





**Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un
Ospedale di Comunità**

**Regolamento Aziendale
Cod. RA38AUSLBO**

Redazione	<p><u>Coordinatore del Gruppo:</u> Vera Maria Avaldi – UO Governo clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità</p> <p><u>Gruppo di redazione:</u> Fortunato Ambrosano - UO Savena Idice (DATeR) Manuela Aporti – Direzione sanitaria Camilla Benedetti – Medico di Medicina Generale Elena Graziani - UO UASS Bologna Erika Lenzi – UO Sistemi informativi aziendali Rosangela Longhi – UO Applicativi Sanitari Fabiola Maioli - UO Percorsi Geriatrici Integrati Antonella Paioli - UO Riabilitazione Ospedaliera Flavia Rallo – UO Direzione Medica Ospedali Maggiore e Bellaria Alessandra Rocca – UO Cure Primarie Savena Idice Gemma Verbena – Management Processi Assistenziali per la Transizione, Cure Intermedie e Domiciliarità (DATeR)</p>
Verifica	<p>Federica Lugaresi Responsabile UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino</p> 
Approvazione	<p>Lorenzo Roti Direttore Sanitario</p> 

Elenco allegati

Allegato N.	Titolo dell'allegato	Codice
1	Format Lettera apertura OdC	
2	Format Lettera chiusura OdC	

Sommario

1	Obiettivi.....	2
2	Campo e luoghi di applicazione.....	2
3	Riferimenti normativi, bibliografici e documentali.....	2
4	Abbreviazioni.....	3
5	Descrizione.....	3
5.1	Definizione-Mission.....	3

5.2	Sede	4
5.3	Posti letto e logistica	5
5.4	Target di utenza	6
5.5	Personale	8
5.6	Modello operativo	11
5.6.1	<i>Valutazione e Accesso</i>	11
5.6.2	<i>Erogazione delle cure/Modello clinico assistenziale</i>	15
5.6.3	<i>Dimissione</i>	16
5.7	Strumenti di lavoro	16
5.8	Monitoraggio e valutazione	17
5.9	Indicazioni per attivazione OdC	18

1 Obiettivi

Il presente Regolamento definisce il modello operativo per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità (OdC) nel territorio dell'Azienda USL di Bologna sulla base della normativa e dei documenti di riferimento ministeriali e regionali. Tale Regolamento è il documento aziendale di riferimento per la definizione dei singoli progetti operativi degli OdC che devono essere redatti per l'attivazione di un ogni nuovo OdC.

2 Campo e luoghi di applicazione

Il presente regolamento si applica per l'attivazione e la declinazione organizzativa di un OdC nel territorio dell'Azienda USL di Bologna.

Luogo di applicazione del presente Regolamento sono il territorio e le articolazioni organizzative dell'Azienda USL di Bologna.

3 Riferimenti normativi, bibliografici e documentali

- Patto per la Salute 2014-2016
- DM 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- DGR 2040/2015: Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012 e dal DM Salute 70/2015
- Piano nazionale della cronicità 2016
- Allegato A dell'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, il quale ha provveduto a definire i requisiti di accreditamento a livello nazionale per gli Ospedali di Comunità
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2021
- 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"
- Quaderno di Monitor "Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità", AGENAS in collaborazione con il Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del Politecnico di Milano, Novembre 2022

- PG 0123503 del 08/11/2022 Documenti di indirizzo AGENAS per la progettazione delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità.
- Delibera aziendale n.94 del 22/03/2023 avente oggetto "Approvazione del documento di progetto "Modelli organizzativi di continuità assistenziale e di gestione integrata della persona - Declinazione operativa"

4 Abbreviazioni

ABBREVIAZIONI	
ADT	Accettazione/Dimissione/Trasferimento
BRASS	Blaylock Risk Assessment Screening Score
CAU	Centri Assistenza in Urgenza
COT	Centrale Operativa Territoriale
CUM	Centrale Unica Metropolitana
DAATO	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere
DASS	Direzione Attività Socio-Sanitarie
DATeR	Dipartimento Assistenziale Tecnico e Riabilitativo
DCP	Dipartimento Cure Primarie
ICT	Information and Communication Technologies
IFeC	Infermiere di Famiglia e Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
OdC	Ospedale di Comunità
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PL	Posti Letto
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PN	Primary Nursing
SIRCO	Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TCI	Team Cure Intermedie
TRST	Triage Risk Screening Tool
UASS	Unità Attività Socio-Sanitarie
UO/UOC	Unità Operativa Complessa

5 Descrizione

5.1 Definizione-Mission

L'OdC è una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a 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 potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio. Tra gli obiettivi primari del ricovero vi è 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.

L'OdC 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.

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.

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

5.2 Sede

L'OdC può essere collocato in:

- una sede propria
- una Casa della Comunità
- altra struttura sanitaria polifunzionale
- una struttura residenziale sociosanitaria (es. CRA etc)
- una struttura ospedaliera pubblica o privata

L'OdC è riconducibile a servizi ricompresi nell'assistenza territoriale e il Dipartimento dell'Integrazione assicura il governo clinico e la copertura del personale medico, il Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo assicura la gestione dell'assistenza e dei processi riabilitativi e il Dipartimento Cure Primarie assicura l'organizzazione e la gestione complessiva delle strutture.

