



Il Modello Operativo degli Ospedali di Comunità

Regione Campania

Sommario

1. Premessa	3
2. Gli Ospedali di Comunità: il quadro normativo.....	4
2.1. Obiettivi degli Ospedali di Comunità	6
3. Modello operativo degli Ospedali di Comunità in Campania	7
3.1. Funzioni.....	7
3.1.1 I servizi garantiti dagli Ospedali di Comunità	7
3.1.2 Personale e responsabilità.....	8
3.1.3 Il bacino di riferimento degli OdC e le modalità di accesso, dimissione ed esclusione	9
3.2. Modello di servizio.....	12
3.2.1 Target di pazienti.....	12
3.2.2 Le vocazioni degli OdC	13
3.2.3 Il ruolo degli OdC nella filiera assistenziale.....	15
3.3. Condizioni organizzative	16
3.3.1 Distribuzione sul territorio degli OdC.....	16
3.3.2 Requisiti generali e <i>standard</i> tecnologici e strutturali.....	19
3.3.3 Sistemi informativi	21
4. Monitoraggio delle prestazioni degli OdC	21
5. Applicazione del modello operativo degli OdC: <i>use case</i>	22

1. Premessa

Le indicazioni del presente documento forniscono le linee guida per la definizione del Modello Operativo degli Ospedali di Comunità (OdC) della Regione Campania, in conformità alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e del Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022, recante la definizione di modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale. Esso è da considerarsi un documento dinamico che potrà essere soggetto a integrazioni e aggiornamenti in base allo sviluppo, consolidamento e avviamento degli Ospedali di Comunità.

Le indicazioni del documento sono in linea con gli investimenti previsti nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 682 del 13 dicembre 2022 che definisce le linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal PNRR e recepite dal suddetto Decreto Ministeriale.

La necessità di intervenire e rinnovare alcuni aspetti chiave del SSN è emersa in seguito alla pandemia da COVID-19. La Missione 6 del PNRR, in particolare la componente 1, mira a potenziare l'assistenza sanitaria e la rete territoriale attraverso la creazione di strutture come le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC).



Figura 1: Ripartizione dei fondi PNRR Missione 6 Componente 1 in Italia e in Regione Campania. Fonti: Italia Domani - Portale PNRR¹; PNRR - Salute²; Piano Operativo Regionale allegato al CIS.

Tra le risorse del PNRR destinate alla Regione Campania, circa 152 €Mln sono dedicati alla costituzione e ristrutturazione degli OdC³.

Relativamente agli interventi strutturali, la riorganizzazione della rete delle strutture dedicate all'assistenza territoriale nella Regione Campania è stata oggetto di specifica pianificazione. Le strutture sono individuate sia attraverso la riqualificazione del patrimonio edilizio esistente, ove compatibile, sia mediante la realizzazione di nuovi edifici, in funzione delle specificità territoriali e delle esigenze delle singole Aziende Sanitarie Locali. In tale contesto, è prevista la realizzazione di **172 Case della Comunità** e **48 Ospedali della Comunità**, localizzati secondo criteri che tengono conto della distribuzione demografica, delle caratteristiche geografiche del territorio, della presenza di altre strutture sanitarie e dei bisogni specifici della popolazione, con l'obiettivo di garantire una



Figura 2: Localizzazione OdC e CdC

¹ www.italiadomani.gov.it

² www.pnrr.salute.gov.it

³ Piano operativo regionale - Investimenti Missione 6 Salute. Allegato al Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP/AA.) tra Ministero della Salute e Regione Campania (CIS). Novembre 2024.

copertura omogenea del territorio, come illustrato nella figura 2.

L'obiettivo del presente documento è definire le linee guida per il modello operativo degli Ospedali di Comunità della Regione Campania, dettagliandone funzioni e servizi caratterizzanti. Lo stesso è redatto in ottemperanza alle “Linee guida per comprovare il raggiungimento del 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)” e allegati. Inoltre, esso fornisce alle Aziende Sanitarie Locali le indicazioni regionali, in coerenza con le direttive nazionali e con le strategie di assistenza territoriale già in essere, al fine di garantire un accesso equo e tempestivo alle cure ed assicurare la qualità degli interventi per la popolazione assistita. Pertanto, il documento ha lo scopo di supportare le Aziende Sanitarie Locali nella definizione dei modelli organizzativi degli Ospedali di Comunità adattandoli alle specifiche esigenze di domanda e offerta di ciascun territorio. Il modello, infatti, è flessibile e può essere modulato non solo tra le 7 ASL regionali, ma anche in base alle peculiarità interne di ogni ASL.

2. Gli Ospedali di Comunità: il quadro normativo⁴

Il percorso normativo che ha portato alla definizione degli Ospedali di Comunità (OdC) è stato molto lungo: è cominciato nel 2006 per poi concludersi 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.



Figura 3: Schematizzazione del percorso normativo relativo agli OdC

Il primo atto a parlare dell'Ospedale di Comunità è stato il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**⁵. 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 healthcare*).

Il successivo riferimento normativo si riscontra nel **Patto per la Salute 2014-2016**⁶. All’art.5, comma 17 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:

⁴ Rapporto OASI 2022: “Gli Ospedali di Comunità: quali prospettive alla luce del PNRR?” (Fattore et al.)

⁵ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 – Ministero della Salute (2006)

⁶ Patto per la salute 2014-2016 – Conferenza Stato-Regioni (2014)

- 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 l'anno successivo con il **DM Salute 70/2015**⁷ in cui, pur essendo un Decreto sull'organizzazione ospedaliera, all'art.10 si fa riferimento alla “continuità ospedale-territorio” e si chiarisce la definizione di struttura intermedia, intesa come «una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:

- consolidare le condizioni fisiche;
 - continuare il processo di recupero funzionale;
 - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero;
- oppure pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera”.
- Al comma 1 del medesimo articolo il Decreto definisce le prime indicazioni identificative degli OdC: il ricovero deve essere breve (15/20 giorni di degenza media), i presidi hanno dimensioni ridotte (15-20 posti letto), la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale sta in capo al distretto.

Anche il **Piano Nazionale della Cronicità del 2016**⁸ 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”. Il PNC del 2016 rafforza ancora di più l'immagine dell'OdC come *setting* intermedio che, in quanto tale, permette di evitare ricoveri ospedalieri impropri.

La svolta si ha nel febbraio **2020** con l'approvazione in **Conferenza Permanente Stato-Regioni** dell'atto n. 17⁹ recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, in adempimento a quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016. L'allegato A delinea le caratteristiche essenziali dell'OdC in termini di definizione, individuazione della sede, posti letto, *target* di utenza, responsabilità, modello di accesso e definisce anche i requisiti minimi generali strutturali, tecnologici, organizzativi e clinico-assistenziali.

