

**Schema di Intesa alla Conferenza Stato - Regioni sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità**

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

Nella seduta del .....

**VISTO** l'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

**VISTA** l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016" (Rep. n. 82/CSR) del 10 luglio 2014, che, all'art. 5, comma 17, prevede che con un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano siano definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità;

**VISTO** il decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che, all'Allegato 1, punto 10.1 "Ospedali di comunità", definisce le principali caratteristiche di tali strutture;

**VISTO** l'Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento "Piano nazionale della cronicità" del 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR), di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza" di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

**CONSIDERATO** che l'Ospedale di comunità rappresenta una struttura "intermedia" tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera con funzioni diverse da quelle delle strutture

residenziali extraospedaliere per malati cronici non autosufficienti, per disabili e per malati terminali, di cui agli articoli dal 29 al 35 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017;

**CONSIDERATO** che secondo quanto previsto dal citato decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70, l'Ospedale di comunità è destinato alla presa in carico di pazienti che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio e contestualmente di ricovero nelle strutture in oggetto, in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare) e di sorveglianza infermieristica continuativa;

**RITENUTO** di adempiere a quanto previsto dall'art. 5, comma 17, del Patto per la salute 2014-2016 definendo i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure;

**CONSIDERATA** la necessità di rinviare ad un'apposita Intesa, su proposta della Commissione permanente tariffe istituita con decreto ministeriale 18 gennaio 2016, la definizione degli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall'Ospedale di comunità in applicazione di quanto previsto dall'art. 5, comma 17, del citato Patto per la salute 2014-2016;

**CONSIDERATO** che il presente documento costituisce la base indispensabile per la realizzazione di un apposito flusso informativo finalizzato al monitoraggio delle prestazioni erogate dall'Ospedale di comunità in attuazione dell'art. 5, comma 18, del citato Patto per la salute 2014-2016;

**CONSIDERATA** l'attività svolta dal Gruppo di lavoro istituito presso il Ministero della salute, in data 19 maggio 2017, con decreto del Direttore generale della Direzione generale della Programmazione Sanitaria, comprendente rappresentanti delle Regioni designati dalla Commissione Salute, dell'Istituto superiore di sanità (I.S.S.), dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e di diverse Direzioni generali del Ministero della salute, al fine di elaborare proposte per l'individuazione di requisiti uniformi sugli Ospedali di comunità;

**VISTO** il documento finale prodotto dal medesimo Gruppo di lavoro;

#### **SANCISCE INTESA**

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini sotto indicati

#### **Art. 1**

##### **(Requisiti minimi)**

1. E' approvato il documento di cui all'Allegato A, parte integrante del presente atto, recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di comunità, ai

sensi dell'articolo 5, comma 17 del Patto per la salute 2014-2016, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014.

Art. 2

(Aspetti tariffari)

- 1 Con successiva Intesa tra il Governo, le Regioni le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Commissione nazionale tariffe, sono definiti gli aspetti tariffari delle prestazioni erogate dall'Ospedale di Comunità in applicazione di quanto previsto dall'art. 5, comma 17, del citato Patto per la salute 2014-2016.

Art. 3

(Sistema informativo)

- 2 In applicazione dell'art. 5, comma 18, del Patto per la salute 2014-2016, il Ministero della salute provvede nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) alla realizzazione del sistema informativo finalizzato al monitoraggio dell'attività svolta dall'Ospedale di comunità in coerenza con quanto previsto dal presente atto.



# *Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
Ufficio II

## Allegato A

### *Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità*

#### **Indice**

Caratteristiche generali.....	2
a) Definizione.....	2
b) Individuazione della sede.....	2
c) Posti letto.....	2
d) Target di utenza.....	3
e) Responsabilità.....	3
f) Modalità di Accesso.....	4

REQUISITI MINIMI GENERALI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI, ORGANIZZATIVI E STANDARD MINIMI CLINICO – ASSISTENZIALI.....	5
1) Requisiti generali:.....	5
2) Requisiti strutturali specifici.....	5
3) Requisiti tecnologici specifici.....	7
4) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali.....	9

## *Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità*

### **Caratteristiche generali**

#### **a) Definizione**

Il “*Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità*” (di seguito O.d.C.) come previsto dalla normativa vigente (DM 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano Nazionale della Cronicità), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L’O.d.C. è una struttura territoriale di ricovero breve rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio acuto 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.

