aziende Sanitarie Locali, inoltre, redigono procedure specifiche per disciplinare l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina.

- Modalità per le prestazioni di televisita da remoto.
- Modalità di richiesta di teleconsulto medico e teleconsulenza medico-sanitaria.
- Modalità di richiesta di teleriabilitazione.
- Modalità di gestione del telemonitoraggio comprendente il set di parametri oggetto e valori soglia di riferimento anche personalizzati stabiliti dal medico.
- Modalità di telerefertazione.
- Indicatori di esito

28. DIMISSIONE DALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

Prima della dimissione, se ritenuto opportuno, il responsabile sanitario può richiedere la valutazione della UVM.

Il Responsabile sanitario e il *case manager* richiedono il supporto della COT per la transizione del setting assistenziale.

La cartella viene completata con la diagnosi di dimissione (classificazione ICD-9) e firmata dal Responsabile sanitario.

La lettera di dimissione è redatta dal responsabile sanitario ed è inviata al MMG/PLS.

29. LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

L'organizzazione sanitaria persegue come obiettivo primario la tutela della salute dei cittadini e di conseguenza la sicurezza e la qualità delle cure; ricevere cure sicure è ciò che si attendono tutti i cittadini quando si rivolgono ad una struttura sanitaria, garantirle è il principio alla base dell'etica dei professionisti della salute.

La funzione di *“Risk Management in sanità rappresenta l’insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull’apprendere dall’errore (...)”*.¹⁰

L’approccio alla gestione del rischio clinico richiede un fondamentale cambio di paradigma, in quanto l’errore deve essere considerato non solo come parte della fallibilità delle azioni umane, ma anche fonte di apprendimento per evitare il ripetersi delle circostanze che lo hanno generato.

È altrettanto vero che non nuocere è alla base dell’etica che guida ogni giorno l’operato di medici, infermieri e tecnici; se non è possibile evitare gli errori è compito del *Risk Management* attivare idonee azioni di prevenzione e promozione della rimozione dei fattori contribuenti, con l’obiettivo quindi di eliminare dal sistema le condizioni che potenzialmente favoriscono l’insorgenza degli eventi avversi.

Il *Risk Management* promuove l’utilizzo di sistemi di segnalazione volontaria e anonima mediante l’utilizzo dell’*Incident Reporting*, che consente ai professionisti sanitari di comunicare eventi avversi causati involontariamente, spesso provocati da criticità latenti, e che procurano un danno al paziente o situazioni di rischio, (i cosiddetti *“near miss”* o *“eventi evitati”*), che hanno la potenzialità concreta di provocare un evento avverso, che tuttavia non si verifica per effetto del caso fortuito, o perché intercettato dal personale sanitario, o perché impedito da barriere efficaci poste in essere dai processi organizzativi.

Inoltre, il Rischio clinico si avvale di strumenti per l’analisi degli eventi, tra questi l’Audit clinico, definito dal Ministero della Salute come la *“Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell’assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di Best Practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell’impatto delle misure correttive introdotte”*.¹¹

Infatti il Ministero della Salute ha previsto, tra gli adempimenti a carico delle strutture Sanitarie a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l’obbligo di segnalazione di eventi avversi all’Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, mediante la registrazione sulla piattaforma dedicata del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES). Una delle modalità di analisi previste dal SIMES per individuare le cause e i fattori contribuenti al verificarsi di un evento è la *“Root Cause Analysis”* (RCA), riconosciuta come uno degli strumenti di analisi reattiva più efficaci e adattabili anche al contesto sanitario ed è considerata dalla *“Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization”* come lo strumento elettivo per l’analisi degli eventi sentinella.

È raccomandata, pertanto, l’adozione di procedure organizzative aziendali e a mero titolo esemplificativo, se ne indicano alcune:

- prevenzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA);
- valutazione della qualità percepita dell’assistenza da parte del cittadino;
- gestione delle urgenze;
- gestione degli *alert*;
- applicazione delle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute, definite strumenti in grado di prevenire gli eventi avversi;
- informazioni/ raccomandazioni fornite al paziente e/o ai familiari sui potenziali rischi che si possono verificare durante il ricovero;
- AUDIT Clinici.