Nel caso in cui l'OdC sia collocato in un presidio ospedaliero aziendale, nel progetto operativo di struttura va definito e declinato il ruolo e le eventuali responsabilità igienico-organizzative del Dipartimento della Rete Ospedaliera.

Nel caso in cui l'OdC sia collocato in una struttura privata, i ruoli e le responsabilità devono essere definiti sulla base di specifici accordi, fermo restando il ruolo di supervisione su aspetti di governo clinico da parte del Dipartimento dell'integrazione e sui processi assistenziali e riabilitativi da parte del Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo.

5.3 Posti letto e logistica

L'OdC ha un numero di posti letto tra 15 e 20 ed è possibile prevedere l'estensione fino a due moduli, 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.

L'OdC deve essere realizzato nel rispetto dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza e continuità elettrica, sicurezza anti- infortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi (requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui al DPR 14.01.1997 e s.m.i.)

L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Sono possibili esternalizzazioni per le funzioni di preparazione dei pasti, lavanderia e pulizia.

Il percorso di accesso all'OdC deve essere privo di barriere architettoniche e consentire un passaggio agevole di letto/barella/ausili per mobilità e deambulazione. Deve essere dotato di mezzo meccanico (ascensore/elevatore) dedicato e dimensionato per permettere il trasporto almeno del letto/barella e di un accompagnatore.

L'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.

L'OdC deve rispettare i requisiti strutturali e tecnologici indicati dal livello nazionale e regionale, come ad esempio:

- Spazio attesa visitatori
- Strutture di degenza con camere singole e camere da 2 a 4 PL 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
- 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
- Spazi riabilitativi (palestra)

5.4 Target di utenza

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.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità nonché di interventi fisioterapici, se richiesti. Tali pazienti sono eleggibili al ricovero in OdC anche per eventuale mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e/o familiare) rispetto alla tipologia di assistenza necessaria.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili (di norma maggiorenni) sono le seguenti:

- a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa e non in grado di poter essere adeguatamente assistiti a domicilio;
- 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 percorsi riabilitativo-rieducativi, che possono sostanzarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento/recupero delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale e al familiare/caregiver; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Nello specifico, i **pazienti provenienti dall'ambito territoriale** eleggibili all'ingresso in OdC sono:

- a) pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio, con segni di iniziale riacutizzazione di malattia cronica o insorgenza di un quadro imprevisto ma emodinamicamente stabili per cui il ricovero ospedaliero risulti inappropriato;
- b) pazienti fragili e/o cronici che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili al domicilio, non idoneo per mancanza di caratteristiche strutturali e/o familiari;



- c) pazienti fragili che, pur necessitando di percorsi diagnostico/terapeutici semplici, per carenza del supporto sociale non possono essere proposti al domicilio;
- d) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione dei farmaci, di assistenza infermieristica continua o nella gestione di presidi e dispositivi perchè non erogabili a domicilio o che rendono necessario supporto e addestramento del paziente o del caregiver prima del rientro a domicilio;
- e) pazienti che per condizioni cliniche richiedono una sorveglianza continua infermieristica, anche se non di tipo intensivo;
- f) pazienti che necessitano di percorsi riabilitativo-rieducativi, che possono 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.

Inoltre, i **pazienti provenienti dall'ambito ospedaliero** eleggibili all'ingresso in OdC sono:

- a) pazienti affetti da multimorbilità che hanno completato il percorso diagnostico terapeutico, clinicamente stabili e con percorso terapeutico stabilito (prognosi inferiore ai 20 giorni) ma che necessitano di assistenza infermieristica continua, di assistenza nell'assunzione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio;
- b) pazienti fragili e/o cronici, clinicamente stabili, che necessitano di completare il proprio percorso terapeutico con interventi sanitari potenzialmente erogabili al domicilio ma questo non risulta idoneo per mancanza di caratteristiche strutturali e/o familiari;
- c) pazienti fragili e/o cronici, clinicamente stabili, che necessitano di continuità nella somministrazione di farmaci che non possono essere somministrati a domicilio fino a conclusione del ciclo terapeutico o che richiedono formazione del paziente/caregiver;
- d) pazienti fragili che, pur necessitando di percorsi diagnostico/terapeutici semplici, per carenza del supporto sociale, non possono essere proposti dal domicilio;
- e) pazienti che necessitano di percorsi riabilitativo-rieducativi, che possono 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 criteri di esclusione sono:

- a. Pazienti clinicamente instabili (NEWS \geq 2 e/o IDA \leq 12).
- b. Prognosi superiore ai 20-30 giorni.
- c. Pazienti che richiedono assistenza medica continua.
- d. Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.
- e. Pazienti con patologia psichiatrica in fase attiva

Per garantire un adeguato accesso all'OdC da parte di soggetti a domicilio o in struttura residenziale, nella configurazione dell'offerta di PL dell'OdC è opportuno distinguere



l'offerta dedicata ai pazienti provenienti dall'ospedale da quella dedicata ai pazienti provenienti dal territorio. Tale distinzione prevede anche diversi percorsi di accesso (vedi paragrafo 5.6). Nel progetto operativo di ciascun OdC deve essere pertanto definito il numero dei PL ad accesso dal territorio e ad accesso dall'ospedale, l'eventuale numero di PL dedicati a pazienti con determinate condizioni cliniche (es. wandering in demenza) ed eventuali vincoli rispetto all'accesso da parte dei soli residenti/assistiti del Distretto in cui è collocato l'OdC.