L’O.d.C. non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari; in particolare, non è ricompreso nelle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM del 12/01/2017.

L’O.d.C. è una struttura pubblica o privata accreditata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

#### **b) Individuazione della sede**

L’O.d.C. può avere una sede propria, essere collocato in strutture sanitarie polifunzionali (ad esempio Case della Salute) o presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera ma è sempre riconducibile all’assistenza territoriale.

#### **c) Posti letto**

L’O.d.C. ha, di norma, un numero limitato di posti letto (15-20, secondo l’indicazione del DM 70/2015). E’ possibile prevedere fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

#### **d) Target di utenza**

Possono accedere all'O.d.C. pazienti con patologie acute e patologie croniche riacutizzate che necessitano di 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, provenienti dal Pronto soccorso e/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 del ricovero vi può essere anche l'*empowerment* dei pazienti e del *caregiver*, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Gli O.d.C. possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie acute insorte a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture temporanee potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (*cf. Piano nazionale demenze*). Il personale deve essere adeguato al target di utenti per formazione e numerosità.

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di O.d.C. 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.

#### **e) Responsabilità**

La gestione e l'attività nell'O.d.C. sono basate su un approccio multidisciplinare, multi professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

La responsabilità igienico - organizzativa e gestionale complessiva dell'O.d.C. è in capo al direttore del Distretto o a un suo delegato, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili sanitari, clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale.

La responsabilità clinica è in capo ad un medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico) anche all'interno di una forma organizzativa della medicina generale oppure ad un medico dipendente o ad altro medico convenzionato od operante all'interno di una struttura pubblica o privata accreditata con il Servizio sanitario nazionale (SSN).

La responsabilità organizzativa e gestionale di ogni singolo modulo è in capo al coordinatore infermieristico.

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

L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore.

L'operatore socio - sanitario è responsabile di attività e funzioni secondo le proprie competenze.

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.

In caso di necessità, l'infermiere attiva, durante le ore diurne, il responsabile clinico della struttura e si avvale, nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico, del Servizio di continuità assistenziale. In presenza di accordi specifici regionali, può essere attivato il responsabile clinico della struttura in turno nelle ore notturne, festive o prefestive.

In caso di emergenza, viene attivato il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale.

#### **f) Modalità di Accesso**

Per accedere all'O.d.C. il paziente deve rispondere ai specifici criteri:

- diagnosi già definita,
- prognosi già definita,
- eventuale punteggio scala/e di valutazione,
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

L'accesso avviene su prescrizione del medico di medicina generale (pediatra di libera scelta se O.d.C. pediatrico) o dello specialista territoriale, del medico di continuità assistenziale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal Pronto Soccorso, il quale valuta e concorda l'accettazione con il responsabile organizzativo e gestionale dell'O.d.C. e con il coordinatore infermieristico.

Occorre che le modalità di accesso siano semplificate e tempestive, anche avvalendosi di scale di valutazione standardizzate sia per il livello di criticità/instabilità clinica che per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente.

Le scale di valutazione, opportunamente rivalutate durante la degenza e alla dimissione del paziente, consentiranno di cogliere le potenzialità e le peculiarità di questa tipologia di assistenza, di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate.

Se necessario, in previsione della dimissione dall'O.d.C. potrà avvenire una valutazione multidimensionale da parte dell'*equipe territoriale 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).

## REQUISITI MINIMI GENERALI, STRUTTURALI E TECNOLOGICI SPECIFICI, ORGANIZZATIVI E STANDARD MINIMI CLINICO – ASSISTENZIALI

### 1) Requisiti generali:

**Ricettività:** Modulo di norma da 15 - 20 posti letto organizzato in stanze da 1 o 2 letti.

**Normativa di riferimento:** L'O.d.C. 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.)

**Servizi generali:** L'O.d.C. 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 ammesse esternalizzazioni per le funzioni di lavanderia e pulizia.

E' ammessa l'esternalizzazione delle funzioni di cucina solo se indispensabile, in considerazione del valore, nell'ambito terapeutico, di una alimentazione ottimizzata per il paziente.

