

Al via l'Ospedale di Comunità, ma la matrice originaria sembra perduta

In Conferenza Stato-Regioni sono stati messi nero su bianco i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi dell'Ospedale di Comunità. Un traguardo raggiunto con più di cinque anni di ritardo rispetto alla data prefissata.

Nel frattempo nella riorganizzazione delle cure territoriali, avvenuta in questi anni, gli OdC sembrerebbero aver perso la loro matrice originaria e nelle sperimentazioni attuali si ritrovano ad essere gestiti con un criterio sempre più ospedaliero che caratterizza anche il documento prodotto dalle Regioni

Dopo sette mesi di stallo è stata finalmente trovata la quadra tra Governo e Regioni per l'attuazione degli Ospedali di Comunità (OdC), a confermarlo il Presidente della Conferenza delle Regioni, **Stefano Bonaccini**: "Con la recente intesa in Conferenza Stato-Regioni nasce l'Ospedale di Comunità. È una conquista sociale molto attesa che caratterizzerà in meglio il nostro servizio sanitario. Sarà una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica. L'Ospedale di Comunità svolgerà insomma una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero".

► Lo mission originaria

Per dovere di cronaca ricordiamo che gli OdC nella metà degli anni 90 hanno rappresentato un vero e proprio sogno per la Medicina Generale. Di fatto è il Mmg che ha "inventato" l'Ospedale di Comunità, come servizio pensato dal basso. Un'idea che inizialmente è sor-

ta per ridurre le tensioni sociali all'indomani della decisione di sopprimere gli ospedali con meno di 120 posti letto (Finanziaria 1992). Il primo Ospedale di Comunità sorse in Romagna nella seconda metà degli anni '90 (Premilcuore 1995, Modigliana 1996) e ha rappresentato la prima esperienza nazionale di équipe territoriale e associazionismo medico complesso.

La *mission* originaria è stata quella di poter dare assistenza e cura a persone che non necessitano della complessità del livello ospedaliero, ma che non possono risolvere i loro problemi a domicilio.

Ma nella riorganizzazione delle cure territoriali, avvenuta in questi anni, gli OdC hanno perso la loro matrice originaria e nelle sperimentazioni attuali si ritrovano ad essere gestiti con un criterio sempre più ospedaliero che anche il documento prodotto dalle Regioni sembra testimoniare.

"Con questa intesa - ha precisato Bonaccini - abbiamo definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità pubblici o privati".

"Era un traguardo già fissato nel Patto per la salute 2014-2016 che ora - conclude Bonaccini - viene raggiunto grazie all'intenso lavoro congiunto delle Regioni e del Governo". La responsabilità clinica dei pazienti ricoverati nella struttura è attribuita a un medico di famiglia (pediatra di libera scelta se OdC pediatrico) oppure ad un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il Ssn o appositamente incaricato dalla direzione della struttura (per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura). La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

► Identikit dell'OdC in sintesi

• **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.

Posti letto - L'OdC ha un numero limitato di posti letto, di norma tra 15 e 20. È possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre.

• **Accesso** - 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 (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità. 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. 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).

• **Organizzazione e responsabilità** - La gestione delle attività dell'OdC è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie. La responsabilità gestionale-organizzativa complessiva dell'OdC. è in capo ad una figura individuata anche tra le

professioni sanitarie dalla articolazione territoriale aziendale di riferimento e svolge a che una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale.

La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a un medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se OdC pediatrico) oppure ad un medico operante nella struttura scelto tra i medici dipendenti o convenzionati con il Ssn o appositamente incaricato dalla direzione della struttura (Per le strutture private, un medico incaricato dalla struttura).

La responsabilità assistenziale è in capo all'infermiere secondo le proprie competenze. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

• **Aspetti strutturali** - 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. Aspetti strutturali da contemplare nei requisiti regionali: Spazio attesa visitatori; Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 posti letto 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.

Tecnologia - Aspetti tecnologici da contemplare nei requisiti regionali: Impianto di climatizzazione tale

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

• **Requisiti organizzativi e standard clinico-assistenziali** - L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e compresi i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali. L'Ospedale di Comunità costituisce un setting ideale per promuovere una maggior 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.



Attraverso il presente QR-Code è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf del Documento Regioni