

FRANCO PESARESI

GLI OSPEDALI DI COMUNITA'

Come saranno

Network Non Autosufficienza (NNA)

21/04/2022

Articolo pubblicato su *I luoghi della cura online* n. 2/2022

www.luoghicura.it

INDICE

1. Il percorso normativo degli Ospedali di Comunità	3
2. Le caratteristiche dell'Ospedale di Comunità	5
3. I requisiti minimi	13
4. Le differenze con la Lungodegenza post acuzie e con la RSA	15
5. Qualche valutazione	17
Bibliografia	21

1. IL PERCORSO NORMATIVO DEGLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Il percorso normativo che ha portato alla definizione degli Ospedali di Comunità (OdC) è stato molto lungo: è cominciato nel 2006 per concludersi (forse) nel 2022 con l'approvazione del decreto ministeriale sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che contiene le ultime indicazioni sull'organizzazione di vari servizi territoriali fra cui gli OdC.

Il primo atto a parlare dell'Ospedale di Comunità è stato il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Nel documento, l'"Ospedale di Comunità" veniva definito come una "Struttura dedicata

- all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto;
- al consolidamento delle condizioni fisiche;
- alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero",

quindi, strumento di raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere e come modalità di completamento dell'offerta dei servizi di cure intermedie (*intermediate health care*).

Successivamente, un lungo articolo della rivista Monitor dell'Agenas del 2011 identificava tali presidi come Strutture di cure intermedie (SCI).

Per avere un ulteriore riferimento normativo occorre aspettare fino al Patto per la Salute 2014-2016. In tale accordo Stato-Regioni si parla esplicitamente di Ospedali di Comunità da attivare al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale. In tali presidi l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità al domicilio (strutturale e familiare);
- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio.

Una prima vera caratterizzazione degli Ospedali di Comunità avviene però solo l'anno successivo con il D.M. Salute 70/2015. Si tratta, come è noto, del Decreto sull'organizzazione ospedaliera anche se con gli Ospedali di Comunità siamo in presenza di una struttura territoriale, come il D.M. 70/2015 peraltro precisa doverosamente.

Anche il Piano Nazionale della Cronicità del 2016 si occupa dell'Ospedale di Comunità inserendolo tra i diversi setting assistenziali per la cronicità. In tale documento l'Ospedale di Comunità viene definito una struttura sanitaria territoriale gestita anche dai MMG che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata, per la gestione appropriata di patologie momentaneamente scompensate o riacutizzate con rischio sociale variabile. L'"Ospedale di Comunità" si colloca, quale anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.

La svolta si ha solo nel 2020 con l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità. E' questo l'atto normativo che ha delineato le caratteristiche essenziali dell'OdC in modo abbastanza completo. Peccato che uno degli aspetti più importanti, quello degli standard assistenziali di personale, sia trattato in modo così generico da rendere ancora possibili modelli organizzativi molto diversi fra loro.

Nell'aprile del 2021 il Governo approva il Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) che si pone l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità (e di altre strutture), una struttura residenziale 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, la cui dimensione viene prevista in 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, ha l'obiettivo di contribuire 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 – si legge sempre nel PNRR – 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. Il PNRR prevede un investimento di un miliardo di euro per la realizzazione di 381 nuovi Ospedali di Comunità per un totale di 7.620 posti letto.

Successivamente, con D.M. Salute 20/1/2022 di riparto alle regioni dei fondi del PNRR il numero degli interventi negli Ospedali di Comunità è stato elevato a 400.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) non si preoccupa solo di finanziare una importante rete di Ospedali di Comunità ma prevede anche l'approvazione degli standard per l'organizzazione dei servizi e delle strutture territoriali. Questo ha prodotto, per la prima volta, la bozza di un decreto ministeriale sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" che non è stato ancora approvato in Conferenza Stato-Regioni per l'opposizione finale della Regione Campania. Ma è probabile che venga comunque approvato dal Ministero perché si tratta di un adempimento previsto dal PNRR e la sua mancata approvazione potrebbe portare nocimento alle erogazioni delle risorse europee al nostro paese.