5.5 Personale

L'Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto (standard 20 PL ogni 100.000 abitanti) ha il seguente standard di personale:

7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico e 1 Case manager)

4-6 Operatori socio-sanitari (OSS)

1-2 fisioterapisti

un Medico per 6 ore al giorno 6 giorni su 7

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. Di seguito vengono descritti in linea generale i ruoli e le responsabilità dei professionisti coinvolti nella cura e assistenza in OdC.

Nei singoli progetti degli OdC aziendali, in base al modello stabilito, devono essere declinate le specifiche modalità organizzative di lavoro (es. copertura pronta disponibilità, turnistica, modello operativo, responsabile clinico-referenti).

Ruoli e responsabilità

La **responsabilità igienico-sanitaria e quella clinica** dell'OdC sono in capo ad **uno o più medici** che possono essere dipendenti o convenzionati con il SSN (es. MMG/PLS, Specialisti ambulatoriali convenzionati) o, se l'OdC è in struttura privata, possono essere medici incaricati dalla struttura.

Tali responsabilità possono essere a carico di un singolo professionista o possono essere attribuite a due professionisti diversi, distinguendo, quindi, la responsabilità clinica da quella igienico-sanitaria e di struttura. Tale aspetto va definito per ciascun progetto di OdC.

Il medico con **responsabilità igienico-sanitaria** si occupa di:

- garantire il corretto funzionamento delle strutture sanitarie e la conformità dell'utilizzo dei locali in base a quanto previsto dall'autorizzazione rilasciata;
- assicurare e garantire la sorveglianza igienica;
- assicurare il coordinamento e la vigilanza degli aspetti logistici e strutturali, nonché promuovere un razionale utilizzo dei beni di consumo comuni e la riduzione degli sprechi;
- assicurare la buona gestione degli archivi documentali cartacei, secondo quanto previsto dalla normativa specifica e dalla prevenzione incendi;
- garantire la vigilanza ed il controllo dei rischi ambientali con il supporto dei Servizi Aziendali preposti;
- coordinare le risposte alle emergenze ambientali, di sicurezza, organizzative e cliniche in riferimento alla struttura nel suo insieme;

- garantire la corretta applicazione delle norme vigenti in materia per la sicurezza degli utilizzatori e degli operatori per quanto attiene agli aspetti generali della struttura e degli impianti con il supporto dei servizi aziendali preposti.

Il Regolamento aziendale sui responsabili di struttura, attualmente in redazione, sarà il documento di riferimento sul tema della responsabilità igienico-organizzativa, andando ad integrare ed eventualmente revisionare quanto riportato nei punti precedenti.

Il medico che ha la **responsabilità clinica** può esercitarla per uno o più OdC e può avvalersi e coordinare una rete di medici referenti clinici impegnati nelle singole strutture.

Le funzioni del responsabile clinico sono:

- coordinamento delle attività
- gestione del personale e definizione turnistica personale medico
- governo clinico dei percorsi e dei processi
- monitoraggio e valutazione delle attività e gestione delle problematiche o delle criticità riscontrate

Le funzioni del **referente clinico**, presente in ogni struttura, sono:

- Partecipazione ai briefing e debriefing con personale infermieristico/fisioterapico
- Gestione dei nuovi ingressi
- Gestione clinica dei pazienti
- Gestione delle dimissioni e stesura lettere dimissioni
- Colloquio con i familiari/caregiver

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati nella fascia diurna (8-20) e deve essere garantita per 6 ore al giorno 6 giorni su 7 (*per almeno un'ora di presenza settimanale per singolo ospite*). Quando il medico non è presente nella fascia diurna da lunedì a sabato e nella fascia diurna festiva e prefestiva l'intervento del medico è assicurato in forma di pronta disponibilità organizzata nell'ambito del Dipartimento dell'Integrazione e/o del Dipartimento Cure Primarie in funzione del suo ruolo di gestione degli Accordi convenzionali con i Medici di Medicina generale a ciclo di scelta ed a ciclo orario. La pronta disponibilità può anche essere organizzata in rete per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia.

Nella fascia notturna (20-8), l'assistenza è garantita da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura in cui l'OdC è situato.

La **responsabilità organizzativa** è affidata ad un **coordinatore infermieristico** che ha un ruolo fondamentale nell'organizzazione delle attività dell'équipe dell'OdC. In particolare, il coordinatore:

- è responsabile della qualità del processo assistenziale, creando le condizioni organizzative necessarie allo sviluppo delle competenze professionali
- garantisce la flessibilità organizzativa a favore del coinvolgimento delle famiglie
- monitora le criticità organizzativo-assistenziali e si prodiga per la loro soluzione
- valuta l'efficacia della comunicazione nell'ambito della presa in carico multiprofessionale
- definisce e predisponde i turni di servizio



Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un Ospedale di Comunità

Regolamento Aziendale
Cod. RA38AUSLBO

- predispone percorsi di miglioramento multiprofessionali e multidisciplinari, attraverso lo strumento della formazione
- valuta il livello di soddisfazione dell'utenza e monitora il clima interno
- cura le interfacce interne ed esterne all'Azienda

Inoltre, è presente un **Infermiere Case manager** con funzione di:

- valutazione dei bisogni dell'assistito in una visione olistica
- pianificazione dei supporti, delle risorse e dei servizi necessaria la messa in rete delle risorse e degli interventi
- il coordinamento dei processi
- la garanzia della continuità della presa in carico

Inoltre, il Case manager partecipa, insieme all'équipe della COT/CUM, alla valutazione delle richieste di inserimento e della lista di attesa in OdC, interfacciandosi con gli altri punti della rete territoriale.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Piano assistenziale individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile/referente clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

La **responsabilità assistenziale** è affidata all'**Infermiere**, riferimento stabile per l'individuo e la famiglia e responsabile di un gruppo di pazienti ai quali eroga assistenza personalizzata, indirizzando le risorse adeguate e appropriate, attraverso piani assistenziali individuali elaborati in collaborazione con l'Infermiere Case Manager e operatori di supporto, in collaborazione con il team multiprofessionale. Nello specifico:

- predispone, in collaborazione con tutti i professionisti coinvolti, con il paziente e i familiari, il PAI, rielaborandolo allorché necessario
- prende in carico il paziente/familiari/ *caregiver* definendo gli obiettivi assistenziali e pianificando le attività di cura,
- garantisce il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso il monitoraggio degli esiti e la rimodulazione degli interventi in funzione dei nuovi bisogni evidenziati
- esercita un ruolo educativo nei confronti del paziente e della famiglia e/o *caregiver* per l'acquisizione/sviluppo di competenze, al fine di facilitare la gestione del problema di salute residuo al domicilio
- pianifica l'uscita in dimissione protetta nei vari setting attivando quanto necessario per soddisfare le esigenze del paziente.

L'**OSS** è parte integrante dell'équipe assistenziale. Garantisce le attività di supporto e partecipa all'attuazione delle cure, in collaborazione con il personale assistenziale, per le attività specifiche. Nello specifico:

- sostiene le persone, in particolare quelle non autosufficienti, nelle attività quotidiane (come vestizione e somministrazione pasti) e di igiene personale;
- cura la pulizia e l'igiene dell'unità del paziente e, più in generale, dell'ambiente sanitario;
- aiuta l'assistito nella deambulazione, nell'uso adeguato dei presidi, degli ausili e delle attrezzature sanitarie e nell'apprendimento delle posture corrette;
- organizza attività di socializzazione per mantenere vive le capacità sensoriali, la curiosità, le funzioni cognitive e contribuire, anche in questo modo, al benessere psicofisico della persona.

Il **fisioterapista** fa parte del team assistenziale con lo specifico mandato di promuovere e orientare la funzione riabilitativa che si concretizza attraverso la valutazione del paziente al fine di proporre strategie utili al mantenimento/recupero delle funzioni e delle capacità residue, counselling ed educazione terapeutica al paziente/caregiver e consulenza agli operatori addetti all'assistenza in materia di prevenzione dei danni da immobilizzazione. Inoltre, il Fisioterapista attua interventi fisioterapici, nonché la proposta/l'addestramento all'utilizzo degli ausili nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza a completamento e finalizzati al rientro a domicilio facilitando la continuità riabilitativa sul territorio.

I processi assistenziali garantiti dall'OdC devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso l'Azienda.

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

5.6 Modello operativo

5.6.1 Valutazione e Accesso

Possono accedere al ricovero in OdC i pazienti provenienti dal territorio (domicilio, strutture residenziali) o dall'ambito ospedaliero (Pronto Soccorso, UO afferenti a ospedali pubblici e del privato accreditato). L'ammissione all'OdC avviene in modalità programmata, previa valutazione dei criteri di appropriatezza e in accordo con il personale dell'OdC.

A seconda dell'ambito di intercettazione vengono di seguito descritte le specifiche modalità operative per la valutazione e la segnalazione dei casi e l'accesso in OdC.

Per dettagli relativamente al personale, modalità organizzative e strumenti di lavoro della Centrale Unica Metropolitana (CUM), delle Centrali Operative Territoriali (COT) e dei Team Cure Intermedie (TCI), citati di seguito, fare riferimento alla Delibera aziendale n.94 del 22/03/2023. Nelle more della piena realizzazione delle modalità operative definite nella sopra richiamata delibera aziendale e dell'implementazione degli strumenti di lavoro descritti nel presente documento, si mantengono le modalità operative attualmente in essere per i Letti tecnici di cure intermedie attivi in Azienda.

➤ Valutazione e accesso da ambito territoriale

I servizi/professionisti che possono intercettare una persona con bisogni clinico-assistenziali (espressi o potenziali) che possono trovare una risposta in un ricovero in OdC sono:

- Medico di Medicina Generale/Continuità assistenziale (Medici a ruolo unico a ciclo di scelta o a ciclo orario) / Medico di CRA
- Infermiere di Famiglia e Comunità
- Fisioterapista del Territorio
- UO/Servizi della rete territoriale
- UASS distrettuale/Servizio Sociale Territoriale (SST)
- Emergenza Territoriale 118
- Centri Assistenza in Urgenza (CAU) (quando saranno attivi)

Il professionista afferente ad uno dei servizi territoriali sopra elencati effettua una prima valutazione del caso intercettato coinvolgendo, quando possibile, il MMG/PLS e lo segnala alla COT attraverso una scheda di segnalazione in cui è necessario riportare tutte le informazioni note al segnalante. Tale scheda deve essere trasmessa alla Centrale attraverso sistema informatizzato (Garsia/strumento informatico dedicato a scambio informazioni con COT).