Nel **2021** il Governo approva il **Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR)**¹⁰ che, nell'ambito della Componente 1 della Missione 6, si pone l'obiettivo del potenziamento dell'offerta dell'assistenza territoriale attraverso lo sviluppo degli Ospedali di Comunità (e di altre strutture), una “struttura sanitaria destinata 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”

Infine, i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità vengono ripresi, maggiormente dettagliati o integrati con nuovi aspetti (es. *standard* in termini di personale) con il **DM 77/2022**¹¹. Nell'allegato 1 del Decreto, l'OdC viene definito come 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».

⁷ DM 70/2015: “Regolamento recante definizione degli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”.

⁸ Piano Nazionale della Cronicità - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano (2016)

⁹ Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante “Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità”.

¹⁰ Piano Nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) per l'Italia, approvato al Consiglio Europeo (2021)

¹¹ DM 77/2022: “Nuovi modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN”.

2.1. Obiettivi degli Ospedali di Comunità

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'OdC è rivolto a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, richiedono 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.¹²



Figura 4: Definizione e offerta degli OdC

L'obiettivo dello sviluppo degli OdC è quello di garantire in modo coordinato¹³:

- L'utilizzo di una **struttura sanitaria intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**;
- **Evitare ricoveri ospedalieri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei** alle esigenze sociosanitarie, alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e dell'autonomia dei pazienti;
- **Assistenza sanitaria a bassa intensità clinica** per degenze di breve durata a pazienti che, pur potendo potenzialmente essere assistiti a casa, necessitano di interventi non erogabili a domicilio per motivi strutturali o familiari;
- **La promozione**, al contempo, **della consapevolezza e dell'autogestione** delle proprie condizioni cliniche da parte dei pazienti e dei loro caregiver;
- **La potenziale riduzione** dell'istituzionalizzazione o **dell'ospedalizzazione in contesti non appropriati**;
- **L'integrazione con gli altri servizi sanitari territoriali** per garantire la continuità assistenziale.

La principale finalità dell'OdC è, nella maggioranza dei casi, il reintegro a domicilio dei pazienti, anche pianificando adeguatamente una dimissione ed una domiciliarità protette, con l'erogazione dei servizi sociali e sanitari disponibili.¹⁴

¹² DM 77/2022: "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN".

¹³ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

¹⁴ Associazione Italiana Psicogeriatria: "Gli Ospedali di Comunità: Proposta di modello organizzativo" (2022).

3. Modello operativo degli Ospedali di Comunità in Campania

La progettazione degli OdC comporta la definizione di alcuni elementi gestionali che costituiscono gli ambiti di attuazione necessari per definire il modello operativo. Le Aziende potranno dettagliare ogni *item* del modello a seconda delle esigenze locali.

Gli ambiti individuati sono i seguenti:

- **Funzioni:** nell'ambito di tale *item* vengono specificate le attività svolte dagli OdC, in termini di servizi garantiti, personale dedicato, bacino di utenti di riferimento/ e modalità di accesso;
- **Modello di servizio:** nell'ambito di tale *item* vengono specificati i pazienti *target* a cui i servizi degli OdC sono rivolti, le vocazioni e il ruolo assunto all'interno della filiera assistenziale;
- **Condizioni organizzative:** nell'ambito di tale *item* viene specificato l'assetto organizzativo, con riferimento alla localizzazione degli OdC, i requisiti relativi agli *standard* strutturali e alle attrezzature, ed altri elementi definiti dal DM77/22 e dalle Linee di indirizzo Agenas e gli strumenti informativi a disposizione degli OdC.

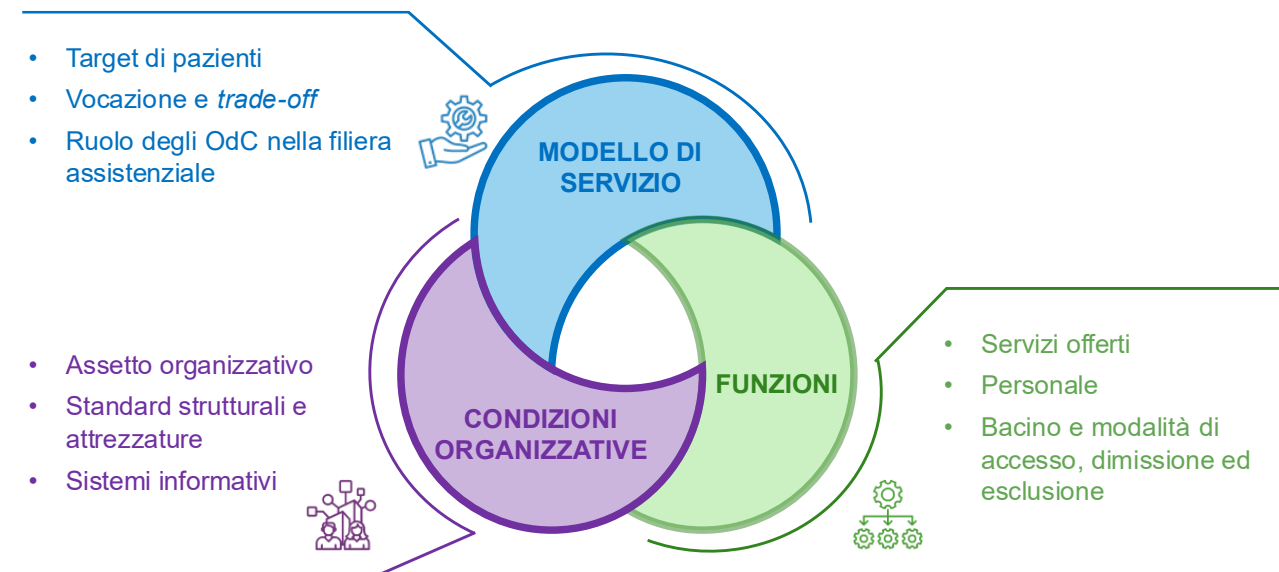


Figura 5: Ambiti di intervento del modello operativo degli OdC

3.1. Funzioni

Le funzioni in capo agli OdC si riassumono in tre pilastri:

- ❖ **Servizi garantiti dagli Ospedali di Comunità:** vengono illustrate le diverse tipologie di servizi garantiti dagli OdC;
- ❖ **Personale e responsabilità:** vengono illustrate le diverse figure professionali che operano all'interno degli OdC e le relative responsabilità;
- ❖ **Bacino di riferimento e modalità di accesso, dimissione ed esclusione:** viene illustrato il bacino di utenza afferente agli OdC e le relative modalità di accesso, dimissione ed esclusione dagli stessi.

3.1.1 I servizi garantiti dagli Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità hanno una connotazione a forte indirizzo infermieristico e sono responsabili della presa in carico sia dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero, sia di tutti quei casi in cui c'è bisogno di una particolare assistenza non erogabile presso il domicilio del paziente.¹⁵ L'OdC è, infatti, una struttura sanitaria ad afferenza 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

¹⁵ Quaderno Monitor "Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità" (2022).

