

Regolamento Regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dell'Ospedale di Comunità.

Art. 1

OGGETTO

1. Il presente Regolamento definisce l'organizzazione, il funzionamento ed i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell'Ospedale di Comunità – di seguito O.d.C. – e viene emanato a modifica ed integrazione dei Regolamenti Regionali nn. 3/2005, 14/2015 e n. 07/2017 (integrato dal R.R. 03/2018).

Art. 2

DEFINIZIONI

1. L'Ospedale di Comunità (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 tali strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (idoneità strutturale e/o familiare), o in quanto necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio per motivi di natura clinica o sociale. Tale ambito assistenziale si colloca nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale domicilio allargato.

2. L'O.d.C. è una struttura pubblica 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. Non è una duplicazione o una alternativa a forme di residenzialità già esistenti, che hanno altri destinatari, e, in particolare, alle strutture residenziali di cui agli articoli dal 29 al 35 del DPCM del 12/01/2017.

Art. 3

INDIVIDUAZIONE DELLA SEDE

1. L'O.d.C. può essere collocato in strutture sanitarie pubbliche polifunzionali e, preferibilmente, presso presidi ospedalieri riconvertiti in Presidi Territoriali di Assistenza, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale.

Art. 4

POSTI LETTO

1. L'O.d.C. ha un numero limitato di posti letto di degenza territoriale, non superiore a 20 p.l., secondo le indicazioni del DM 70/2015, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione. I posti letto sino a n.20 sono organizzati in n.1 modulo. Dopo la fase di avvio e in relazione alle verifiche sull'entità della domanda assistenziale specifica, sarà possibile attivare un ulteriore modulo, fino a un massimo di due complessivi, anche su istanza documentata della Direzione strategica aziendale.

Art.5

TARGET DI UTENZA

1. La tipologia di assistenza erogata possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA). Rispetto a queste ultime non si pone in alternativa, ma in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

2. I pazienti ospitati possono provenire dal domicilio o da altre strutture residenziali, nonché dal Pronto Soccorso e/o essere dimessi da presidi ospedalieri per acuti, con le modalità indicate al successivo art. 6.

3. Possono accedere all'O.d.C. pazienti che, a seguito di un episodio acuto o con patologie croniche riacutizzate, necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (da 2-3 giorni ad un massimo di 15-20 giorni), ovvero che necessitano di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa.

4. A tali pazienti deve essere garantita l'assistenza infermieristica continuativa e l'assistenza medica programmata o specialistica su specifica necessità.

5. L'obiettivo principale è il recupero funzionale, con la finalità di riportare il paziente al domicilio o in strutture residenziali, cercando di evitare un nuovo ricovero a breve distanza di tempo.

6. L'ospedale di comunità prende in carico pazienti che necessitano:

a) di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare);

b) di sorveglianza infermieristica continuativa;

c) di osservazione sanitaria breve.

7. Sono previsti i seguenti criteri di esclusione:

a) pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica;

b) pazienti in fase di terminalità;

c) pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;

d) pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.

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

a) diagnosi già definita;

b) prognosi già definita;

c) eventuale punteggio scala/e di valutazione;

d) programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia.

9. La durata massima dei ricoveri è determinata in 20 giorni. Per casi particolari, con riferimento al completamento di percorsi riabilitativi ed assistenziali, il prolungamento deve essere autorizzato dal Direttore Sanitario e non può, comunque, eccedere i 30 giorni.

Art. 6

MODALITA' DI ACCESSO

1. L'accesso avviene sempre su proposta del medico di AP che concorda l'accettazione con il Responsabile Sanitario dell'O.d.C. (art. 7, comma 2) e con il coordinatore infermieristico. Eventuali indicazioni di ricovero presso l'O.d.C. da parte dello specialista territoriale, del medico di continuità assistenziale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal Pronto Soccorso, devono essere concordate con il medico di AP che può proporre l'accesso.

2. Qualora l'accesso avvenga a seguito di ricovero ospedaliero, le dimissioni dal Presidio Ospedaliero vanno programmate in orari tali da consentire l'intervento tempestivo del medico di AP.

3. Per ogni paziente che accede all'Ospedale di Comunità deve essere prevista una cartella clinica in cui viene reso disponibile anche il Piano di Assistenza Individuale (PAI). In fase di accesso il medico di AP, il responsabile sanitario dell'O.d.C. e l'infermiere Case Manager, effettuano la valutazione volta ad individuare gli obiettivi assistenziali e terapeutici conseguibili, il tempo previsto per il raggiungimento dei risultati attesi, ed il numero di accessi del Medico di AP. Il piano assistenziale deve contenere la programmazione degli accessi da parte del responsabile clinico (medico di AP), le attività assistenziali di monitoraggio e la loro frequenza di erogazione, la terapia e le eventuali visite specialistiche necessarie.