I professionisti della COT, una volta ricevuta la segnalazione del caso, a prescindere dalla tipologia della richiesta/assistenza proposta, verificano/completano la valutazione di accesso alle cure in OdC. Tale valutazione è coordinata da un infermiere della COT che in base al contenuto della segnalazione coinvolgerà eventualmente altri professionisti della Centrale e consiste in:

- valutazione pertinenza della segnalazione e completezza formale nella compilazione della scheda
- coinvolgimento e approfondimenti valutativi con il segnalante e l'MMG del paziente, nel caso il segnalante non sia il medico curante
- ricognizione dei servizi attivi e forniture assegnate (es ausili) e/o pre-esistenti prese in carico
- solo per casi con bisogni complessi o che necessitano approfondimenti valutativi specifici, attivazione Team Cure Intermedie (TCI) territoriale per effettuare valutazione multidimensionale, se non già effettuata. Il TCI effettua la valutazione multidimensionale attraverso un format specifico.

Inoltre, l'équipe della COT, con l'eventuale coinvolgimento del TCI, effettua:

- valutazione competenze paziente, caregiver e familiari nella gestione dei problemi (es. conoscenza, consapevolezza, competenze tecniche)
- valutazione delle risorse disponibili
- valutazione risorse familiari e sociali

Sulla base di tali elementi viene valutata la complessità del bisogno e definita e condivisa con il MMG, il segnalante, ed eventualmente anche con l'équipe dell'OdC, la modalità di presa in carico ed il setting più appropriato di cura, confermando o meno la richiesta di accesso in OdC.

Dopo tale valutazione, l'accesso in OdC si inserisce in un progetto di presa in carico declinato dalla COT assieme all'MMG, all'équipe dell'OdC ed al TCI territoriale, se coinvolto, che prevede i seguenti elementi essenziali:

- Definizione obiettivi e piano di valutazione del loro raggiungimento
- Identificazione responsabile del caso
- Risorse necessarie
- Definizione durata della presa in carico
- Condivisione progetto con paziente e familiari
- Informazione e trasmissione del progetto ai professionisti coinvolti e al segnalante
- Pianificazione e gestione del trasferimento del paziente e verifiche di esito

L'accesso in OdC e il progetto clinico-assistenziale ivi previsto va condiviso con il paziente e i familiari attraverso un colloquio informativo (telefonico o in presenza) da parte di un infermiere della COT specificamente formato o dal case manager dell'OdC. Tale colloquio deve essere seguito dalla consegna/invio di materiale informativo.

L'accesso del paziente in OdC avviene in maniera programmata e condivisa con il personale della struttura.

Nel caso in cui non ci sia la disponibilità di offerta dedicata alla rete territoriale, la COT segnala il caso alla CUM, che gestisce l'accesso in OdC dalla rete ospedaliera, affinché gestisca l'accesso nei PL di OdC disponibili.

➤ **Valutazione e accesso da ambito ospedaliero**

A. Setting di Pronto Soccorso/Osservazione Breve Intensiva/Medicina d'Urgenza

Nell'ambito della presa in carico in PS, il professionista di PS effettua la valutazione attraverso Triage Risk Screening Tool (TRST) a:

- pazienti di età ≥ 75 anni con codice di priorità azzurro, verde e bianco
- pazienti di età <75 anni con codice di priorità azzurro, verde e bianco con una o più delle seguenti condizioni:
 - patologie assimilabili età geriatrica (Parkinson, esiti di Ictus, demenza)
 - presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse
 - accessi in PS o ricoveri ripetuti
 - sintomo principale di accesso in PS identificato come trauma/caduta e/o disturbi cognitivi e del comportamento

Una volta effettuata la valutazione, se il paziente ha TRST score ≥ 2 e il medico di PS, dopo la valutazione clinica, non ravvede la necessità di un ricovero ospedaliero, ma riscontra la necessità di cura e assistenza alla dimissione, il medico/infermiere di PS attiva l'infermiere di continuità (presente in sede ospedaliera Hub o afferente alla COT) attraverso cellulare dedicato (ovvero attraverso sistema informatizzato). L'infermiere di continuità/della COT, ricevuta la segnalazione, attiva l'approfondimento valutativo coordinandosi, quando necessario, con la componente sociale e/o altri professionisti del TCI ospedaliero o territoriale raccordandosi con la COT di residenza del paziente.

Tale segnalazione viene gestita dalla COT come descritto nel paragrafo precedente "Valutazione e accesso da ambito territoriale".

B. Degenze Ospedaliere

Entro 48 ore dal ricovero, l'infermiere di reparto, anche attraverso colloquio con paziente e familiari, deve effettuare una prima valutazione con scheda BRASS, considerando in via prioritaria i soggetti valutati in PS con TRST score ≥ 2 .

Se l'Indice di BRASS >11 il case manager o l'infermiere di reparto valuta:

- stato funzionale della persona prima del ricovero per identificare cambiamenti delle autonomie, se possibile, avvalendosi anche del contributo del fisioterapista
- risorse familiari per identificarne le fragilità
- aiuti alla persona e servizi già attivi prima del ricovero

Indicativamente entro 72 ore dal ricovero, l'infermiere/case manager e il medico responsabile del caso definiscono il piano-paziente individuando:

- la durata del ricovero e la presunta data di dimissione
- i possibili bisogni socio-sanitari alla dimissione
- la dimissibilità a domicilio (ovvero rientro in struttura di provenienza).



**Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un
Ospedale di Comunità**

**Regolamento Aziendale
Cod. RA38AUSLBO**

All'interno dei reparti internistici, vengono individuati dai Direttori di UOC figure di facilitazione dei percorsi di dimissione (Facilitatori della dimissione). Tali professionisti sono rappresentati da un medico di reparto e dal case manager infermieristico ed eventualmente da altri infermieri facilitatori di percorso. Tali professionisti sono formalmente individuati, formati e coinvolti in momenti di confronto con la rete territoriale e fungono da supporto per i colleghi nella valutazione dei casi e dei percorsi post-dimissione attivabili.

Al termine di tale processo di valutazione che porta alla definizione del piano-paziente, se la dimissione a domicilio non è possibile o è critica/dubbia il medico e il case manager del reparto, eventualmente in collaborazione con l'Assistente sociale ospedaliero, effettuano la valutazione multidimensionale contenuta nel sistema informatico di segnalazione alla Centrale Unica Metropolitana (CUM) (da implementare) per i seguiti di competenza. Inoltre, individuano gli obiettivi clinici e assistenziali post-dimissione (es. riabilitazione, stabilizzazione terapeutica, riattivazione funzionale). Lo strumento di valutazione multidimensionale prevede la rilevazione della stabilità del paziente, dei bisogni clinico-assistenziali, riabilitativi e sociali del paziente. Lo strumento, in base ai dati inseriti e ai profili dei pazienti, identifica già il setting di post-acuzie/cure intermedie potenzialmente appropriato: in tutti i casi il medico di reparto può effettuare, motivandola, la proposta dell'OdC come setting di trasferimento anche nel caso in cui non sia congruente con il setting identificato tramite lo strumento.

I professionisti della CUM, una volta ricevuta la segnalazione del caso, a prescindere dalla tipologia della richiesta/trasferimento proposti, effettuano/completano la valutazione di accesso all'OdC. Tale valutazione è coordinata da un infermiere della CUM che in base al contenuto della segnalazione coinvolgerà eventualmente altri professionisti della Centrale, ed eventualmente anche l'équipe dell'OdC, e consiste in:

- valutazione pertinenza della segnalazione e verifica la completezza delle informazioni necessarie alla corretta individuazione del setting secondo algoritmo informatizzato
- coinvolgimento e approfondimenti valutativi con il segnalante
- in caso di dubbi relativamente al setting di trasferimento per casi con bisogni complessi o che necessitano approfondimenti valutativi specifici, attivazione TCI per effettuare valutazione multidimensionale. Il TCI fornisce supporto ai fini della definizione del setting più appropriato agli obiettivi anche in collaborazione con il segnalante ed effettua la valutazione multidimensionale attraverso un format specifico.

Al termine di tale valutazione che deve essere svolta entro 48 ore dalla segnalazione, l'infermiere della CUM conferma al segnalante, attraverso sistema informatico, il percorso del paziente con le seguenti informazioni:

- Setting assistenziale alla dimissione
- Data presunta del trasferimento
- Durata presunta della degenza nel setting di trasferimento

Nel caso in cui venga valutato che non sia necessario un ricovero in OdC, ma che possa essere attivata un'altra forma di presa in carico territoriale il caso viene segnalato alla COT di residenza per i seguiti di competenza.



Il trasferimento in OdC e il progetto clinico-assistenziale ivi previsto va condiviso con il paziente e i familiari attraverso un colloquio informativo (telefonico o in presenza) da parte di un infermiere della CUM specificamente formato o dal case manager dell'OdC. Tale colloquio deve essere seguito dalla consegna di materiale informativo.

Il giorno prima del trasferimento del paziente in OdC l'operatore della CUM, sulla base della pianificazione prodotta attraverso sistema informatico, effettua, attraverso il case manager del reparto o altra interfaccia identificata, la verifica delle condizioni cliniche di trasferibilità del paziente e, in accordo con il personale dell'OdC, organizza il trasferimento.

Gli operatori della CUM assicurano, comunque, verifiche sistematiche dei pazienti in lista garantendo i necessari approfondimenti rispetto ai pazienti in attesa di trasferimento da oltre 7 giorni o ai pazienti riammessi in lista dopo periodo di sospensione. L'approfondimento valutativo, finalizzato ad un'eventuale rivalutazione del percorso in uscita, viene effettuato attraverso il coinvolgimento del case manager/infermiere di reparto o dei professionisti del TCI quando già coinvolti nel percorso o opportunamente da coinvolgere in questa fase in accordo con il case manager/infermiere di reparto.

5.6.2 Erogazione delle cure/Modello clinico assistenziale

L'OdC accoglie pazienti con una valutazione clinica, diagnostica e terapeutica già delineata e che richiedono un particolare supporto assistenziale. La centralità del paziente e l'integrazione delle cure sono alla base del modello organizzativo adottato ed in tale contesto, pur rimanendo essenziale la tipologia delle competenze mediche, articolate in vari settori e coordinate dal dirigente medico responsabile clinico, risulta essenziale la figura dell'infermiere case manager, principale riferimento per il paziente, i congiunti, il caregiver.