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). All'interno degli OdC devono quindi essere garantite:

- attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina;
- servizi di supporto diagnostico specialistico, anche attraverso appositi collegamenti funzionali.

L'obiettivo ultimo dell'OdC è il recupero dell'autonomia funzionale per il paziente: in questo senso, il DM77/22 prevede che 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.¹⁶

3.1.2 Personale e responsabilità

La gestione e le attività negli OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

Il *team* è composto da¹⁷:

- 9/10 infermieri;
- 1/2 unità di supporto (sanitario e amministrativo);
- 6 operatori socio-sanitari (OSS);
- 1 medico.

All'interno dell'*équipe* di cura, l'infermiere *Case-Manager* è una figura chiave in quanto¹⁷:

- si occupa delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale;
- si interfaccia con le COT per facilitare l'organizzazione dell'assistenza e gli ausili 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 almeno 4/4,5 ore al giorno 7 giorni su 7; nel turno notturno (20-8), diurno festivo e prefestivo, deve essere garantita 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, oppure attraverso i Medici della Continuità Assistenziale – ex Guardia Medica - e dell'UCA (Unità di Continuità Assistenziale), in rapporto a specifici accordi locali¹⁸.

L'**assistenza infermieristica** è sempre garantita (24h, 7/7) con il supporto degli OSS, degli infermieri anche ospedalieri, del responsabile clinico e degli altri professionisti coinvolti¹⁹.

L'**assistenza farmaceutica** è assicurata 5 giorni su 7 dalle Farmacie Territoriali e/o Ospedaliere aziendali, secondo criteri organizzativi e di prossimità: è mirata sia a sostenere l'attività assistenziale durante la degenza che ad assicurare supporto alle attività di ricognizione e riconciliazione farmacologica nelle transizioni di cura¹⁷.

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/PLS¹⁶.

La **responsabilità organizzativa** è affidata ad un responsabile infermieristico, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020¹⁶.

¹⁶ DM 77/2022: "Nuovi modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" e "Linee guida per comprovare il raggiungimento del *target* PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

¹⁷ D.G.R.C. n. 682 del 13 dicembre 2022: "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022".

¹⁸ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del *target* PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

¹⁹ D.G.R.C. n. 682 del 13 dicembre 2022: "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022".

La **responsabilità assistenziale** è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze²⁰.

3.1.3 Il bacino di riferimento degli OdC e le modalità di accesso, dimissione ed esclusione

All'interno degli OdC possono essere ammesse solo alcune tipologie di pazienti, che sono tendenzialmente soggetti appartenenti alle categorie fragili della popolazione, che pur avendo un inquadramento diagnostico già esaurito, un programma terapeutico già definito e un quadro clinico nel complesso stabilizzato, hanno ancora bisogno di sorveglianza clinica o dell'erogazione di prestazioni infermieristiche, ma con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine.²¹

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di²²:

- 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 criteri²⁰:

- diagnosi già definita;
- prognosi già definita;
- valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica eventualmente attraverso scale standardizzate: in fase di accesso, infatti, l'uso di scale di valutazione standardizzate può accertare il livello di criticità/instabilità clinica e 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;
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

Inoltre, la permanenza del paziente presso l'OdC non dovrebbe superare i 30 giorni. Per costituire, infatti, un *setting* di cure intermedie, a differenza di un *setting* residenziale, è auspicabile che nell'OdC vengano rispettate le tempistiche massime di ricovero.

²⁰ Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità".

²¹ Quaderno Monitor a cura di AGENAS: "Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità" (2022).

²² DM 77/2022: "Nuovi modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN".



Figura 6: Modalità di accesso ai servizi degli OdC

Se necessario, in previsione della dimissione dall'OdC, potrà avvenire una valutazione multidimensionale da parte dell'*équipe* 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).²³

Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo, le modalità di accesso, i criteri di eleggibilità e i criteri di esclusione relativi a tre esperienze di OdC già attivi in Regione Campania.

Ospedale di Comunità di Bisaccia (AV)²⁴

I pazienti ospitati possono provenire dal proprio domicilio (tramite MMG e medici di CA) o da altre strutture residenziali sanitarie e socio sanitarie del territorio aziendale, nonché dal Pronto Soccorso o dai Presidi Ospedalieri.

Nel modulo di "Proposta di ricovero in Ospedale di Comunità" i criteri clinici di esclusione dei pazienti dall'accesso in struttura sono i seguenti:

- Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica;
- Pazienti in fase di terminalità;
- Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;
- Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.

Inoltre, il modulo prevede una sezione relativa alla valutazione sanitaria ed assistenziale (problemi clinici e comorbidità, terapie in atto, presidi, informazioni su *caregiver*).

Infine, l'OdC utilizza la scala di *Barthel* per valutare l'autonomia dell'assistito nella vita quotidiana e le scale MEWS e NEWS per monitorare l'evoluzione clinica dei pazienti.

Ospedale di Comunità di Roccadaspide (SA)²⁵

L'accesso all'OdC richiede il rispetto di specifiche condizioni, espresse nelle schede di valutazione che il medico operatore sanitario compila e invia all'OdC per una valutazione adeguata. La dimissione protetta verso l'OdC è subordinata al raggiungimento dei punteggi previsti da scale di valutazione standardizzate, essenziali per determinare il livello di criticità clinica e la complessità assistenziale/autonomia del paziente, assicurando un accesso agevole e tempestivo alle cure necessarie.

Le schede utilizzate per questa analisi dall'OdC di Roccadaspide sono due:

²³ Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità".

²⁴ <https://www.aslavelino.it/index.php/it/azienda/strutture/ospedale-di-comunita-bisaccia>

²⁵ Interlocuzioni con Azienda e "ALLEGATO 1: Scheda proposta ricovero OdC di Roccadaspide".

- La scheda *National Early Warning Score* (NEWS2) serve per valutare la stabilità clinica del paziente, aiutando a identificare il deterioramento clinico e a implementare tempestivamente le misure necessarie per un intervento rapido;
- La scheda IIA (Indice Intensità Assistenziale) si concentra sui bisogni specifici di assistenza infermieristica, esplicitando le finalità di indirizzare, guidare, sostenere, compensare e sostituire nel soddisfacimento del bisogno della persona.

In particolare, la scala NEWS2 permette di individuare i criteri di inclusione ed esclusione per l'accesso all'OdC. Il medico/Operatore Sanitario non procede alla compilazione se il paziente ha un punteggio totale pari o superiore a 4, o se uno dei parametri ha un punteggio di 3. In questi casi, il *setting* dell'OdC è considerato non idoneo per quell'assistito. Pertanto, se il valore della NEWS2 è pari o superiore a 4, non sarà necessario procedere con la compilazione della scheda IIA.