4. Nel caso di minori, il piano assistenziale e la presunta durata del ricovero vengono portati a conoscenza dei legali rappresentanti del minore che ne prendono atto e sottoscrivono il "consenso informato".

5. 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.

6. Il responsabile sanitario dell'O.d.C. dovrà garantire, d'intesa con il medico di AP e secondo quanto previsto dalle norme in materia di accesso alle strutture socio-sanitarie, idonei percorsi per il trasferimento dei pazienti dopo le dimissioni.

Art. 7 RESPONSABILITA'

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

2. La responsabilità sanitaria, igienico - organizzativa e gestionale complessiva (di seguito Responsabile Sanitario) dell'O.d.C. è in capo al Direttore del Distretto o - su delega - al Dirigente Medico Responsabile delle Cure Primarie e Intermedie del DSS, ovvero ad un Dirigente Medico individuato nell'ambito della Struttura Cure Primarie e Intermedie del DSS di competenza, che svolge anche una funzione di collegamento con i responsabili clinici ed assistenziali, e la direzione aziendale.

3. Il collegamento funzionale tra le strutture sanitarie, socio-sanitarie e di residenzialità è effettuato attraverso la Struttura Cure Primarie e Intermedie del DSS.

4. La responsabilità sanitaria si declina nelle seguenti attività:

- organizzazione della presenza/turnistica del personale infermieristico e OSS;
- raccordo funzionale con il coordinatore delle professioni sanitarie responsabile della turnistica del personale di competenza, relativamente all'organizzazione delle presenze, in coerenza con la normativa vigente e gli accordi contrattuali;
- applicazione misure igienico/sanitarie, approvvigionamento farmaci e presidi, tenuta e verifica della documentazione clinica (cartelle) e documentazione professionale (linee guida, carta dei servizi) gestione del rischio clinico, responsabile della qualità sanitaria. La cartella e i

dati clinici sanitari sono di proprietà del paziente e devono essere consultabili da altro personale sanitario;

- programmazione e periodiche verifiche delle attività sopradescritte;
- approvazione e verifica del PAI;
- gestione e scorrimento delle liste di attesa, delle richieste di valutazione monoprofessionale breve e di ingresso in struttura in sinergia con l'infermiere case manager.

5. Il responsabile sanitario verifica la corretta compilazione delle informazioni sanitarie nella cartella clinica e nella Scheda di Dimissione Ospedale di Comunità e l'assolvimento del debito informativo relativamente al Flusso "Sistema Informativo Ospedali di Comunità".

6. In caso di pluralità di moduli, la responsabilità organizzativa e gestionale di ogni singolo modulo è in capo al coordinatore infermieristico.

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

8. La responsabilità clinica è garantita dal medico responsabile clinico - medico di AP di scelta dell'assistito - che assicura l'assistenza medica routinaria e una disponibilità diretta telefonica h12 (o altri supporti di telecomunicazione) nonché l'eventuale intervento in loco quanto prima e (compreso il sabato mattina e prefestivi nei limiti di cui all'ACN 29.07.2009) anche attraverso una forma di medicina organizzata (medici di assistenza primaria in AFT di riferimento territoriale) o attraverso un sistema di reperibilità aziendale.

9. In caso di mancata disponibilità del medico di AP, l'infermiere in capo al quale è posta la responsabilità assistenziale deve contattare i medici della continuità assistenziale.

10. Al medico di AP di scelta del paziente deve essere garantito l'accesso nella struttura. Il medico di AP, titolare della scelta, in qualità di responsabile clinico, può seguire personalmente il proprio paziente in struttura garantendo gli standard descritti nel presente regolamento.

11. Il medico di AP appartenente ad una forma associativa, in caso di impedimento, può delegare l'assistenza ad un altro medico di AP della forma organizzata di riferimento, secondo le previsioni dell'atto costitutivo della forma organizzata, ai sensi dell'art. 54 comma 4 lett. g) ACN 29.07.2009.

12. In caso di assenza o malattia del medico di AP, l'accesso può essere effettuato dal sostituto. In tale ipotesi, con riferimento al pagamento del compenso, si applica quanto previsto dall'ACN.

13. Qualora il medico di AP titolare della scelta voglia seguire il proprio paziente in struttura, al di fuori delle procedure previste per le dimissioni protette, deve comunicarlo tempestivamente al Direttore del Distretto Socio Sanitario, o - su delega - al Dirigente Medico Responsabile delle Cure Primarie e Intermedie del DSS di competenza, prima dell'ammissione in O.d.C., garantendo gli standard assistenziali previsti (h12).