Nel rispetto (della filosofia) della finalità sottesa alla costituzione degli OdC, quali la centralità del paziente, l'integrazione delle cure per il raggiungimento del migliore benessere possibile, lo sviluppo delle capacità residue dell'utente e del suo caregiver, il Primary Nursing (PN) è stato individuato come certamente il modello organizzativo maggiormente idoneo all'assistenza necessaria.

Infatti, il Primary Nursing è un modello organizzativo per l'assistenza infermieristica basato sulla centralità della persona assistita rispetto al percorso di cura e sulla valorizzazione del professionista che la eroga, valorizzazione che non avviene solo attraverso una esaltazione delle competenze già esistenti, ma che si accresce anche e soprattutto attraverso lo sviluppo e l'assunzione di responsabilità da parte degli infermieri nel prendere decisioni in relazione ai pazienti di riferimento.

L'infermiere di riferimento instaura un rapporto personalizzato e bidirezionale tra assistito/famiglia/caregiver (risorsa essenziale nel percorso di cura della persona e al contempo portatore dei propri bisogni specifici) e rappresenta l'interlocutore privilegiato per la gestione dei bisogni assistenziali. L'infermiere concorre al raggiungimento della qualità complessiva dell'assistenza, in termini di benessere individuale, di comfort ambientale e soprattutto di umanizzazione delle relazioni.

In OdC, la presa in carico fisioterapica ha l'obiettivo di valutare ed indirizzare il bisogno riabilitativo definendo gli interventi più appropriati per ridurre il grado di disabilità o facilitarne la gestione sia da parte del paziente che del caregiver e facilitando, laddove è

possibile, il rientro al domicilio. La finalità della presa in carico fisioterapica, secondo il modello prevalente della gestione della patologia cronico-degenerativa, è rivolta al mantenimento/recupero delle potenzialità della persona. In quest'ottica assumono un ruolo rilevante interventi di natura educativa per un coinvolgimento attivo del paziente/famiglia/caregiver nella gestione della disabilità e nel processo terapeutico nonché interventi sulla funzione agendo sia sulla persona che con la proposta e l'addestramento all'uso di ausili idonei.

L'intervento fisioterapico avviene in integrazione con le altre figure del team assistenziale che partecipano per gli aspetti di loro competenza al raggiungimento degli obiettivi funzionali.

La presenza del parente in OdC, senza limiti di orari, consente inoltre l'opportunità di un suo affiancamento da parte del personale assistenziale che con attività di educazione sanitaria contribuisce insieme al fisioterapista a sviluppare l'empowerment del familiare/caregiver in previsione del rientro al domicilio.

Nell'ambito della gestione clinica del paziente è possibile attivare eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali anche in telemedicina e, nella stesura di ogni progetto di OdC, devono essere definite quali consulenze specialistiche e/o quali esami strumentali sono attivabili, definendo specifiche procedure di accesso e le modalità.

Inoltre, nel progetto di ogni singolo OdC è necessario definire e formalizzare le procedure per attivare interventi in urgenza/emergenza che devono essere declinate in base alla tipologia di struttura in cui è collocato l'OdC (Casa della Comunità, CRA, ospedale pubblico o privato accreditato etc).

5.6.3 Dimissione

Il percorso di dimissione prende avvio dal momento dell'ingresso dell'assistito in OdC, quando viene redatto il progetto assistenziale individualizzato condiviso tra professionisti, assistito e familiari. La persona accolta in OdC viene dimessa di norma entro 20 giorni, previa valutazione di dimissibilità da parte del medico dell'OdC.

Nel periodo di degenza vengono valutate le condizioni di rischio e attuati gli interventi utili a risolvere i principali problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo, in questo modo, il rientro al proprio domicilio.

Il processo di dimissione prevede una rivalutazione complessiva del paziente e l'aggiornamento delle informazioni cliniche e assistenziali alla COT per la presa in carico sul territorio, se necessaria. Tale aggiornamento deve essere trasmesso attraverso l'applicativo dedicato (GARSIA o sue evoluzioni), previa discussione e accordi sul caso in corso di riunione che avviene con cadenza settimanale.

5.7 Strumenti di lavoro

I responsabili delle attività cliniche, assistenziali e riabilitative 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 (CCE ed eventuali suoi sviluppi specifici per questo setting).

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.

Tutta la documentazione sanitaria del paziente (eventuale documentazione di dimissione ospedaliera, richiesta di ricovero da parte del MMG, documentazione personale dell'assistito) viene raccolta nella cartella integrata che comprende le valutazioni iniziali, anche attraverso l'utilizzo di scale, il PAI, gli interventi clinico assistenziali e riabilitativi e la relazione conclusiva multiprofessionale.