**Accessibilità:** Il percorso di accesso all'O.d.C. 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.

### 2) Requisiti strutturali specifici

Gli spazi da garantire, indipendentemente dalla capacità ricettiva del modulo, sono:

- a. Area per l'accoglienza
- b. Camere di degenza con servizio igienico
- c. Area a servizio della residenzialità e della mobilitazione del paziente
- d. Area per le attività sanitarie
- e. Area destinata ai servizi di supporto

**a) Area per l'accoglienza**

Deve essere previsto uno spazio attesa, posto all'ingresso del modulo, per il ricevimento del paziente e dei visitatori, che deve garantire la *privacy* della persona ed essere dotato di due bagni per il pubblico, di cui uno attrezzato per persone disabili.

**b) Camere di degenza con servizio igienico**

**Camera:**

Singola o doppia, dotata di una poltrona *comfort* per ogni posto letto.

La superficie minima è di 12 mq. per la stanza singola e 18 mq. per la stanza doppia.

Deve essere presente in ogni modulo almeno una stanza singola dotata di letto per il paziente e letto o poltrona-letto per la presenza del *care-giver*, di dimensioni minime pari a 16 mq.

Le attività di movimentazione, riattivazione e mobilitazione dell'ospite, in presenza delle superfici minime di cui sopra, sono supportate da opportuni accorgimenti tecnologici (es. sollevatori, letti attrezzati), tenendo conto della tutela e della sicurezza del personale addetto all'assistenza, in particolare per l'attività di movimentazione dell'ospite.

**Servizio igienico:**

E' previsto un servizio igienico per ogni camera.

Il dimensionamento del servizio igienico deve essere idoneo per l'ospite con difficoltà motorie (carrozzella o stampelle) assistito da operatore.

E' ammesso anche un servizio igienico ogni 4 posti letto, con accesso controllato dalle due camere, di dimensioni tali da consentire l'attività di supporto all'igiene da parte del personale di assistenza.

Se i servizi igienici delle stanze non garantiscono, per forma e dimensione, l'igiene della persona con il supporto dell'operatore, deve essere previsto almeno un bagno assistito esterno alle stanze per modulo.

**c) Area a servizio della residenzialità**

**Cucinotto/tisaneria:**

Locale per la preparazione di bevande calde e alimenti, alimentato esclusivamente da rete elettrica.

**Spazio di soggiorno/pranzo/attività ludiche:**

Superficie minima di 30 mq. per modulo fino a 15 posti letto. Per moduli maggiori va aggiunto 1mq per ogni ospite oltre i 15 (35 mq per 20 posti letto)

Detto spazio può essere ricavato, in base all'organizzazione del servizio, in più locali o in unico locale suddiviso, per le varie attività (ristorazione, conversazione, lettura, mobilitazione, riattivazione..), con arredi o pareti attrezzate.

**d) Area per le attività sanitarie**

L'area è articolata in locale per visite e medicazioni, locale per il coordinatore infermieristico, locale di lavoro per il personale di assistenza, locale per i medici e deposito/archivio sanitario.

**Locale per visite e medicazioni**

Uno per modulo con superficie non inferiore a 9 mq.

**Locale per il coordinatore infermieristico**

Almeno uno per O.d.C con superficie non inferiore a 9 mq. Deve essere dotato di armadio farmaci e frigorifero a temperatura controllata per i prelievi.

**Locale di lavoro per il personale di assistenza:**

Uno per modulo, presente in ogni piano di degenza, con superficie non inferiore a 9 mq.

**Locale per medici:**

Almeno uno per O.d.C. con superficie non inferiore a 9 mq

**Deposito/archivio sanitario:**

Almeno uno per O.d.C.

**e) Area destinata ai servizi di supporto**

**Spogliatoi del personale**

Devono essere assicurati gli spogliatoi del personale suddivisi per sesso, con zona docce e bagno.

**Depositi pulito e sporco, ausili**

Locale/spazio, presente in ogni piano di degenza, per il materiale pulito

Locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco e dotato di vuotatoio e lava padelle

Locale, presente in ogni piano di degenza, per deposito attrezzature/ausili di uso quotidiano

### **3) Requisiti tecnologici specifici**

**Impianti elettrici**

Conformi alla normativa vigente per strutture sanitarie.

Va garantita la continuità elettrica secondo le apparecchiature presenti.

**Impianti di trattamento aria**

E' ammesso il ricircolo dell'aria con un massimo del 50% del volume trattato.

Devono essere garantiti i seguenti valori per tutti i locali:

ricambio d'aria non inferiore a 2 vol./h.

temperatura: estate 26°-2°/inverno 20°+4°

umidità relativa: non superiore a 70%

### **Impianti gas medicali**

Impianti centralizzati di vuoto e ossigeno con presa in ogni posto letto o idonee tecnologie sostitutive.