Sulla base delle due scale, è possibile individuare i criteri di eleggibilità e di esclusione per l'accesso all'OdC.

Criteri di eleggibilità:

Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- Pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato *setting* domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del *caregiver* nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;
- Programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- Intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- Assenza di instabilità clinica (NEWS2 < 4);
- Consenso informato del paziente.

Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- Paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- Assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 3 da almeno 72 ore e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- Intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- Percorso diagnostico completato;
- Prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- Programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- Consenso informato del paziente.

Criteri di esclusione:

- Pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 4 o uno dei parametri uguale a 3);
- Pazienti con diagnosi non ancora definita;
- Pazienti con intensità assistenziale alta (Indice di Intensità Assistenziale > 3);
- Pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in Cure Domiciliari con *setting* domiciliare adeguato;
- Pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;
- Pazienti per i quali sono già previsti *setting* specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- Presenza/persistenza di *delirium* all'atto dell'invio;
- Pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- Sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- Pazienti con età inferiore a 18 anni;

- Persone affette da patologie acute che necessitano di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.

I criteri appena esaminati fungono da discriminanti per l'accesso all'OdC sia nel caso in cui l'assistito provenga dall'Ospedale (transizione O-T), sia nel caso in cui il paziente provenga da una struttura del territorio o dal domicilio (come RSA, ADI, Struttura Riabilitativa o CdC).

La Scheda di ricovero utilizzata per l'Ospedale di Comunità di Roccadaspide, contenente i criteri di eleggibilità ed esclusione, e allegata al presente documento, verrà utilizzata come caso pilota per tutti gli OdC della Regione.

Ospedale di Comunità di Teano (CE)

Un Medico di Medicina Generale (MMG), che ricopre il ruolo di Coordinatore Clinico, responsabile del coordinamento delle attività ospedaliere, ha la responsabilità di validare e gestire le richieste di transizione verso l'OdC. Le richieste possono provenire sia dai Presidi Ospedalieri che dal territorio (ADI/ADP/Domicilio) e pervengono tramite il "Modulo di Proposta di Ricovero".

Il Coordinatore Clinico è tenuto ad esaminare con attenzione le richieste, avvalendosi delle informazioni ricevute. Qualora le informazioni disponibili non siano sufficienti per una valutazione completa, il Coordinatore ha la facoltà di richiedere ulteriori dettagli.

3.2. Modello di servizio

Il modello di servizio degli OdC si riassume in tre pilastri:

- ❖ **Target dei pazienti:** vengono illustrate le principali categorie di utenti eleggibili all'interno degli OdC;
- ❖ **Vocazioni e trade-off:** vengono illustrate le principali vocazioni che gli OdC possono assumere;
- ❖ **Ruolo degli OdC nella filiera assistenziale:** viene definito il ruolo degli OdC nell'ambito della filiera assistenziale.

3.2.1 Target di pazienti²⁶

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.

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 multi morbidità, **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;

²⁶ DM 77/2022: "Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" e "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

- 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. 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.

3.2.2 Le vocazioni degli OdC

Analisi recenti²⁷ hanno mostrato come gli attuali modelli organizzativi degli OdC siano eterogenei e si siano sviluppati in virtù di contingenze storiche e della configurazione della rete assistenziale circostante e preesistente. I requisiti strutturali del DM77/22 non vanno, infatti, intesi come una richiesta di omogeneità nei modelli organizzativi e di servizio, quanto piuttosto un'omogeneità in termini di esito e *outcome* di salute, riducendo le disuguaglianze territoriali e garantendo equa disponibilità e accessibilità ai servizi, valutati non singolarmente ma nel complesso, integrati nella filiera assistenziale. In quest'ottica, le vocazioni degli OdC possono differenziarsi a seconda di due principali variabili: la localizzazione fisica della struttura e il *mix* e la tipologia di personale impiegato nella struttura (Fig. 7).

Relativamente alla localizzazione, il DM77/22 indica che 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 (vd. par. 3.3.2). Inoltre, l'OdC può trovarsi in aree centrali a più alta densità abitativa o in aree rurali più disperse e remote, quindi lontane da altri servizi di cura. In genere, la popolazione che vive nelle aree rurali è più anziana, spesso con un livello di reddito e di istruzione inferiori²⁸. In quest'ottica, è opportuno che la programmazione delle strutture tenga in considerazione il bacino di utenza di riferimento, le sue caratteristiche strutturali, d'età, di condizioni sociali e familiari.

L'OdC, pur chiamandosi "ospedale", si differenzia da un *setting* per acuti anche in virtù della sua potenzialità di essere una struttura più "famigliare" e "a misura di paziente". Se la localizzazione e il bacino di riferimento sono relativi al lato della domanda di cure, la seconda variabile per definire la vocazione prevalente dell'OdC riguarda il modello di offerta e le risorse disponibili per garantire le cure, ovvero il *mix* di figure professionali impiegate all'interno della struttura. Assodato che il DM 77/2022 assegna la responsabilità igienico sanitaria e clinica a un professionista medico e quella organizzativa a un responsabile infermieristico, la gestione e l'attività all'interno dell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione di diverse competenze (vd. par. 3.1.2). La scelta del *mix* di personale da allocare (nel rispetto degli *standard* previsti) avrà conseguenze significative sulle competenze presenti nella struttura, nei conseguenti servizi offerti e *target* di pazienti attratti.

²⁷ Rapporto OASI 2021: "Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro" (Fattore *et al.*) e Rapporto OASI 2022: "Gli Ospedali di Comunità: quali prospettive alla luce del PNRR?" (Fattore *et al.*)

²⁸ *Predominantly rural regions experience depopulation* (2023), Products Eurostat News - Eurostat. Disponibile a: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/DDN-20230117-2>.



Figura 7: I trade-off per definire l'identità degli OdC Campani

Nei **bacini urbani**, la progettazione dei *setting* assistenziali tende a puntare sulla complementarità con le strutture esistenti, evitando sovrapposizioni e favorendo il coordinamento tra i vari livelli della filiera dei servizi. A seconda che il modello sia orientato maggiormente su competenze infermieristiche, riabilitative o sociosanitarie, si possono configurare **tre possibili scenari di OdC**.²⁹ Resta inteso che tali casistiche non costituiscono modelli mutuamente esclusivi o rigidamente definiti, ma illustrano a scopo puramente esemplificativo le diverse possibilità di organizzazione del *setting*. **Si precisa che, indipendentemente dalla prevalenza di personale individuata, devono essere rispettati gli standard previsti dalle linee guida ministeriali.**³⁰

Nel **primo scenario**, caratterizzato da una prevalenza di personale infermieristico, il *setting* è pensato per supportare le dimissioni ospedaliere (in una logica di *step down*) o per prevenire nuovi ricoveri (*step up*) di pazienti complessi ma clinicamente stabili. Si tratta, infatti, di rispondere alle esigenze dei pazienti *target* indicati dal DM77: per la logica *step up*, l'ospedale di comunità è pensato per 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; per la logica *step down*, per pazienti, prevalentemente affetti da multi morbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa.

