

## ALLEGATO 1

**Guida operativa per la redazione della relazione da parte  
dell'ingegnere indipendente, di cui al meccanismo di verifica CE per il  
target PNRR M6C1-11 “Ospedali di Comunità rinnovati,  
interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche”  
Investimento: M6C1 I1.3 – Rafforzamento dell’assistenza sanitaria  
intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)**

## INDICE

<b>Premessa</b> .....	3
<b>1. Descrizione dell'Investimento M6C1I1.1 e del target M6C1-11 nel CID e negli Operational arrangements</b> .....	3
<b>2. Requisiti e standard operativi delle OdC</b> .....	4

## Premessa

Al fine di rendicontare efficacemente target europeo **M6C1-11** è prevista la definizione di un documento esplicativo che giustifichi adeguatamente come l'obiettivo sia stato raggiunto in modo soddisfacente.

Il meccanismo di verifica del target prevede di allegare inoltre:

- a) a **list of the Community Hospitals** and for each of them **certification of completion issued in accordance with the national legislation**;
- b) **report by an independent engineer endorsed by the implementing Region or Autonomous Province**, including **justification that the technical specifications of the project(s) are aligned with the CID's description** of the investment and target.

Il presente documento fornisce orientamenti e indicazioni operative per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente, di cui al punto b).

La relazione dell'ingegnere indipendente deve essere redatta sulla base del format di cui all'**Allegato 3a** alle Linee Guida per il target PNRR M6C1-11 e deve essere resa sulla base delle risultanze dell'apposita **Check-list di controllo**, in conformità all'**Allegato 3b**.

Dovranno inoltre essere prodotti e allegati su ReGiS **tutti i documenti indicati nella Check-list di controllo** a comprova del rispetto dei requisiti previsti.

## 1. Descrizione dell'Investimento M6C1I1.1 e del target M6C1-11 nel CID e negli Operational arrangements

Si riportano nel presente paragrafo i riferimenti specifici al target EU M6C1-11, come definiti nell'Allegato alla Council Implementing Decision (CID) e negli Operational Arrangements.

### Descrizione delle riforme e degli investimenti di cui all'Allegato alla CID

#### **Investimento 1.3 - Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)**

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di almeno 307 Ospedali di Comunità, ossia strutture sanitarie destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acutezza o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

### Descrizione del singolo Target in esame di cui all'Allegato alla CID

#### **Almeno 307 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche.**

Gli ospedali comunitari sono strutture sanitarie destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di lieve acutezza o di recidiva di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e per degenze di breve durata che potrebbero essere forniti a casa, ma che sono erogati in tali strutture a causa della scarsa idoneità dell'edificio stesso (struttura e/o casa familiare).

### Meccanismo di Verifica definito negli Operational arrangements tra la Commissione europea e l'Italia

**Explanatory document** duly justifying how the target was satisfactorily fulfilled.

This document shall include as an **annex** the following documentary evidence:

- a) a **list of the Community Hospitals** and for each of them **certification of completion issued in accordance with the national legislation**;

**Meccanismo di Verifica definito negli Operational arrangements tra la Commissione europea e l'Italia**

- b) **report by an independent engineer endorsed by the implementing Region or Autonomous Province, including justification that the technical specifications of the project(s) are aligned with the CID's description** of the investment and target.

## 2. Requisiti e standard operativi delle OdC

### 2.1 Requisiti e standard qualitativi, strutturali, tecnologici e organizzativi delle Case della Comunità definiti nel DM 77/2022

Ai fini dell'identificazione delle caratteristiche e dei requisiti degli OdC (necessaria per l'elaborazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente), il principale riferimento normativo è costituito dal **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 Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022) che definisce, nell'ambito del modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale, *"gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico"*.

L'**Allegato 1** al DM 77/2022, identifica per la Casa della Comunità (OdC) i seguenti **standard aventi valore esclusivamente descrittivo**:

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.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

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

- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli

esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”).

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'Ospedale di Comunità deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali 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.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. È 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.

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. 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.

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 impreveduto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, 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 approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR).

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.

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.

### ***Responsabilità e personale***

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

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.

All'interno dell'equipe 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. L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

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.

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

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

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

### ***L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale***

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

### ***Flussi informativi***

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sarà implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

L'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

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

L'**Allegato 2** al DM 77/2022 identifica per la OdC i seguenti **standard aventi valore prescrittivo**:

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.

### ***Standard organizzativi***

1 Ospedale di Comunità dotato di 15-20 posti letto (20 posti letto ogni 100.000 abitanti) - *“L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. E' 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.”*

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità:

- 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico),
- 4-6 Operatori Sociosanitari,
- 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e
- un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

Operativa 7 giorni su 7.

Assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7.

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

### **Standard tecnologici e strutturali**

Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

Sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Disponibilità di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

Flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

Presenza di: 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.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante *Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità*.

## **2.2 Ulteriori requisiti delle OdC**

Per quanto riguarda gli indirizzi tecnici sviluppati da Agenas, che **non hanno valore prescrittivo, si rimanda al** ["Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'ospedale di Comunità"](#) - Quaderno di Monitor 2022, Supplemento alla rivista semestrale Monitor.

Resta inteso che le valutazioni da parte dell'ingegnere indipendente devono essere effettuate a supporto delle attività di controllo, monitoraggio e rendicontazione PNRR e del Sistema di Gestione e Controllo del Ministero della Salute rientranti nell'alveo dei controlli sostanziali di milestone e target - finalizzati ad accertare la presenza e conformità di tutta la documentazione probatoria e/o output archiviata nel sistema informatico attestante l'effettivo avanzamento/conseguimento dei valori dichiarati - ed in considerazione dei principi generali applicabili agli interventi finanziati dal PNRR e DM77/2022.

All'interno dell'atto finale di cui al punto 4 della Tabella 1 (par. 3), dovrà essere data evidenza anche dell'avvenuto aggiornamento delle anagrafiche in NSIS attraverso il **modello STS.11 delle strutture attivate** in conformità con quanto previsto dal DM 22 dicembre 2023 *"Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie"* e delle codifiche NSIS associate a ciascun CUP oggetto di rendicontazione. Il codice STS-11, si ricorda dover consistere in un codice di 12 cifre (codice Regione di 3 cifre + codice ASL di 3 cifre + codice Struttura di 6 cifre).