Anche per questo, il presente lavoro ha tenuto conto delle previsioni della bozza di decreto già presentata, dando per scontato che esso verrà presto approvato. La bozza di decreto, per quel che riguarda gli OdC, riprende buona parte quanto già previsto con l'intesa in Conferenza Stato-Regioni del 2020 "*sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità*" affinando e precisando alcuni aspetti nodali come quelli relativi al personale e ai pazienti afferenti alla struttura.

2. LE CARATTERISTICHE DELL'OSPEDALE DI COMUNITA'

Le diverse normative appena citate compreso il decreto in itinere sugli standard dell'assistenza territoriale hanno delineato le caratteristiche dell'Ospedale di Comunità che si riassumono di seguito, in questo capitolo.

a) Definizione

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.

L'O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari.

L'OdC non è ricompreso nelle strutture residenziali facenti parte dei livelli essenziali di assistenza approvati nel 2017 (DPCM 12/01/2017).

b) Individuazione della sede

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

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.

c) Posti letto

Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti.

É possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. Le stanze sono da 1 o 2 o 4 letti.

Il PNRR mette a disposizione un miliardo di euro per realizzare 400 ospedali di Comunità, riservando almeno il 40% delle risorse alle regioni del mezzogiorno (Cfr. Tab. 1).

Tabella 1 – Ospedali di Comunità finanziati dal PNRR, 2022.

Regioni	PNRR: numero di Ospedali di Comunità da realizzare
Piemonte	27
Valle d'Aosta	1
Lombardia	60
PA Bolzano	3
PA Trento	3
Veneto	30
Friuli Venezia Giulia	7
Liguria	10
Emilia-Romagna	27
Toscana	23
Umbria	5
Marche	9
Lazio	35
Abruzzo	10
Molise	2
Campania	45
Puglia	31
Basilicata	5
Calabria	15
Sicilia	39
Sardegna	13
Italia	400

Fonte: DM Salute 20/1/2022.

d) Target di utenza

L'Ospedale di Comunità (OdC) è 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 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.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti.

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

- 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, 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.

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

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (cfr. Piano nazionale demenze).

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.

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

e) Responsabilità

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

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, purché privi di assistiti, eSAI (Medici di Specialistica Ambulatoriale Interna).

La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva dell'OdC è in capo ad una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dall'articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale. Analoga figura di responsabile è individuata dalle strutture private.

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

f) Il personale

Per un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- l'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati. Nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 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;
- 9 Infermieri, 6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario.

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

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.

Gli OdC verranno completati entro il 2026 per cui il personale dovrà essere messo a disposizione dal 2027. L'importo relativo ai costi del personale dei nuovi Ospedali di Comunità non è finanziato ma sarà reperito, come dettagliato nel Piano di sostenibilità allegato al PNRR, con i risparmi che deriveranno da una riorganizzazione sanitaria da avviare.

g) Modalità di accesso

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Per l'accesso all'OdC è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri:

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

È inoltre auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso.

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

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

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

h) Modalità assistenziali

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 Centrali operative territoriali (COT). Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico. L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

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

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

All'interno dell'équipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio. È auspicabile che venga assicurata la funzione dell'infermiere case manager.

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. In caso di necessità, l'infermiere attiva la figura medica prevista dai modelli organizzativi regionali. In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure di emergenza del presidio ospedaliero.

Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

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

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

i) Durata del ricovero

Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente (Cfr. Tab. 2).

l) 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 che dovrà provvedere alla alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dai Presidi Residenziali di Assistenza Primaria/Ospedali di Comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

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

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.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità sono:

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni;
- Tasso di ricovero della popolazione <14 anni;
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC;
- Tasso di riospedalizzazione a 90 giorni;
- Degenza media in OdC;
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier);
- N. pazienti provenienti dal domicilio;
- N. pazienti provenienti da ospedali.