¹⁰ Ministero della Salute Commissione tecnica sul Rischio Clinico marzo 2004

¹¹ Ministero della Salute Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei principi etici di sistema Ufficio III - *“L’AUDIT CLINICO”*

30. LA FORMAZIONE DEL PERSONALE

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 e pediatrica, 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.

La formazione di base rivolta a medici e infermieri prevede la conoscenza:

- del *risk management* e dei modelli di segnalazione degli eventi avversi/sentinella;
- della Legge n. 24 del 8 marzo 2017 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*;
- delle linee guida e protocolli adottati dall'amministrazione regionale e dall'Azienda Sanitaria Locale di appartenenza;
- delle innovazioni tecnologiche, *e-health* e servizi di Telemedicina;
- della corretta gestione e utilizzo dei nuovi dispositivi medici;
- dell'organizzazione territoriale;
- dei protocolli decisionali per la gestione delle urgenze;
- delle interconnessioni dei servizi del sistema sanitario regionale;
- delle tecniche di comunicazione.

Il possesso delle certificazioni di BLS e PBL, prevista anche per il personale OSS.

31. LA FORMAZIONE IN TELEMEDICINA

I Piani formativi aziendali dedicati al personale impegnato nell'erogazione di prestazioni in telemedicina nell'OdC devono prevedere programmi di base e avanzati, con riferimento specifico all'acquisizione di competenze digitali volte all'utilizzo di strumenti e applicativi di telemedicina, scelti dall'organizzazione per le varie funzioni.

Il piano di formazione deve essere adeguatamente accompagnato da una campagna di comunicazione, rivolta ai professionisti sanitari finalizzata ad un triplice obiettivo:

- sensibilizzare ed accrescere la consapevolezza degli attori coinvolti rispetto ai potenziali benefici della telemedicina;
- promuovere l'adozione del nuovo modello assistenziale;
- ridurre le barriere d'accesso ai servizi evidenziando la facilità d'uso della piattaforma.

32. PRIVACY

I dati devono essere gestiti in ottemperanza al GDPR (*General Data Protection Regulation* GDPR), ovvero il Regolamento Europeo 2016/679 e al D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii, i quali chiariscono come i dati personali debbano essere trattati, incluse le modalità di raccolta, utilizzo, protezione e condivisione.

L'art. 6 par. 1 lettera e) e l'art. 9, par. 2, lettera h) del GDPR 679/2016, stabiliscono i principi generali che il titolare del trattamento è tenuto a seguire nella raccolta dei dati personali degli utenti.

“Il trattamento dei dati personali e particolari per essere lecito deve essere limitato ai soli dati indispensabili, pertinenti e limitati a quanto necessario per il perseguimento delle finalità per cui sono raccolti e trattati”.¹²

La struttura deve garantire la tutela dei dati personali e dei dati particolari, il personale vi accede in base a differenti profili di abilitazione, secondo il ruolo professionale ricoperto.

33. FLUSSI INFORMATIVI

L'OdC 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

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

La Regione valuta periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità tramite il flusso informativo.

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

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:

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

34. I REQUISITI GENERALI

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

1) I requisiti generali

¹² I Quaderni Monitor Agenas Supplemento alla Rivista semestrale Monitor 2022

“L’OdC deve essere realizzato nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza antiinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi.”¹³

Servizi generali

“L’OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni:

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

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

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

Accessibilità

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

2) Requisiti strutturali e tecnologici specifici

Aspetti strutturali

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

Aspetti tecnologici

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

¹³ Requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14/01/1997 e s.m.i.

Attrezzatura per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti”.¹⁴

35. LA CARTA DEI SERVIZI

Gli OdC, ai fini della trasparenza, adottano la carta dei servizi (in conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento).