14. Le attività da garantire al paziente da parte del responsabile clinico (MMG) sono:

- apertura cartella clinica, definizione del PAI, monitoraggio clinico periodico, riportato in cartella, e accesso come definito nel PAI in sinergia con l'infermiere case-manager e gli altri professionisti;
- raccolta delle informazioni sanitarie nella cartella clinica compilazione della Scheda di Dimissione Ospedale di Comunità in sinergia con infermiere case-manager;
- valutazione alla dimissione e individuazione del setting di trasferimento, in funzione del quale deve essere assicurato l'accompagnamento al domicilio, con eventuale valutazione

post ricovero a domicilio, ovvero attivazione della valutazione multidimensionale da parte dell'équipe territoriale dedicata, al fine della definizione di adeguati percorsi territoriali post-dimissione del paziente (attivazione di assistenza domiciliare, erogazione di prestazioni o presidi a domicilio, trasferimento verso altre strutture della rete).

- colloqui regolari con i familiari per costruire il rientro a domicilio.

15. La copertura assistenziale notturna e festiva (domenica, festivi e sabato dalle ore 10:00 in poi) viene garantita dall'Azienda attraverso la continuità assistenziale. Nel pomeriggio del prefestivo, dopo l'ingresso in guardia notturna e durante il giorno festivo, è facoltà dell'azienda attivare un accesso programmato del medico della continuità assistenziale a seguito di specifico accordo contrattuale, secondo le previsioni dell'art. 37 comma 10 dell'AIR recepito con DGR 2289 del 29.12.2007.

16. L'assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica è garantita nelle 24 ore. L'infermiere case-manager provvede alla compilazione della cartella clinica per gli ambiti di competenza e supporta il responsabile clinico per la compilazione della Scheda di Dimissione dall'Ospedale di Comunità.

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

18. In caso di necessità, l'infermiere attiva, durante le ore diurne, il responsabile clinico del paziente e si avvale, nelle ore notturne, nei giorni festivi e nelle ore prefestive non coperte dal responsabile clinico, del Servizio di continuità assistenziale.

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

Art. 8

REQUISITI GENERALI

1. **Ricettività:** Modulo fino a 20 posti letto organizzato in stanze da 1 o 2 letti.

2. **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.).

3. **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 morgue. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

4. Oltre a quanto previsto dalle normative vigenti in tema di accreditamento delle strutture sanitarie, nella struttura devono essere previsti una serie di spazi (soggiorno/TV, spazio collettivo per mensa, lettura, tempo libero, etc.) utili, non solo per la socializzazione ed il comfort, ma anche per facilitare la presenza dei familiari, utili e fondamentali nel percorso assistenziale.

5. **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.

ART. 9

REQUISITI STRUTTURALI SPECIFICI

1. Oltre ai requisiti autorizzativi, l'area della degenza deve possedere, di base, i medesimi requisiti strutturali di accreditamento previsti per le strutture di Medicina Interna.
2. 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:

È presente 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.

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 1 mq 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.

ART. 10

REQUISITI TECNOLOGICI SPECIFICI

1. Impianti elettrici:

Conformi alla normativa vigente per strutture sanitarie.

Va garantita la continuità elettrica secondo le apparecchiature presenti.

2. Impianti di trattamento aria:

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

Devono essere garantiti i seguenti valori per tutti i locali:

- a) ricambio d'aria non inferiore a 2 vol./h;
- b) temperatura: estate 26°-2°/inverno 20°+4°;
- c) umidità relativa: non superiore a 70%.

3. 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.

4. Impianto antincendio:

Secondo quanto previsto dalle normative vigenti.

5. 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.

6. Impianti illuminazione:

Impianto di emergenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

7. 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:

- e) 1 elettrocardiografo portatile, garantendo il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento, anche attraverso un sistema di teleconsulto e tele refertazione;
- f) 1 ecografo portatile per la diagnostica di primo livello;
- g) apparecchio per saturimetria trans-cutanea;
- h) aspiratore per bronco aspirazione;
- i) se la struttura è lontana da centri diagnostici di riferimento può essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello POCT - Point of care;
- j) carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale;
- k) carrello per la gestione della terapia;
- l) carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico;
- m) letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato e barre di protezione anti caduta;
- n) materassi e cuscini antidecubito.

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 dalla Regione e dall'Azienda sanitaria locale.

ART. 11

REQUISITI ORGANIZZATIVI E STANDARD CLINICO-ASSISTENZIALI

1. L'O.d.C. opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari distrettuali, come i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, e con i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali.
2. A tal fine devono essere predisposte, a livello distrettuale, specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari.
3. 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. Al fine di garantire la massima integrazione, gli O.d.C. sono collocati, ai sensi dell'art. 2, in strutture polifunzionali, preferibilmente PTA, che assicurano la disponibilità di dotazioni strumentali ed organizzative idonee a fornire la maggior parte dei servizi necessari.

4. Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono soggette alle normative vigenti in termini di compartecipazione alla spesa ed esenzione per le prestazioni ambulatoriali.
5. L'assistenza medica è garantita dai medici di AP di scelta del paziente, che assumono la responsabilità clinica, sei giorni su sette (escludendo la domenica e gli altri giorni festivi) e garantiscono almeno un accesso settimanale in struttura per singolo ospite. Al medico di AP, per ogni accesso presso l'O.d.C., è riconosciuto l'equivalente del costo della prestazione in ADI così come previsto e regolamentato dall'art. 6, comma 9, dell'AIR recepito con DGR 2289/2007.
6. L'assistenza medica, su proposta del responsabile clinico, può altresì essere garantita da medici specialisti, convenzionati con il SSR.
7. 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.
8. Le prescrizioni sono effettuate dal medico di AP su ricetta dematerializzata. I farmaci necessari sono prescritti dal medico di AP e forniti dalla farmacia territoriale, a cura del coordinatore infermieristico. Le prescrizioni effettuate vengono riportate nella cartella clinica del paziente.
9. È prevista la presenza di un Infermiere case-manager il quale mantiene le relazioni tra il paziente e la sua famiglia ed i servizi domiciliari in modo da predisporre l'assistenza e gli ausili eventualmente necessari al rientro del paziente al proprio domicilio.
10. È prevista la presenza continuativa di infermieri sulle 24 ore, 7 giorni la settimana, coadiuvati dagli OSS con un mix e numerosità rispondenti alle reali necessità e bisogni assistenziali dei pazienti.
11. In particolare, per un modulo fino a n.20 posti letto dovrà essere garantita la presenza delle seguenti figure professionali:
 - a) n.1 coordinatore infermieristico condivisibile su n.2 moduli (se presenti nell'O.d.C.), in aggiunta al personale di cui alla lett.b);
 - b) n.1 infermiere e n.3 operatori socio - sanitari (OSS) per ciascun turno diurno e n.1 infermiere e n.1 OSS per il turno di notte.
12. 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.
13. Devono essere definite le interfacce e le procedure per la gestione della dimissione del paziente al domicilio.
14. Devono essere definite le tipologie di analisi che possono essere eseguite in accordo al Laboratorio di riferimento.
15. Devono essere garantite alcune attività diagnostiche e di monitoraggio, utili al monitoraggio clinico dei pazienti.
16. Devono essere svolte attività educative e di addestramento del paziente e del caregiver nelle attività di autoassistenza ed autocura.

Art. 12
FABBISOGNO

1. Sono attivati n.351 posti letto collocati nei Presidi Territoriali di Assistenza, secondo la seguente suddivisione su base aziendale:

ASL BARI	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA RUTIGLIANO		10
PTA BITONTO	10	
PTA RUVO DI PUGLIA		10
PTA NOCI		10
PTA GRUMO APPULA		10
TOTALE	10	40

ASL LECCE	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA CAMPI SAL.NA	8	12
PTA NARDO'		15
PTA POGGIARDO		12
PTA MAGLIE		12
PTA GAGLIANO DEL CAPO		12
TOTALE	8	63

ASL BRINDISI	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA SAN PIETRO VERNOTICO		16
PTA Ceglie MESS.CA	12	4
PTA CISTERNINO	12	4
PTA FASANO	10	10
PTA MESAGNE	12	
TOTALE	46	34

ASL FOGGIA	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA TORREMAGGIORE	12	
PTA SAN MARCO/SANNICANDRO	20 (SANNICANDRO)	12 (SAN MARCO IN LAMIS)
PTA MONTE SANT'ANGELO		12
PTA VICO/VIESTE	12 (VICO) + 10 (VIESTE)	
PTA TROIA/ACCADIA		18
TOTALE	54	42

ASL TARANTO	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA MASSAFRA		12
PTA GROTTAGLIE		12
TOTALE		24

ASL BAT	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA MINERVINO MURGE		20
PTA TRANI		10
TOTALE		30

Art. 13
ABROGAZIONI E DISPOSIZIONI TRANSITORIE

1. Con l'entrata in vigore del presente Regolamento sono abrogate le seguenti disposizioni: punto D.06 (sezione D) del R.R. n.3/2005; art. 2.6 e art. 10 del R.R. n.14/2015, ed è modificata la tabella relativa agli Ospedali di Comunità, sub Tab.B del R.R. n. 07/2017, secondo quanto previsto dal precedente art. 12.

2. Tutti gli O.d.C. già attivati dalle Aziende Sanitarie Locali nelle more dell'approvazione del presente regolamento devono uniformarsi a quanto previsto entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore dello stesso.