Tabella 2- Le caratteristiche degli Ospedali di Comunità (parte 1)

Definizione
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.
Posti letto
Lo standard di riferimento prevede la presenza di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 50.000 - 100.000 abitanti. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto. Le stanze sono da 1 o 2 o 4 letti. L'obiettivo complessivo è di realizzare 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.
La responsabilità igienico sanitaria e clinica
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 purché privi di assistiti, SAI (Medici di Specialistica Ambulatoriale Interna).
Responsabilità assistenziale
La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze.
Assistenza medica
E' assicurata dai medici incaricati: medici di medicina generale o pediatri di libera scelta o medici dipendenti o convenzionati con il SSN.
Consulenze specialistiche
Garantite dal distretto sanitario.
Standard di personale
Per un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: <ul style="list-style-type: none">• L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 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. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale.• 9 Infermieri, 6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario. Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento per uno o per i due moduli, se presenti nell'OdC.

Fonte: nostra elaborazione di: Decreto Ministero Salute n. 70/2015; Intesa CSR n.17/2020; Bozza Decreto 2022.

Tabella 2- Le caratteristiche degli Ospedali di Comunità (parte 2)

Pazienti
<p>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).</p> <p>In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none">a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro impreveduto, 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, 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. <p>Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera.</p> <p>In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici.</p>
Durata del ricovero
<p>Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni.</p>
Accesso
<p>L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera scelta.</p> <p>Per l'accesso all'OdC, è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri</p> <ul style="list-style-type: none">• diagnosi già definita;• prognosi già definita;• valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate;• programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso). <p>È inoltre auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso.</p> <p>Le modalità di accesso devono essere semplici e tempestive e possono prevedere l'uso di scale di valutazione standardizzate sia per accertare il livello di criticità/instabilità clinica sia per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente, soprattutto in caso di dimissione da reparto ospedaliero.</p>
Sede fisica
<p>L'OdC è una struttura organizzativa autonoma che può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.</p>

Fonte: nostra elaborazione di: Decreto Ministero Salute n. 70/2015; Intesa CSR n.17/2020; Bozza Decreto 2022.

3. I REQUISITI MINIMI

L'intesa in Conferenza Stato Regioni del 2020 *“sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità”* e la bozza di decreto ministeriale in itinere sui *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”* prevedono i seguenti requisiti generali, strutturali e tecnologici per gli Ospedali di Comunità.

Requisiti generali

L'OdC è una struttura pubblica o privata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

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 (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.).

Le regioni e le province autonome definiscono i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle stesse strutture ai sensi dell'art. 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i..

Requisiti strutturali e tecnologici specifici

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

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

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/barella e di un accompagnatore.

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.

Aspetti strutturali da contemplare nei requisiti regionali:

- Spazio attesa visitatori;
- Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 posti letto¹ aventi accesso diretto al bagno e poltrona comfort per il familiare e/o per la mobilitazione del paziente;
- Aree soggiorno/consumo pasti;
- Locale per visite e medicazioni;
- Locali di lavoro per personale;
- Spogliatoio per il personale con servizio igienico;
- Locale/spazio di deposito materiale pulito;
- Locale/spazio di materiale sporco;
- Locale sosta e osservazione salme, in assenza di servizio mortuario;
- deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC.

Aspetti tecnologici da contemplare nei requisiti regionali:

- Impianto di climatizzazione tale da garantire che la temperatura estiva e invernale sia compatibile con il benessere tecnico dei ricoverati;
- Impianto di erogazione ossigeno stabile o mobile;
- Impianto di comunicazione e chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto;
- Dotazioni tecnologiche idonee a garantire assistenza ordinaria e in emergenza, compresi dispositivi diagnostici;
- Presidi antidecubito;
- Attrezzature per mobilitazione/mobilità compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti.

