

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Richiesta di parere alla Commissione assembleare competente sulla deliberazione concernente: «DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Completamento del riordino della rete sanitaria territoriale e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità»

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'ARS Marche dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta, che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria Marche e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

- *di trasmettere alla Presidenza del Consiglio-Assemblea legislativa regionale, al fine dell'acquisizione del parere della Commissione Assembleare competente, lo schema di deliberazione in Allegato A concernente: DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Completamento del riordino della rete sanitaria territoriale e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità*

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

L.R. n.19 dell'8 agosto 2022 Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Motivazione

Il Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'ARS Marche ha predisposto l'allegato schema di deliberazione concernente l'«Attuazione DGR 559/2023 - Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità».

La Giunta, per poter deliberare in merito, deve acquisire il preventivo parere della Commissione Assembleare competente, come previsto dall'art. art. 20, comma 2, lettera d) della L.R. 19 del 08.08.2022.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento

Maurizio Ercolani

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente del Settore

Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria

Flavia Carle

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Completamento del riordino della rete sanitaria territoriale e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, del Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria e la dichiarazione dello stesso che l'atto non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

1. di approvare le Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità di cui all'Allegato A;
2. di incaricare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Territoriali di recepire, con atti propri, quanto disposto nella presente deliberazione entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto;
3. di incaricare l'ARS di monitorare l'attuazione di quanto previsto dalla presente Deliberazione e le attività ad essa conseguenti.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Francesco Maria Nocelli

Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Francesco Acquaroli

Documento informatico firmato digitalmente

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Normativa di riferimento

- **Legge n.833 del 23 dicembre 1978** “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
- **Decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006** “Piano Sanitario Nazionale PSN 2006-2008”;
- **DGR n.274 del 2 febbraio 2008** “Linee di indirizzo per lo sviluppo dell’Ospedale di Comunità - Casa della Salute in area vasta”;
- **Intesa del 13 novembre 2008** sullo schema di decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali concernente l’assegnazione alle Regioni e Province autonome, per l’anno 2007, del Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale
- **DGR n.1044 del 22 giugno 2009** “L. 662/96 art. 1 comma 34 e 34 bis - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2009, individuati nell’accordo del 25 marzo 2009, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.”;
- **DGR n.1634 del 15 novembre 2010** “L. 662/96 art. 1 comma 34 - Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2009, individuati nell’accordo dell’8 luglio 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.”;
- **DGR n.1512 del 14 novembre 2011** “Legge 662/96, art 1 comma 34 e 34bis. Approvazione dei progetti della Regione Marche per il perseguimento di Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2011, individuati nell’Accordo del 20 aprile 2011 e nell’Integrazione dell’Accordo del 27 luglio 2011 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.”;
- **Monitor n°27 2011 AGENAS** articolo “Il piano di riorganizzazione dell’assistenza sanitaria nelle Regioni in Piano di rientro” Allegato 2;
- **Deliberazione n.38 del 20 dicembre 2011** Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2014 “Sostenibilità, Appropriatezza, Innovazione e Sviluppo”;
- **DGR n.528 del 16 aprile 2012** “Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012-2014. Approvazione”;
- **Decreto Legge n.95 del 6 luglio 2012, convertito con modifiche nella Legge 7 agosto 2012 n.135**, “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”;
- **DGR n.1696 del 03 dicembre 2012** “Direttiva vincolante per i Direttori Generali degli Enti del SSR, per l’attuazione del D.L. 95/12 convertito in Legge 135 del 7 agosto 2012, concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica in invarianza dei servizi ai cittadini”;
- **DGR n.735 del 20 maggio 2013** “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012.”;

- **DGR n.452 del 14 aprile 2014** “Linee Guida per l’organizzazione funzionale delle Case della Salute. Approvazione”;
- **Patto per la Salute 2014/2016 del 10 luglio 2014.** Intesa, ai sensi dell’art. 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 82/CSR;
- **DGR n.960 del 4 agosto 2014** “Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione”;
- **DM 70 del 2 aprile 2015** “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- **DGR n.541 del 15 luglio 2015** “Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- **DGR n. 139 del 22 febbraio 2016** “Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013”;
- **Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016** “Piano Nazionale della Cronicità”;
- **REGOLAMENTO REGIONALE n.1 del 01 febbraio 2018** “Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati ai sensi dell’articolo 7, comma 3, della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati””;
- **Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 20 febbraio 2020** “Patto per la salute 2014-2016 di cui all’Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità”;
- **DGR 938 del 20 luglio 2020** LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV));
- **DGR n.114 del 14 febbraio 2022** Attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale – Definizione del quadro programmatico dei sub-interventi 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”, 1.2.2 “COT, interconnessione aziendale,