Questa tipologia di struttura può essere localizzata all'interno dell'ospedale stesso e consente una gestione efficiente della transizione del paziente verso il contesto più appropriato. Ogni turno potrebbe prevedere la presenza di due infermieri, un OSS e un fisioterapista (o comunque, una prevalenza di infermieri). L'integrazione con l'ospedale è fondamentale per garantire continuità delle cure e consulti specialistici, anche da remoto, nei casi subacuti.

Nel **secondo scenario**, si punta invece su una maggiore presenza di fisioterapisti, orientando il *setting* verso attività riabilitative e di educazione terapeutica, rivolte sia al paziente che al *caregiver*. In questo modello, il personale potrebbe includere, in ciascun turno, un solo infermiere, due OSS e due fisioterapisti (o comunque, una prevalenza di fisioterapisti). Questa configurazione mira a rendere il paziente più autonomo in vista del ritorno al domicilio e richiede, eventualmente, anche il coinvolgimento di assistenti sociali ed educatori professionali. Le strutture ideali per questo modello potrebbero essere i centri polifunzionali o le Case della Comunità, che facilitano l'integrazione con i servizi sociali e le attività di volontariato.

Infine, un **terzo modello** può privilegiare la presenza di operatori socio-sanitari (OSS), delineando una struttura adatta ad accogliere pazienti fragili, provenienti sia dal domicilio che dall'ospedale, con bisogni assistenziali legati alla quotidianità. Qui il *mix* prevede, in ogni turno, un infermiere, un fisioterapista e due OSS (o comunque, una prevalenza di OSS). Questo tipo di *setting* trova la sua collocazione ideale presso

²⁹ Rapporto OASI 2021: "Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro" (Fattore *et al.*) e Rapporto OASI 2022: "Gli Ospedali di Comunità: quali prospettive alla luce del PNRR?" (Fattore *et al.*)

³⁰ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

strutture residenziali per anziani, dove può offrire un supporto continuativo a chi necessita di assistenza nelle attività quotidiane.

In sintesi, ciascun modello risponde a bisogni specifici: dal supporto clinico alla riabilitazione, fino all'assistenza di base, orientando la composizione del personale e la localizzazione del servizio in base alle caratteristiche dell'utenza e del territorio.

In tutti e tre i modelli descritti, resta centrale la funzione educativa, di supporto e di addestramento del paziente alla gestione della propria terapia. L'elemento distintivo dell'OdC rispetto all'ospedale tradizionale è proprio la sua capacità di promuovere l'*empowerment* del paziente, accompagnandolo verso una maggiore autonomia e coinvolgendo attivamente anche la rete familiare e di supporto. L'OdC, infatti, si configura come un contesto orientato al *family care* e all'umanizzazione delle cure.

Quando l'OdC si trova **in aree decentrate o rurali**, tuttavia, è opportuno adottare strategie organizzative diverse, tenendo conto di specifiche condizioni locali: un'età media più elevata della popolazione, una maggiore difficoltà da parte degli utenti nell'esprimere i propri bisogni di salute, una minore disponibilità di strutture sul territorio e reti di supporto meno presenti. In questi contesti, l'OdC potrebbe avere **una missione più flessibile e ibrida**, capace di adattarsi a *target* differenti e di rispondere efficacemente a bisogni emergenti. Le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche locali influenzano la struttura e la composizione del personale. Una delle sfide principali nei *setting* rurali è l'uso efficace della telemedicina. Durante la degenza, il personale in loco può ricevere supporto da colleghi ospedalieri tramite teleconsulto, mentre, una volta dimesso il paziente, gli strumenti digitali diventano fondamentali per garantire continuità assistenziale attraverso televisite e per mantenere il coordinamento tra i diversi professionisti del territorio. Inoltre, laddove possibile, i pazienti stessi possono essere educati all'uso delle tecnologie, rendendole uno strumento attivo per la gestione della propria salute. In questo modo, l'OdC può superare i limiti geografici e rafforzare la propria capacità di presa in carico e continuità delle cure.

3.2.3 Il ruolo degli OdC nella filiera assistenziale³¹

Gli OdC si inseriscono all'interno di un contesto più ampio, in stretta relazione con la rete ospedaliera e con la rete sanitaria territoriale, tramite un alto livello di interdisciplinarietà.

Insieme agli altri *setting* previsti dal DM77/22, in particolare CdC e COT, contribuiscono alla predisposizione di 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.³²

Pur avendo un'autonomia funzionale, gli OdC operano in forte integrazione con la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. In caso di emergenza, infatti, dovranno essere attivate le procedure di emergenza tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale e, 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.

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

L'ingresso del paziente e la gestione dell'accesso ai posti letto in OdC avvengono sotto la supervisione organizzativa delle COT, secondo quanto stabilito nel PAI e nel rispetto delle tempistiche di gestione della COT previste, assicurando così un presidio costante del percorso assistenziale e rafforzando l'integrazione e il coordinamento tra le strutture coinvolte. I professionisti sanitari si occupano della gestione delle attività assistenziali e cliniche.

Se il paziente proviene dall'ospedale, la COT attiverà una transizione di tipo Ospedale – Territorio (O-T). Qualora il paziente provenga invece da una struttura del territorio o dal domicilio, la transizione sarà di tipo Territorio – Territorio (T-T).

³¹ DM 77/2022: "Nuovi modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" e Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità".

³² "Linee guida per comprovare il raggiungimento del *target* PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

La COT dovrà verificare il rispetto di determinati criteri prima di attivare una transizione verso l'OdC, assicurandosi che si tratti di pazienti con episodi di acuzie minore o riacutizzazioni. In questo contesto, le modalità di accesso dovranno essere agevoli e tempestive.³³

La dimissione, entro 30 giorni, potrebbe avvenire con l'attivazione di eventuali percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione di assistenza domiciliare o erogazione di prestazioni/presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete come hospice, RSA e lungodegenza).