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. A supporto dell'attività di monitoraggio saranno disponibili i seguenti strumenti:

- defibrillatore;
- elettrocardiografo portatile/telemedicina;
- saturimetro;
- spirometro;
- emogasanalizzatore;
- apparecchio per esami POC;
- ecografo.

¹ In una parte dell'Intesa Stato-Regioni "sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità" si parla di stanze con 1 o 2 posti letto mentre in altra parte più specifica sui requisiti strutturali si propongono stanze anche con 4 posti letto.

4. LE DIFFERENZE CON LA LUNGODEGENZA POST ACUZIE E CON LA RSA

Gli Ospedali di Comunità, fra i diversi setting assistenziali, vanno a collocarsi fra la Lungodegenza post-acuzie ospedaliera e le RSA esponendosi, per alcuni aspetti, a rischi di sovrapposizione all'una e all'altra tipologia di struttura.

La tabella 3 rende evidente questo tentativo di collocarsi ad un livello "intermedio".

A ben guardare l'essenza delle differenze fra la Lungodegenza post-acuzie e gli Ospedali di Comunità sta in una minore presenza medica in quest'ultima struttura; mentre la differenza principale fra gli Ospedali di Comunità e le RSA sta in un diverso mix del personale assistenziale: le RSA erogano una minore assistenza infermieristica ed una maggiore assistenza degli OSS.

Oggi però gli standard assistenziali degli Ospedali di Comunità e delle RSA sono molto diversificati nelle diverse regioni per cui occorrerà ridefinire i modelli organizzativi in modo più omogeneo in linea con le nuove indicazioni normative, per utilizzare al meglio le risorse messe in campo e per assegnare ad ogni struttura la propria specifica funzione da svolgere con il personale adeguato.

Le modalità di accesso all'OdC sono le più ampie per quel che riguarda il soggetto inviante, ma i criteri per il ricovero per evitare un utilizzo inappropriato dei posti letto sono più rigidi rispetto agli altri due setting assistenziali.

Molti altri valori e standard degli Ospedali di Comunità sono intermedi rispetto alla Lungodegenza post-acuzie e alle RSA, ma non la durata massima della degenza che è ancora più breve di quella dei reparti ospedalieri post-acuzie.

Tabella 3 – Confronto fra Lungodegenza post-acuzie (LDPA), Ospedali di Comunità e RSA

	LDPA	Ospedale di Comunità	RSA
Setting	Ospedale	Struttura residenziale	Struttura residenziale per anziani
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 pl ogni 1000 abitanti	Obiettivo: 0,4 pl ogni 1000 abitanti	Attivi 1,5 pl ogni 1000 abitanti
Durata degenza massima	60 giorni	Non superiore a 30 giorni.	In molte regioni anche permanente
Tariffe	154 euro. Nessuna quota di partecipazione dell'assistito.	Media 133 euro. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.	Media 107,5 euro. Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera.
Soglia dimensionale minima	Minima: 20 pl Ottimale: 30 pl	Di norma 15-20 pl	20 pl
Standard di personale non medico	Per modulo di 32 pl: - 13 infermieri più capo sala; - 4 tecnici della riabilitazione; - 8 ausiliari socio-sanitari (1988).	Per 20 posti letto: 9 Infermieri, 6 Operatori Sociosanitari, almeno 1-2 unità di altro personale sanitario. e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7. Le attività di coordinamento sono assicurate da un infermiere con funzioni di coordinamento.	Orientamento prevalente delle regioni: - ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno, - ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno, - OSS 100-135 minuti al giorno.
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore.	Per 20 posti letto: nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per almeno 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. L'assistenza notturna può essere garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale.	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra.
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale.	L'accesso avviene su proposta di: medico di medicina generale; medico di continuità assistenziale; medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; medico del pronto soccorso; pediatra di libera scelta. Per l'accesso è necessario che siano soddisfatti i seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> • diagnosi già definita; • prognosi già definita; • valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate; • programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso). 	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso l'UVM.
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Elaborazione di un programma assistenziale individualizzato o di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente.	E' auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase d'accesso.	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e PAI definito per tutti i pazienti.

