

SCRIVI ALLA REDAZIONE Il mio account ▾

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Home

News

Governano

Regioni e ASL

Innovazione

Professioni

Studi e Ricerca

Farmaci

Save the Date

Al via l'ospedale di comunità

20/02/2020 in Governo



Cerca nel sito



Sfogliala rivista



1/2 - 2020

Il presidente della Conferenza Regioni Stefano Bonaccini: Una conquista sociale.

“Con l'intesa di oggi in Conferenza Stato-Regioni nasce l'Ospedale di Comunità. È una conquista sociale molto attesa che caratterizzerà in meglio il nostro servizio sanitario”, ha commentato il Presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini. “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”. Con questa intesa 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”.

L'Ospedale di Comunità: scheda di sintesi

SEDE – L'O.d.C. 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'O.d.C. 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.

L'ACCESSO – Possono accedere all'O.d.C. 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'O.d.C. 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'O.d.C. 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 O.d.C. 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



**SOFTWARE
PER LE
ISTITUZIONI**



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'O.d.C. 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.



◀ Specializzandi in corsia, Standard in accordi tra Regioni e Università per dare uniformità al sistema



Iscriviti alla Newsletter

Nome *

Cognome *

Email *

ISCRIVITI!!

Panorama della Sanità

Mensile di informazione & analisi dei sistemi di Welfare
 Reg. Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988
 Direttore Responsabile: Giovanni Orfei
 Direttore Editoriale: Mariapia Garavaglia
 KOS COMUNICAZIONE E SERVIZI srl
 P.Iva e C.F. 11541631005 – n. REA RM1310538
 Via Vitaliano Brancati 44 – 00144 Roma
 Tutti i diritti sono riservati.

[Termini e condizioni](#) [Cookies](#) [Privacy Policy](#)

TAGS

Agitazione appropriatezza Arsenà assistenza Bartoletti budget cimo cittadini competenze convegno direttore Direttore Generale diritto sanitario e-health economia farmacia Farmacovigilanza Fiaso Fimmg Fimp Fse Governo isop italia Lorenzin management manager manualistica medicina Napolitano Prevenzione Professioni Renzi responsabilità risorse ruolo Salute Sanità sanità digitale Sciopero settimanale slider spesa Stati Generali vaccini