La carta assicura la piena informazione circa:

- l'organizzazione della struttura;
- l'organigramma;
- la gestione delle liste di attesa;
- il target/tipologia di pazienti ammissibili;
- le prestazioni erogate in telemedicina;
- le modalità di gestione dei dati e della privacy;
- le modalità di accesso;
- la modalità e tempistica per l'accesso alla documentazione sanitaria;
- la modalità per la segnalazione di reclami/disservizi e/o di elogi.

Inoltre, ogni OdC provvede alla rilevazione sul grado di soddisfazione e qualità percepita dei cittadini/pazienti in merito all'assistenza ricevuta nel corso del ricovero. La rilevazione ha lo scopo di indentificare i fattori organizzativi di maggiore criticità, al fine di eliminare le problematiche evidenziate e introdurre le necessarie azioni di miglioramento. A tal fine le strutture somministrano un questionario anonimo informatizzato ai pazienti/caregiver.

36. UMANIZZAZIONE DELLE CURE

“L'OCSE nel 2015 ha sottolineato la necessità per l'Italia di valutare e migliorare la qualità dell'assistenza con e secondo il punto di vista dei cittadini e dei pazienti”.¹⁵

“Una delle componenti fondamentali della qualità dell'assistenza è l'umanizzazione/centralità delle persone alla quale è riconosciuto dalla WHO un ruolo rilevante nella governance dei Sistemi Sanitari”.¹⁶

L'umanizzazione è tra gli obiettivi prioritari del SSN e nel Patto per la salute 2014-2016 le Regioni e le Province autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione delle cure che pone al centro delle cure **“la persona”**, considera l'individuo nella totalità inscindibile della componente fisica, mentale, emotiva e spirituale.

“Il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo dovrebbe essere l'elemento fondamentale di tutte le decisioni che riguardano la progettazione dell'assistenza; inoltre, la mancanza o la perdita di funzione, anche cognitiva, non modifica in alcun modo l'umanità della persona assistita.

Un servizio di qualità deve garantire il benessere della persona, deve essere rispettoso, accessibile, e deve fornire una continuità nell'assistenza”.¹⁷

In tutti i luoghi di cura, compresi gli OdC, gli interventi sanitari devono essere in grado di garantire la presa in carico della persona secondo una visione olistica che consideri l'individuo come un essere unico, con i suoi bisogni e le sue fragilità, portatore di conoscenze, di credenze e consapevole della propria condizione di salute.

¹⁴ Intesa Rep. Atti n. 17/CSR del 20 febbraio 2020

¹⁵ OECD 2015 Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris

¹⁶ WHO 2015 Global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. Geneva

¹⁷ sito Ministero della Salute

37. BIBLIOGRAFIA/RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006: "Approvazione del "Piano sanitario nazionale 2006-2008.

L.R. 10 marzo 2008, n. 5 "Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008-2010".

Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 82/CSR del 10 luglio 2014, Intesa concernente: "Patto per la salute 2014-2016".

Decreto Ministeriale Salute 2 aprile 2015 n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Intesa concernente: "Piano nazionale della cronicità".

Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 17/CSR del 20 febbraio 2020: Intesa, "sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità".

Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 215/CSR del 17 dicembre 2020, documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in Telemedicina".

Consiglio dei Ministri, Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), 2021 Franco Pesaresi "Gli ospedali di comunità Come saranno" Network Non Autosufficienza (NNA) 21/04/2022.

Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". (GU n.144 del 22-6-2022)

Camera dei Deputati Documento n. 144 del 1° marzo 2021 "Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale"

Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità – I Quaderni – Supplemento alla rivista semestrale Monitor • 2022

Rivista di Psicogeriatria Anno XVII – Supplemento 1 numero 1° gennaio – aprile 2022

D.G.R. n. 773 del 13 dicembre 2022 Recepimento del D.M. 77/2022 - Approvazione del "Piano dell'assistenza territoriale della Regione Abruzzo", finalizzato all'accesso alle risorse di cui alla Missione 6 - Componente 1, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)"