Fonte: nostra elaborazione su dati Pesaresi (2013, 2014, 2019a, 2019b), Chiatti et al. (2013), tab.2.

5. QUALCHE VALUTAZIONE

Le attuali difficoltà di dimissione ospedaliera dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale rendono necessaria l'introduzione di una struttura sanitaria che completi il percorso di cura.

Le strutture residenziali attuali non rispondono, se non in parte, a questo tipo di esigenze perché sono organizzate soprattutto per gestire la fase lungodegenziale, e molto meno per gestire la fase di transizione fra l'ospedale e il domicilio sia per la quantità che per la qualità (intensità dell'assistenza) delle strutture. Per questo, la scelta di definire meglio e di potenziare gli Ospedali di Comunità è condivisibile.

Purtroppo il percorso normativo che ha portato ai più recenti esiti oltre ad essere stato non proprio lineare è stato eccezionalmente lungo essendo partito addirittura nel 2006. Occorre cercare di comprendere perché una volta identificato il nuovo modello assistenziale c'è stato così poco interesse a svilupparlo se non in tempi lunghissimi.

Adesso comunque gli Ospedali di Comunità hanno una loro configurazione, non sono più parte delle Case della Salute, ma sono strutture autonome che occorre realizzare e gestire in linea con le disposizioni nazionali.

Sovrapposizioni?

Naturalmente il potenziamento del nuovo setting assistenziale non è privo di criticità perché va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede una attenta regolamentazione.

La creazione di un nuovo *setting* assistenziale crea, in generale, rischi significativi di sovrapposizione per cui è bene valutare subito questo aspetto e prendere le dovute contromisure.

Gli Ospedali di Comunità, per la loro collocazione, presentano rischi significativi di utilizzo inappropriato sia in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) che in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero). Eppure poche regioni hanno posto, sinora, la dovuta attenzione sul sistema di valutazione dei pazienti e su un adeguato sistema informativo per verificare il corretto funzionamento delle strutture.

Per questo occorre definire bene funzione ed organizzazione degli Ospedali di Comunità, ma anche delle RSA e delle unità ospedaliere di Lungodegenza, per evitare sovrapposizioni e confusioni che mettano in discussione l'efficacia del sistema. L'appropriatezza si persegue solo se sono chiari i ruoli, la tipologia dei pazienti, gli obiettivi delle diverse unità operative e le differenze che caratterizzano l'una o l'altra struttura. Il rischio è che i pazienti possano indifferentemente essere accolti nell'una o nell'altra tipologia di struttura indipendentemente dalle loro condizioni e necessità, o che si registrino diatribe opportunistiche tra i professionisti su quale debba essere la struttura di ricovero per i pazienti più impegnativi, rendendo del tutto inutile l'introduzione degli Ospedali di Comunità.

I posti letto

L'obiettivo complessivo è di realizzare 0,4 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale. Raggiungere questo obiettivo significherebbe realizzare 23.593 posti letto negli Ospedali di Comunità.

Attualmente siamo molto lontani da questo obiettivo anche se il quadro quantitativo degli OdC (considerando le diverse denominazioni regionali) non è molto chiaro. Nella documentazione allegata al PNRR vengono indicati solo 1.205 posti letto esistenti, ma una recente indagine della Camera dei Deputati (2021) ha quantificato in 3.163 i posti letto esistenti negli Ospedali di Comunità. In realtà, tutte e due le stime non sono rappresentative in modo puntuale della realtà. Si pensi, per esempio, che la ricognizione del servizio Studi della Camera dei Deputati non ha fornito i dati di metà delle regioni ed ha attribuito oltre 2.000 posti letto a Veneto (inserendo anche le URT strutture riabilitative) e Marche, mentre i posti letto attivi in queste due regioni sono molto meno della metà (Ires, 2021; Pesaresi, 2022). È comunque molto probabile che i posti letto attualmente attivi siano superiori alle 3.000 unità.