Il Piano assistenziale individualizzato è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in un'ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun paziente, con lo scopo di dare l'avvio a un progetto di assistenza e cura che abbia come obiettivo il massimo benessere raggiungibile. È parte integrante della documentazione sanitaria del paziente ed è uno strumento di lavoro per:

- Lavorare con e per l'utente
- Coinvolgere la famiglia e il *caregiver*
- Garantire l'integrazione tra servizi e figure professionali diverse
- Finalizzare in maniera condivisa comportamenti e azioni
- Valutare le capacità e le competenze del paziente e del suo contesto socio familiare
- Rendere condivisibile tra operatori la conoscenza e la progettazione dell'intervento e commisurarne l'efficacia

Inoltre, è uno strumento:

- **modulabile:** capace di rispondere al principio di dinamicità e cambiamento che accompagna una persona nel suo percorso di cura;
- **dialogico:** le sue parti sono progressivamente rivalutate ove una contribuisce alla migliore definizione dell'altra procedendo per ipotesi progressive alla ricerca della più efficace risposta ai bisogni individuati;
- **leggibile:** tutti gli operatori trovano al suo interno le informazioni utili per il raggiungimento degli obiettivi attraverso metodi e strumenti di lavoro esplicitati

Tra gli strumenti di lavoro degli OdC da menzionare vi sono:

- Riunione di équipe
- Cartella condivisa
- Istruzioni operative/procedure/ protocolli/ regolamenti aziendali (es. su contenzione fisica, caduta paziente, allontanamento, etc)
- Strumenti di comunicazione aziendali

5.8 Monitoraggio e valutazione

L'OdC dovrà dotarsi di un 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. Il Flusso informativo in essere in Regione è il flusso SIRCO.

Gli indicatori di monitoraggio degli Ospedali di Comunità individuati dalla normativa vigente sono:

- 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

A questi indicatori si aggiungono eventuali ulteriori indicatori di monitoraggio definiti per questo setting dal livello regionale e altri indicatori definiti a livello aziendale e declinati in base ai contesti nei quali sono collocati gli OdC in ciascun progetto di OdC.

5.9 Indicazioni per attivazione OdC

Di seguito vengono elencate le principali attività/azioni finalizzate all'attivazione di un OdC:

- Definizione sede (Responsabile: Direzione aziendale su eventuale proposta della Direzione di Distretto)
- Verifica requisiti, per la sede individuata, previsti da normativa (Responsabile: Direzione di Distretto in collaborazione con Dipartimenti/Servizi coinvolti)
- Definizione eventuali accordi integrativi con la Medicina generale, Continuità assistenziale e l'Emergenza territoriale per garantire l'eventuale copertura dell'attività (Responsabile: Direzione aziendale in collaborazione con DCP, Dipartimento emergenza interaziendale, DAATO)
- Definizione eventuali accordi integrativi con gli Specialisti ambulatoriali per garantire l'eventuale copertura di attività consulenziale (Responsabile: Direzione aziendale in collaborazione con DCP, DAATO, Dipartimenti coinvolti)
- Se è una struttura Ausl, definizione del progetto operativo con una declinazione organizzativa secondo le indicazioni del presente regolamento e il tempogramma di attivazione (Responsabilità: Direzione di Distretto in collaborazione con Direzione aziendale, DATeR, DASS, Dipartimento Ospedaliero, DCP, ICT, Dipartimento Integrazione, Sistemi informativi aziendali, DAATO)
- Se non è struttura Ausl, definizione contratto/convenzione/accordo di fornitura che preveda anche la stesura del progetto operativo con declinazione organizzativa secondo le indicazioni del presente regolamento e il tempogramma di attivazione (Responsabilità: Direzione di Distretto in collaborazione con UO Committenza, Direzione aziendale, DATeR, DASS, DCP, Dipartimento Integrazione, ICT, Sistemi informativi aziendali, DAATO)
- Sulla base del progetto operativo, individuazione dei responsabili clinico-organizzativi della Struttura e del personale dedicato (Responsabilità: Dipartimento Integrazione, DATeR, DCP, Dipartimento della Rete Ospedaliera)
- Predisposizione di Atto Deliberativo di istituzione (Responsabilità: Direzione di Distretto in collaborazione con tutti i servizi coinvolti)

Attività per gestione flussi informativi:

- Invio lettera (Format in Allegato 1) a firma del Direttore del Distretto da inviare in Regione per richiesta attribuzione codice identificativo (inviare comunicazione per



**Regolamento per lo sviluppo e l'attivazione di un
Ospedale di Comunità**

**Regolamento Aziendale
Cod. RA38AUSLBO**

copia conoscenza anche a responsabili OdC, Sistemi informativi Aziendali, ICT, Programmazione e Controllo per i seguiti di competenza).

- Richiesta di apertura codice reparto, centro di prelievo, centro di costo e relativa dotazione di PL su ADT. Tale funzione è centralizzata su un'unica figura per tutti gli OdC e tale professionista coordina, in collaborazione con il responsabile organizzativo, le attività relative ad apertura e chiusura definitiva e temporanea PL e correzione scarti in corrispondenza degli invii ai fini di una corretta gestione dei processi relativi alle attività di apertura e chiusura OdC ed all'implementazione dei corretti flussi informativi. Si interfaccia, inoltre, sia con le strutture, per quanto riguarda la corretta implementazione dell'applicativo in uso in base alle specifiche funzionali che con i Sistemi Informativi Aziendali, ICT, Programmazione e Controllo per il corretto scambio delle informazioni (correzione scarti, apertura/chiusura PL, abilitazioni applicativo, apertura chiusura centri di costo ecc)
- Nel caso di chiusura definitiva OdC, invio lettera (Format in Allegato 2) a firma del Direttore del Distretto da inviare in Regione per richiesta chiusura (inviare comunicazione per copia conoscenza anche a coordinatore OSCO, Sistemi informativi Aziendali, ICT, Programmazione e Controllo per i seguiti di competenza).