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

device” e 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)”. Identificazione dei siti idonei”;

- **DECRETO MINISTERO SALUTE del 23 maggio 2022, n.77** Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- **DGR n.656 del 30 maggio 2022** Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Salute – Componenti 1 e 2: Aggiornamento dell’elenco degli interventi di cui alla delibera n. 271 del 14/03/2022 e approvazione del Piano Operativo Regionale e successive modifiche;
- **L.R. n.19 dell’8 agosto 2022** Organizzazione del Servizio Sanitario Regionale;
- **DGR n.559 del 29 aprile 2023:** Prime indicazioni per l’attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale” e linee di indirizzo per l’interconnessione aziendale delle centrali operative territoriali;
- **Deliberazione Amministrativa n.55 del 1°agosto 2023 - PSR 2014-2022** versione 12.1 approvata con decisione di esecuzione della Commissione europea C(2023) 4093 final del 19 giugno 2023;
- **Deliberazione n.57 Assemblea Legislativa Regionale del 9 Agosto 2023:** PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2023-2025. Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani;
- **DGR 1412 del 30 settembre 2023** L.R. n. 21/2016 – Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Modifica delle DDGR 937/2020 e 938/2020;
- **DGR n.858 del 4 giugno 2024:** Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente “Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale”
- **DGR n.993 del 30 giugno 2025:** Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli Ospedali di Comunità (SIOC), nell’ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Motivazione

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 definisce l’Ospedale di Comunità (OdC) come struttura che consente il raccordo tra il sistema delle cure primarie e quello delle cure ospedaliere al fine completare l’offerta dei servizi di Cure Intermedie (intermediate health care). L’Ospedale di comunità è quindi la struttura dedicata, all’attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti. (PSN 2006 2008).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con la DGR 274/2008 “Linee di indirizzo per lo sviluppo dell’Ospedale di Comunità - Casa della Salute in area vasta” la Regione Marche ha incaricato di predisporre uno schema di indirizzo finalizzato allo sviluppo dell’Ospedale di Comunità – Casa della Salute, prevedendo un triennio di sperimentazione.

Il 13 novembre 2008 l’Intesa Stato/Regioni assegna alle Regioni le risorse previste per gli obiettivi prioritari del PSN tra cui la Sperimentazione Case della Salute.

La Giunta regionale con le deliberazioni n. 1044/2009, n. 1634/2010 e n.1512/2011, ha attivato un percorso di progettazione ed implementazione delle Case della Salute in coerenza con il perseguimento degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale. (DGR 114/2022)

Nel 2011 l’AGENAS pubblica su Monitor n°27 una Classificazione delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie (Mattone I, Programma nazionale “I Mattoni del Ssn” del Ministero della Salute) dove l’OdC, insieme alle Residenze sanitarie distrettuali ed ai Country Hospital, viene definita come struttura “di residenzialità extraospedaliera in grado di accogliere pazienti in dimissione da reparti acuti o post-acuti dell’ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o proseguire il processo di recupero in ambito non ospedaliero; o per accogliere pazienti per il quale il medico di medicina generale possa chiederne l’inserimento” (Monitor n°27, 2011).

La deliberazione n.38 dell’Assemblea Legislativa Regionale del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2014 “Sostenibilità, Appropriatezza, Innovazione e Sviluppo” del 20 dicembre 2011 e la DGR 528 del 16 aprile 2012, Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012-2014, pongono l’obiettivo della diffusione territoriale della Case della Salute, che rappresentano lo strumento fondamentale per perseguire le linee di azione del PSR: lo sviluppo della rete delle cure primarie e lo sviluppo dell’erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Il DL 95 del 6 luglio 2012, convertito con modifiche nella Legge 7 agosto 2012 n.135, concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, ha previsto la riduzione dello standard regionale dei posti letto.