Il PNRR ha finanziato con un miliardo di euro la realizzazione di 400 nuovi Ospedali di Comunità per un totale dichiarato (nei documenti allegati al PNRR) di 7.620 posti letto. Ma in realtà non andrà esattamente così perché le regioni hanno scelto di destinare le risorse sia alla realizzazione di nuovi Ospedali di Comunità sia, in parte minore, alla ristrutturazione di quelli già esistenti. In questo ultimo caso non si avranno posti letto aggiuntivi ma solo la loro conferma. Per cui è probabile che i posti letto realizzati con il PNRR saranno un poco inferiori a quelli preventivati.

Con i finanziamenti del PNRR si realizzerà una accelerazione molto importante che porterà a triplicare nel 2026 i posti letto degli Ospedali di Comunità, ma il percorso sarà ancora molto lungo perché saremo comunque sensibilmente sotto la metà dell'obiettivo di 0,4 posti letto per mille abitanti. Il percorso di sviluppo degli OdC dovrà pertanto continuare di buona lena anche negli anni successivi al 2026.

Il personale

Per far funzionare i nuovi Ospedali di Comunità serviranno 3.600 infermieri a cui si aggiungeranno quelli necessari per le Case della Comunità, delle Centrali operative territoriali e per gli infermieri di comunità. A questo elenco si possono aggiungere le altre figure professionali – medici, OSS, ecc. – necessari per implementare il nuovo assetto finanziato dal PNRR e non solo. Ma questi nuovi servizi o potenziamenti di quelli esistenti saranno possibili solo se si renderanno disponibili le figure professionali, come gli infermieri, che oggi invece sono gravemente carenti. L'attuale carenza degli infermieri e di altre figure mediche (ed in qualche caso anche degli OSS) ha raggiunto dimensioni gravissime che mettono in discussione la tenuta dei servizi attuali e che non permettono, allo stato attuale, alcuno sviluppo dei servizi sanitari. Già l'anello più fragile, il settore socio-sanitario, opera in diverse situazioni con sotto-dotazioni di personale infermieristico per l'impossibilità di reperire tali figure. Aumentare la disponibilità di tali figure non è facile e soprattutto non è un percorso breve perché occorre aumentare in modo importante l'ammissione ai corsi di formazione universitaria degli studenti in infermieristica per i prossimi anni ed aspettare che si laureino. Per cui o si pensa adesso a come risolvere questo problema o sarà impossibile attivare i nuovi Ospedali di Comunità, nel 2027 quando saranno completati.

Anche i costi del personale rappresentano un problema non ancora risolto.

Nell’Ospedale di Comunità/Cure intermedie lavoreranno un medico per 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7, nove infermieri e sei OSS a tempo pieno e almeno 1-2 unità di altro personale sanitario, a partire dal 2027.

Utilizzando gli stessi parametri indicati nella documentazione allegata al PNRR ed inviata all’Unione Europea, il costo annuo del personale per ciascuna struttura, sarà pari a € 688.000 per cui il costo complessivo del personale dei 400 Ospedali di Comunità è stimato in 275.200.000 euro che non sono finanziati dal PNRR e peseranno dunque sul bilancio pubblico dal 2027 (Cfr. Tab.4). A questi costi vanno poi aggiunti tutti i costi non assistenziali (pulizie, pasti, ecc.).