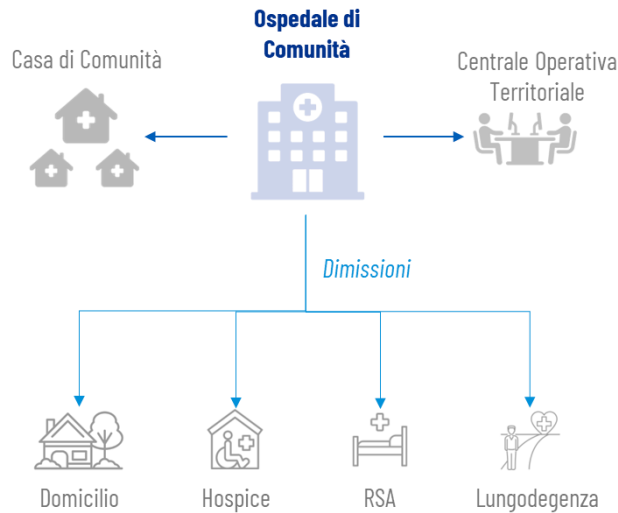


Figura 8: Interconnessione tra gli OdC e la filiera assistenziale

3.3. Condizioni organizzative

Le condizioni organizzative degli OdC si riassumono in quattro pilastri:

- ❖ **Distribuzione sul territorio degli OdC:** viene illustrata la distribuzione in termini numerici e di localizzazione degli OdC sul territorio campano e il cronoprogramma per la loro realizzazione;
- ❖ **Requisiti generali e standard tecnologici e strutturali:** vengono illustrate le disposizioni relative alla struttura e alle strumentazioni mediche, oltre ad ulteriori requisiti generali e di efficienza energetica;
- ❖ **Meccanismi di integrazione:** vengono illustrate le possibili modalità di integrazione dei servizi degli OdC all'interno dell'intera filiera;
- ❖ **Strumenti informativi:** vengono illustrati i sistemi IT e gli strumenti informativi a supporto delle funzioni gestite dagli OdC.

3.3.1 Distribuzione sul territorio degli OdC

Gli *standard* del DM77/22 prevedono la costituzione di un OdC da 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. Il numero di OdC da attivare previste dal PNRR, come *target* minimo per la Campania, è di 48 strutture distribuite sul territorio delle 7 ASL Campane: 29 OdC saranno realizzati la riconversione di edifici preesistenti e 19 OdC saranno edificati ex-novo.

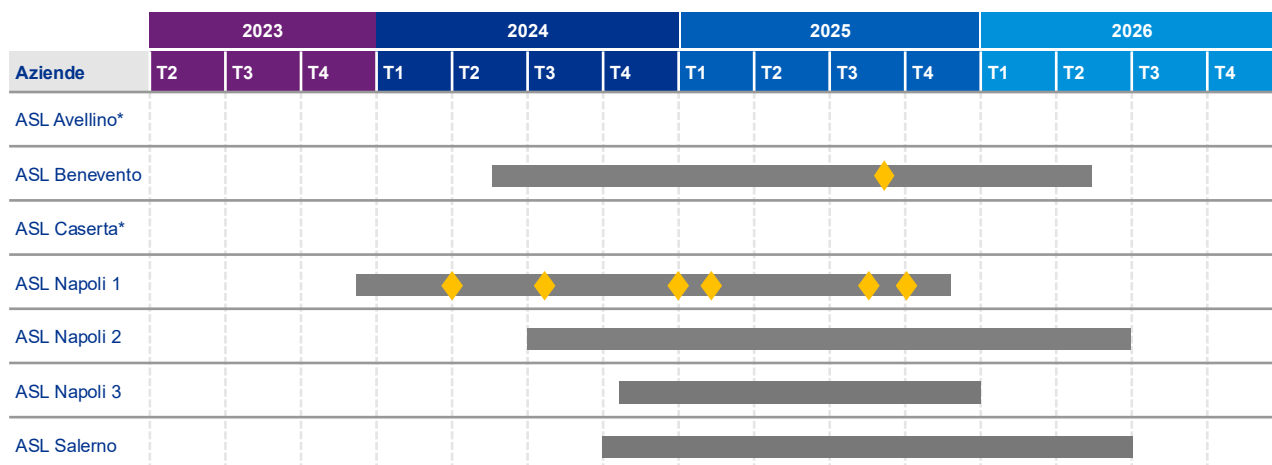
Di seguito il dettaglio della localizzazione dei 48 OdC distinti per Azienda.

³³ Intesa, ai sensi dell'articolo 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.



Figura 9: Numeriche e localizzazione degli OdC sul territorio Campano³⁴

Di seguito il riepilogo della data effettiva di fine esecuzione lavori per la realizzazione degli OdC per ciascuna Azienda.



Alcuni OdC saranno realizzate prima della data di fine lavori di tutta l'Azienda. Le stesse sono indicate con il simbolo ♦ nel diagramma GANTT.

*Le informazioni su data inizio e fine lavori per gli OdC di ASL Avellino e ASL Caserta lavori non sono disponibili.

Figura 10: Riepilogo date fine lavori degli OdC in Campania³⁴

Di seguito si riportano le tre esperienze di OdC già attivi in Regione Campania.

Ospedale di Comunità di Bisaccia (AV)

Nel Decreto n.62 del 30 novembre 2017 recante il “Programma degli interventi di edilizia sanitaria”, al fine di potenziare l’offerta territoriale, era stata programmata l’integrazione dello stabilimento di Bisaccia, già convertito in struttura territoriale, con 10 posti letto dedicati all’OdC (scheda di intervento n.1).³⁵

È stato inaugurato nel 2021 ed è ubicato presso la Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia, nella quale insiste anche lo PSAUT per l’Emergenza Urgenza territoriale, oltre al Poliambulatorio al Centro vaccinale, al Consultorio, alla SUAP (Speciale Unità di Accoglienza Permanente per le persone in stato vegetativo e di minima coscienza), alla RSA Disabili, all’Hospice e alla SIRE (Struttura intermedia Riabilitazione Psichiatrica Estensiva).

³⁴ Piano operativo regionale - Investimenti Missione 6 Salute. Allegato al Contratto istituzionale di sviluppo per l’esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.) tra Ministero della Salute e Regione Campania (CIS). Novembre 2024.

³⁵ Decreto n.62 del 30 novembre 2017 recante il “Programma degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 della L. 67/88 – III fase. Interventi prioritari. Decreto commissariale n. 7 dell’8.02.2017. Integrazione e modifica”.

La SPS rappresenta un Centro attivo e dinamico della Comunità locale per la salute e il benessere, in grado di raccogliere la domanda dei cittadini e di organizzare la risposta nelle forme e nei luoghi appropriati³⁶.

La struttura consente il ricovero di³⁷:

- Pazienti con patologie acute minori che non necessitano di cure ospedaliere.
- Pazienti con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica (valutazione prognostica 2/3 gg - max 20 gg).
- Pazienti che necessitano di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa.

Ospedale di Comunità di Roccaspide (SA)

Nel Decreto n.62 del 30 novembre 2017 recante il “Programma degli interventi di edilizia sanitaria”, al fine di potenziare l’offerta territoriale, era stata programmata la realizzazione di un Ospedale di Comunità nel presidio di Roccaspide (scheda di intervento n.30).³⁸

È stato inaugurato nel 2024 ed è ubicato all’interno degli stessi locali del Presidio Ospedaliero per acuti.

È dotato di 20 posti letto e di un’équipe composta da 9 infermieri, 6 OSS e 34 MMG, necessari a garantire i turni e appartenenti all’AFT dei Comuni della Valle del Calore.