L'utilizzo di bombole di ossigeno è consentita solamente per capacità delle stesse non superiore (in tutto l'edificio) a 10 litri e comunque in presenza di impianto di ventilazione, collegato al gruppo elettrogeno, con segnale di guasto o interruzione corrente.

### **Impianto antincendio**

Secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

### **Impianti speciali**

Deve essere assicurato per ogni locale:

- impianto di comunicazione e di chiamata con segnalazione acustica e luminosa al letto;
- presa di rete per accesso a Internet o copertura *wireless*;
- impianto forza motrice nelle camere con almeno una presa per alimentazione normale
- impianto televisivo solo per le stanze di degenza e spazi di soggiorno.

### **Impianti illuminazione**

Impianto di emergenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente

### **Dotazione tecnologica**

La struttura fornisce i farmaci, l'ossigeno, i letti ed i presidi anti-decubito per i pazienti, gli ausili standard per la mobilità (es. sollevatori, sedie a rotelle e deambulatori), i presidi per l'incontinenza.

Per garantire alcune attività diagnostiche e di monitoraggio, la struttura deve disporre di almeno:

1 elettrocardiografo portatile, garantendo il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento, anche attraverso un sistema di teleconsulto e tele refertazione

1 ecografo portatile per la diagnostica di primo livello

Apparecchio per saturimetria trans-cutanea

Aspiratore per bronco aspirazione

Se la struttura è lontana da centri diagnostici di riferimento può essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello POCT - *Point of care*.

Carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale

Carrello per la gestione della terapia

Carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico

Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato.

La Regione, nell'ambito della propria programmazione, definisce le modalità per la fornitura di farmaci, dispositivi, presidi e ausili nell'ambito di quanto previsto dal DPCM 12 gennaio 2017.

L'O.d.C. si adegua e collabora a tutte le iniziative di teleconsulto e telemedicina predisposte dall'Azienda sanitaria locale.

In caso di O.d.C. pediatrico, la dotazione dovrà essere adeguata alle specificità del tipo di paziente.

#### **4) Requisiti organizzativi e standard clinico - assistenziali**

L'Od.C. opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e compresi i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali.

A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari.

Devono essere definiti appositi accordi con i seguenti servizi di supporto: laboratorio analisi anche relativamente alla gestione del POCT - *Point of Care*, radiologia, medicina fisica e riabilitativa, servizio dietetico e nutrizione clinica, servizio sociale.

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono soggette alle normative vigenti in termini di compartecipazione alla spesa ed esenzione per le prestazioni ambulatoriali.

L'assistenza medica viene assicurata dai medici di medicina generale (pediatri di libera scelta se O.d.C. pediatrico) secondo l'Accordo Collettivo nazionale o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN sei giorni su sette (escludendo la domenica e gli altri giorni festivi), che garantiscono almeno un'ora settimanale di presenza in struttura per singolo ospite.

L'assistenza medica nelle ore notturne e nei giorni festivi e prefestivi è garantita dal Servizio di continuità assistenziale, come disposto dalla normativa per tutti gli utenti del Servizio sanitario nazionale o, in presenza di specifici accordi locali, da medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

Per un modulo fino a 20 posti letto dovrà essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali:

- un coordinatore infermieristico, condivisibile su due moduli se presenti nell'O.d.C.
- un infermiere e due operatori socio - sanitari (OSS) per ciascun turno diurno ed un infermiere ed un OSS per il turno di notte.

Deve essere assicurata, oltre al personale citato, la funzione dell'infermiere *case manager*.

I processi assistenziali garantiti dall'O.d.C. devono essere coerenti con i criteri di gestione del rischio clinico in uso presso il Distretto/l'Azienda sanitaria di afferenza.

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

La collaborazione con le associazioni di volontariato potrà offrire un utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei pazienti e dei *caregiver*.

L'O.d.C. deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere alla alimentazione del Sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle prestazioni erogate dai Presidi Residenziali di Assistenza Primaria/Ospedali di comunità, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

La Regione valuta periodicamente l'attività degli Ospedali di Comunità sul proprio territorio, utilizzando anche elementi di valutazione comuni a livello nazionale, raccolti con il flusso informativo che andrà a costituire il debito informativo.