Occorre rilevare che se la stima del costo degli Ospedali di Comunità fatta con i parametri del PNRR fosse corretta, la giornata di degenza costerebbe solo 86 euro al giorno, un importo non verosimile tenendo conto che la tariffa media non ponderata delle RSA italiane è di 107,50 euro (Pesaresi, 2019), che la tariffa media degli Ospedali di Comunità attualmente funzionanti è di 133 euro al giorno (Pesaresi, 2017) e che la tariffa regionale più bassa è di 119 euro al giorno.

Per cui è chiaro che il costo di gestione dei singoli Ospedali di Comunità/Cure intermedie costerà almeno il 50% in più di quanto stimato (attorno ai 413 milioni).

Tabella 4 – Costi annui del personale assistenziale degli Ospedali di Comunità

Descrizione personale	Unità di personale per ospedale di comunità	Incremento costi unitari (€)	Totale unità di personale	Costi addizionali (€)	Fonte del finanziamento (€)
Medico	4,5 h/die x 6 giorni/sett	88.000	561.600 h/anno	35.200.000	Risparmi riorganizzando il SSN
Infermieri	9	40.000	3.600	144.000.000	
OSS	6	30.000	2.400	72.000.000	
Altro personale sanitario	1,5	40.000	600	24.000.000	
Totale				275.200.000	

Fonte: nostra elaborazione della documentazione del Governo inviata all’UE a corredo del PNRR.

Tale importo non è attualmente finanziato ma sarà reperito, come dettagliato nel Piano di sostenibilità allegato al PNRR, con i risparmi che deriveranno dalla riorganizzazione sanitaria che punta alla riduzione delle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatazza relative alle malattie croniche, alla riduzione degli accessi inappropriati nei pronto soccorsi relativi ai codici bianchi e verdi ed alla riduzione della spesa farmaceutica relativa a tre classi di alto consumo di farmaci. Un obiettivo improbabile ma che presumibilmente serve a giustificare all’Europa la sostenibilità del progetto. Da qui al 2026 occorrerà pertanto reperire il finanziamento per il personale dei nuovi Ospedali di Comunità.

Le Regioni

Il PNRR ha imposto alle regioni di decidere in tempi relativamente brevi la collocazione dei nuovi Ospedali di Comunità. Gli OdC, con i nuovi criteri territoriali che li prevedono ogni 50.000-100.000 abitanti sono strutture di base che devono presenti in ogni distretto sanitario. La speranza è

che le regioni abbiano deciso la collocazione dei nuovi Ospedali di Comunità tenendo conto di quelli già esistenti e funzionanti in modo tale da distribuire le risorse in modo equilibrato e dare a tutti i cittadini le medesime opportunità di cura. I primi dati ci dicono che non dappertutto i posti letto degli OdC sono stati distribuiti in modo equilibrato. Occorre rammentare che nel decennio scorso gli Ospedali di Comunità sono stati attivati a seguito della riconversione dei piccoli ospedali e non in base ad un disegno territoriale strategico ed omogeneo. La collocazione dei nuovi OdC finanziati dal PNRR costituisce l'occasione per riequilibrare in modo ragionato la distribuzione delle risorse. Speriamo che si sia colta questa occasione.

Secondo il cronogramma sugli adempimenti del PNRR, entro giugno 2022, il governo deve approvare il Decreto sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Si presume che questo accada per il legame che c'è con i finanziamenti del PNRR che l'Europa deve erogare.

Il passaggio successivo a carico delle regioni sarà quello del recepimento del citato decreto. Negli ultimi anni la maggioranza delle regioni ha approvato una propria regolamentazione degli Ospedali di Comunità, chiamandoli con i nomi più diversi e prevedendo una loro organizzazione assai diversificata fra una regione e l'altra.

C'è quindi la necessità di adeguare le normative attuali e questa può essere l'occasione per le regioni di arrivare ad una regolazione molto più omogenea rispetto al passato. In altre situazioni le regioni hanno impiegato anni a recepire le normative approvate in Conferenza Stato-Regioni. La sfida di oggi è invece quella di provvedere in pochi mesi e senza le clamorose difformità del passato. Sarebbe un bel segnale.