Il modulo assistenziale dell’OdC è a gestione distrettuale e, seppur inserita all’interno del presidio ospedaliero, è destinata a pazienti che necessitano di cure a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Svolge infatti una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, all’interno della quale medici di base, infermieri e Oss provvederanno alla cura di pazienti cronici e faciliteranno la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al domicilio.

La struttura consente il ricovero di:

- Pazienti provenienti dal domicilio che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato *setting* domiciliare
- Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in condizioni stabili, con una diagnosi e un piano terapeutico già stabiliti, ma che ha ancora bisogno di interventi sanitari a bassa intensità che non possono essere erogati a domicilio.

Ospedale di Comunità di Teano (CE)³⁹

L’OdC è stato inaugurato nel 2011 ed è situato all’interno del vecchio Ospedale AGP di Teano, facente parte del Distretto Sanitario n.14 dell’ASL Caserta, in cui è attivo anche il servizio di Guardia Medica, 118 e PSAUT.

È dotato di 20 posti letto e può usufruire di tutti i servizi sanitari del Distretto e dei Poliambulatori, come attività di prelievi per esami di laboratorio, attività di radiologia tradizionale ed ecografia e tutte le attività di consulenza specialistica (chirurgia, cardiologia, oculistica, dermatologia, ORL, neurologia, ginecologia, ortopedia, psichiatria).

La struttura consente il ricovero, mediante una procedura standardizzata, di:

- Pazienti proveniente dal territorio (ADI/ADP/Domicilio) con necessità di assistenza medica ed infermieristica costante, pur non presentando patologie acute;
- Pazienti con necessità di ulteriore assistenza prima della completa deospedalizzazione.

La presa in carico avviene dopo una valutazione clinica effettuata dal MMG o dal medico del reparto di provenienza, in collaborazione con il medico in servizio e/o con il responsabile dell’OdC. Il “Modulo di Proposta di Ricovero” compilato dal medico di riferimento contiene informazioni sul Percorso Terapeutico Assistenziale.

L’assistenza medica è assicurata durante le ore diurne da MMG, sotto il coordinamento di un MMG con funzioni di Referente Responsabile della Struttura. Nelle ore notturne, così come nei giorni festivi e prefestivi, il servizio è garantito dalla Guardia Medica. Oltre all’assistenza medica, l’assistenza infermieristica è continuativa, garantita 24 ore su 24 da operatori del comparto, infermieri e OSS.

³⁶ Delibera della Giunta Regionale n.389 del 30 giugno 2023: “Atto Aziendale ASL Avellino. Approvazione con prescrizioni”.

³⁷ <https://www.aslavinello.it/index.php/it/azienda/strutture/ospedale-di-comunita-bisaccia>

³⁸ Decreto n.62 del 30 novembre 2017 recante il “Programma degli interventi di edilizia sanitaria ai sensi dell’art. 20 della L. 67/88 – III fase. Interventi prioritari. Decreto commissariale n. 7 dell’8.02.2017. Integrazione e modifica”.

³⁹ “Guida ai Servizi – Ospedale di Comunità di Teano – ASL Caserta” (2015).

3.3.2 Requisiti generali e *standard* tecnologici e strutturali

L'OdC deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria, 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 e materiali esplodenti⁴⁰. 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.⁴¹

L'identificazione della struttura da utilizzare come OdC deve seguire il criterio dell'economicità e razionalità e la progettazione degli spazi è orientata principalmente a garantire il benessere fisico e psicologico del paziente⁴⁰.

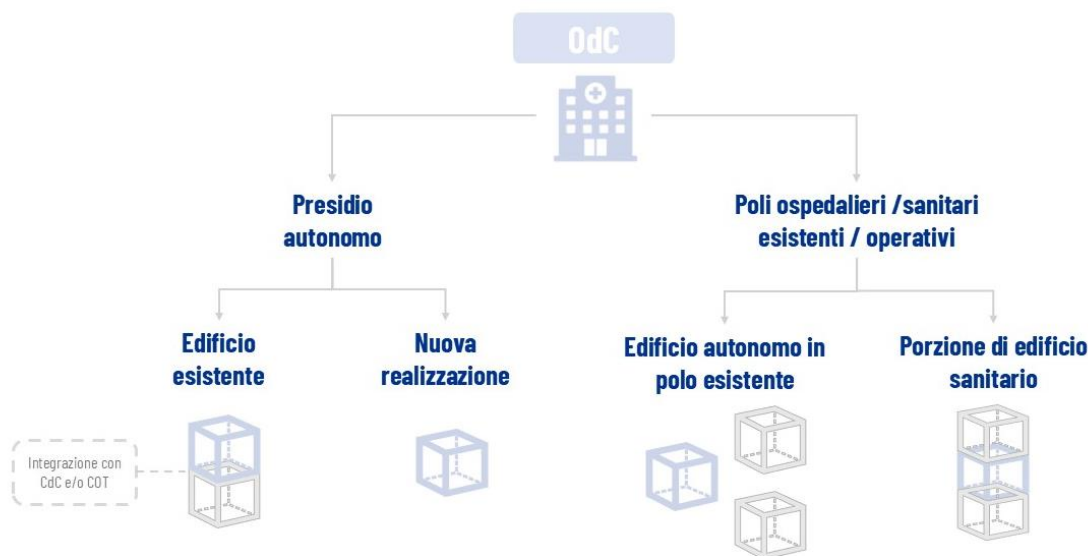


Figura 11: Possibili scenari di localizzazione e inserimento dell'OdC⁴²

L'OdC deve essere dotato di⁴²:

- Area degenza, comprensiva di uno o due moduli da 20 posti letto e locali attrezzati per le principali attività motorie e riabilitative;
- Area servizi generali, deputata all'accoglienza degli utenti e del personale;
- Area logistica, che comprende 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, inoltre sono ammesse esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia).
- Area locali tecnici.

Il percorso di accesso dovrà essere privo di barriere architettoniche e consentire un passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione, inoltre dovrà essere dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore⁴³.

⁴⁰ Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante "Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità".

⁴¹ DM 77/2022: "Nuovi modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" e "Linee guida per comprovare il raggiungimento del *target* PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

⁴² Quaderno Monitor a cura di AGENAS: "Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità" (2022) e "Linee guida per comprovare il raggiungimento del *target* PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

⁴³ D.G.R.C. n. 682 del 13 dicembre 2022: "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022".



Figura 12: Standard strutturali delle aree funzionali e locali degli OdC

A supporto dell'attività di monitoraggio dei pazienti dovranno essere disponibili i seguenti strumenti⁴⁴:

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

La dotazione dei dispositivi dovrà essere adeguata in termini di tipologia e quantità in relazione alla specificità dell'attività svolta.