Stanze da 4 letti

Appare ingiustificabile l'idea, contenuta nella bozza di decreto sui "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale" e nel PNRR (allegati) di realizzare stanze di degenza anche di 4 posti letto. Lo standard individuato è in contraddizione con le tendenze internazionali in materia e crea le condizioni per una bassa qualità della degenza che, in queste strutture, può durare diverse settimane ed eccezionalmente anche mesi. In tutta Europa non si costruiscono più stanze di degenza con 4 letti e sarebbe un bel passo indietro per l'Italia e per la qualità dell'assistenza adottare queste indicazioni ampiamente superate. Vorrebbe dire non tener in alcuna considerazione le necessità dei malati, spesso anziani che andranno ad utilizzare gli OdC.

Bibliografia

Agenas (2011), *Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro*, Monitor, n. 27.

Banchieri G., Dal Maso M., De Luca A., Ronchetti M. (2022), *Come dovrebbero operare gli Ospedali di Comunità*, Quotidiano Sanità, 12 gennaio: www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101345

Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi F. (2017), *La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 - Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN), 2017.

www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf

Bozza di Decreto “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, Quotidiano Sanità, 25 febbraio 2022:

www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6606057.pdf

Camera dei Deputati (2021), *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 1 marzo: http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1621701016559

Chiatti C., Barbabella F., Masera F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in N.N.A. (a cura di) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° rapporto*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).

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

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

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf

Conferenza Stato-Regioni, Atto n. 135/CSR del 30 ottobre 2014, intesa concernente: “*Piano nazionale demenze*”.

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

Consiglio dei Ministri, *Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, 2021: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR_0.pdf

Consiglio dei Ministri: documentazione del Governo inviata all'UE a corredo del PNRR.

Decreto Ministro Salute 20/1/2022: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5807_0_file.pdf

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

Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006: “*Approvazione del “Piano sanitario nazionale 2006-2008”*”: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1205_allegato.pdf

Ires Veneto (2021), *Integrazione organizzativa e integrazione dei servizi socio-sanitari nella regione Veneto*. <https://iresveneto.it/integrazione-organizzativa-e-integrazione-dei-servizi-socio-sanitari-nella-regione-veneto/>

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

Pesaresi F. (2022), *Ospedali di Comunità e PNRR nelle Marche*, Blog Franco Pesaresi Welfare, 1 aprile. <https://francopesaresi.blogspot.com/2022/04/ospedali-di-comunita-e-pnrr-nelle.html>

Pesaresi F. (2021), *Gli ospedali di comunità nel PNRR, Grande sviluppo e qualche problema*, Welforum, 24 giugno. <https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/gli-ospedali-di-comunita-nel-pnrr/>

Pesaresi F. (2019a), *Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali*, I luoghi della cura, 12 settembre. www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/

Pesaresi F. (2019b), *Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto*, in Banchieri G., Colavita F., Massaro G., (a cura di) *Ospedali di comunità, case della salute e cure primarie: esperienze regionali e confronti*, Edizioni Joelle.

Pesaresi F. (2017), *Le cure intermedie*, in Network non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 - Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN): www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2017/12/NNA_2017_6%C2%B0_Rapporto.pdf

Pesaresi F. (2019), *Le tariffe delle Residenze sanitarie assistenziali*, I luoghi della cura, 12 settembre. www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/

Pesaresi F., (2016), *Quanto costa l'RSA*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).

Pesaresi F., (2014), *Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie*, in Brizioli E., Trabucchi M. (a cura di) *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).

Pesaresi F., Simoncelli M. (2002), *La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie in Italia*, Franco Angeli Editore, Milano.

Regione Puglia, DGR n. 333 del 10/3/2020: “Approvazione documento ‘La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia’”.

Regione Toscana, DGR n. 818 del 29/6/2020: “Setting di cure intermedie residenziali: indicazioni alle aziende sanitarie”.