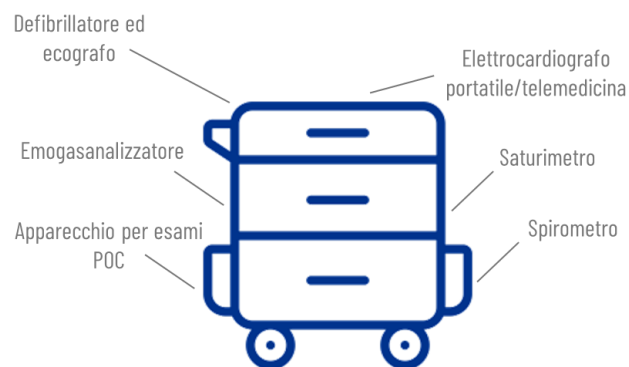


Figura 13: Dispositivi diagnostici negli OdC

Inoltre, in conformità a quanto previsto dalla *Council Implementing Decision (CID)*, gli Ospedali di Comunità rispettano i requisiti generali e di efficienza energetica e sono dotate di attrezzature tecnologiche, destinate al trattamento di 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)⁴⁵.

È stato assicurato, ai sensi dell'articolo 18 del Regolamento (UE) n. 241/2021, il perseguimento del principio di "non arrecare danno significativo agli obiettivi ambientali" (*"Do No Significant Harm"* - DNSH) di cui all'articolo 17 del Regolamento (UE) n. 852/2020, secondo quanto definito dalla Circolare della Ragioneria Generale dello

⁴⁴ D.G.R.C. n. 682 del 13 dicembre 2022: "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022".

⁴⁵ "Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11 "Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche", Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)" (Aprile 2025) – Allegato 1: "Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell'ingegnere indipendente" – Allegato 3b: "Check list ODC".

Stato del 14 maggio 2024, n. 22 “Aggiornamento Guida operativa per il rispetto del principio di non arrecare danno significativo all’ambiente (cd. DNSH)” che ha aggiornato la Circolare n. 33 del 13 ottobre 2022⁴⁶.

3.3.3 Sistemi informativi⁴⁷

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. 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.

I sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, può avvenire anche attraverso servizi di telemedicina.



Figura 14: Tool da inserire negli OdC

4. Monitoraggio delle prestazioni degli OdC

Il funzionamento del sistema OdC verrà monitorato e valutato a livello regionale e a livello di singola ASL. Tramite l'utilizzo di KPI è possibile misurare la **disponibilità**, l'accessibilità, la **conoscibilità** e il **grado di integrazione** con la filiera, gli **esiti di salute** e i **benefici sui pazienti**, in termini di appropriatezza della risposta ai loro bisogni.

Gli indicatori da prendere in considerazione secondo le normative vigenti sono illustrati nella figura seguente⁴⁷.

⁴⁶ “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11 “Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche”, Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)” (Aprile 2025) – Allegato 1: “Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell’ingegnere indipendente” – Allegato 3b: “Check list ODC”.

⁴⁷ DM 77/2022: “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” e “Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-11 “Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche”, Investimento: M6C1I1.3 – Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)” (Aprile 2025) – Allegato 1: “Guida operativa per la redazione della relazione da parte dell’ingegnere indipendente” – Allegato 3b: “Check list ODC”.

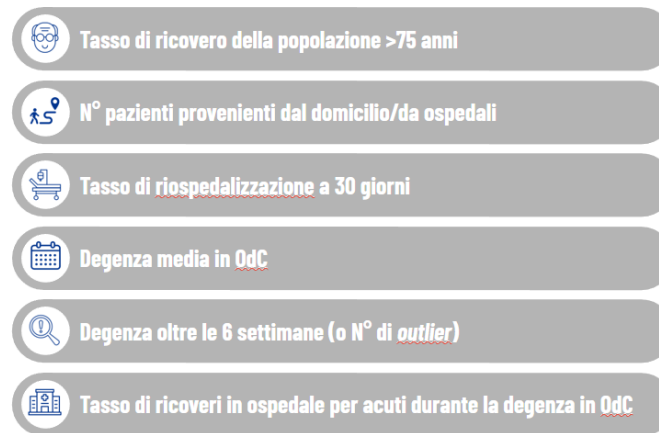


Figura 15: Indicatori KPI per il monitoraggio delle prestazioni degli OdC

5. Applicazione del modello operativo degli OdC: use case

Si riporta di seguito uno use case esemplificativo del modello operativo proposto relativamente all'accesso in OdC di un paziente eleggibile.



Figura 16: Use case di applicazione del modello operativo degli OdC

Profilo del paziente

Il caso in esame riguarda Aldo, un paziente di 67 anni, pensionato, residente in una zona rurale e privo di una rete familiare prossima. Il paziente presenta una diagnosi di scompenso cardiaco e diabete mellito, patologie che richiedono una gestione clinica continuativa e un attento monitoraggio.

Ricovero ospedaliero e attivazione della rete territoriale

A seguito di una riacutizzazione del quadro clinico legato allo scompenso cardiaco, Aldo è stato ricoverato in ospedale per un periodo di 10 giorni, durante il quale ha ricevuto un trattamento farmacologico specifico e la stabilizzazione dei parametri vitali. Dimesso con un quadro clinico apparentemente stabile, Aldo, rientrato al proprio domicilio, ha manifestato difficoltà nella gestione autonoma della terapia farmacologica e segni di disorientamento, tali da configurare un rischio concreto di rapido peggioramento dello stato di salute e di riaccesso al Pronto Soccorso. Alla luce di tali criticità, si è ritenuto di procedere alla segnalazione del caso alla COT per richiedere l'ingresso del paziente presso l'OdC.

Ingresso in OdC e valutazione multidimensionale

All'ingresso in OdC, l'*équipe* multidisciplinare ha eseguito una valutazione multidimensionale, volta ad analizzare non solo lo stato clinico, ma anche gli aspetti sociali, ambientali e funzionali. In particolare, sono state rilevate difficoltà nella gestione della terapia, criticità legate all'isolamento sociale e carenze nel supporto familiare.

Percorso assistenziale durante la degenza in OdC

Nel corso della degenza presso l'OdC, Aldo ha beneficiato di un percorso di assistenza personalizzato, comprensivo di:

- somministrazione e monitoraggio della terapia farmacologica;
- interventi educativi per la gestione autonoma della terapia insulinica;
- *counseling* nutrizionale finalizzato al miglioramento delle abitudini alimentari;
- cicli di fisioterapia leggera mirati al recupero dell'autonomia motoria.

Dimissione e continuità della presa in carico

A seguito del raggiungimento di condizioni cliniche stabili e di un livello adeguato di consapevolezza nella gestione della propria patologia, Aldo è stato dimesso dall'OdC con un piano di continuità assistenziale personalizzato, che ha previsto l'attivazione dell'ADI per i primi 30 giorni post-dimissione, al fine di garantire una presa in carico territoriale strutturata e coordinata.