La Regione Marche il 3 dicembre 2012, con la DGR 1696, in attuazione del DL 95/2012, approva la direttiva vincolante per i Direttori generali degli enti del SSR che prevede: la riconversione di strutture verso l’area della sub-acuzie, della residenzialità e della continuità assistenziale;

la necessità di velocizzare le azioni previste dalla DGR 528/2012 procedendo alla riconversione in Case della Salute e presidi territoriali H24;

l’adozione delle linee guida organizzative per favorire la progettazione territoriale delle Case della Salute;

la diffusione delle Case della Salute nel territorio regionale come uno degli obiettivi prioritari della Rete Territoriale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con la DGR 735 del 20 maggio 2013 la giunta regionale delle Marche approva il documento “Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012”. Nel documento le Case della Salute sono “un nuovo nodo nella rete dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria”, “punto di riferimento certo per i cittadini, cui ci si può rivolgere in ogni momento”. Nel documento vengono espressi gli obiettivi, le funzioni, gli standard organizzativi, il ruolo dei professionisti delle cure primarie e, oltre a dettagliare le singole strutture previste nella regione, delinea ulteriori sviluppi di “piattaforme” funzionali di erogazione di assistenza primaria del Distretto.

La DGR n. 452 del 14 aprile 2014 “Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute. Approvazione” sono state approvate le Linee guida organizzative che definiscono i tre livelli crescenti di complessità (bassa, media, alta), previsti nelle Case della Salute e l’articolazione dei servizi che debbono essere presenti.

Le Case della Salute sono suddivise in tre tipologie a complessità crescente:

- ☐ Tipo A: Casa della Salute per l’erogazione delle cure integrate (bassa complessità);
- ☐ Tipo B: Casa della Salute per l’erogazione delle cure integrate e residenzialità (media complessità);
- ☐ Tipo C: Casa della Salute di tipo C (alta complessità), tipologia riconosciuta alle 13 piccole strutture ospedaliere riconvertite ai sensi della D.G.R. n. 735/2013.

L’Intesa tra il Governo e le Regioni e le Provincie Autonome del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, all’art.5 sull’assistenza territoriale al punto 17 tratta specificatamente degli Ospedali di comunità: “al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un’omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale”. Nel documento si fa riferimento allo schema di regolamento recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell’articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135” e prevede che in “tali presidi, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare),
- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio,

L’intesa definisce altresì gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture, nonché gli standard dei posti letto territoriali.”

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Con la DGR n.960 del 4 agosto 2014 “Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione” la Regione Marche individua “due modelli alternativi su cui disegnare le strutture di Cure Intermedie della Regione” il modello organizzativo proposto da AGENAS (Monitor n°27 del 2011) ed il “modello organizzativo del Country Hospital o Ospedale di Comunità”.

Il DM 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” fornisce “indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità”.

Nello specifico identifica l'OdC come struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico persone che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare) e/o di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali (DM 70/2015).

La Regione Marche recepisce il DM 70/2015 con la DGR 541/2015 che dava anche mandato alle strutture competenti della Regione di attivare una puntuale verifica dei contenuti al fine di individuare eventuali scostamenti e mettere in atto modifiche e/o integrazioni necessarie per assicurare la completa coerenza delle precedenti deliberazioni regionali alla nuova normativa recepita.

Con la DGR n. 139/2016 la Giunta Regionale, “in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015” adegua le Case della Salute di Tipo C e le ridefinisce Ospedali di Comunità (OdC). Nell'Allegato A, che costituisce parte integrante della deliberazione, è riportato

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

l'Assetto definitivo dal 1/1/2017 degli Ospedali di Comunità e della tipologia di posti letto e servizi presenti.

Il Piano Nazionale Cronicità, Accordo Stato Regioni del 15 settembre 2016, nel sottolineare come il territorio sia il setting migliore per affrontare e gestire tutte le complessità e le eventuali comorbidità, inserisce gli ospedali di comunità nel sistema “a rete” dei percorsi delle persone con patologie croniche. L'ospedale di comunità, nel documento, viene definito come “una struttura sanitaria territoriale gestita anche dai MMG che consente l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media/bassa intensità e breve durata, per la gestione appropriata di patologie momentaneamente sкомпensate o riacutizzate con rischio sociale variabile.

L'ospedale di comunità si colloca come anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera ed il territorio, attraverso la rete dei servizi domiciliari e le strutture residenziali, costituendo il modello organizzativo distrettuale a maggiore intensità sanitaria.”(PNC 2016)

Il Regolamento Regionale dell'1 febbraio 2018 n. 1 definisce le tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, nell'Allegato C “Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione e strutture sociali di tutela e accoglienza che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale” l'Ospedale di Comunità viene descritto come una “struttura con un numero limitato di posti letto gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico - organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche”; collocato nell'Area Sanitaria extraospedaliera, di livello assistenziale Intensivo ed a regime Residenziale.

L'Intesa Stato-Regioni del 20 gennaio 2020 approva il documento recante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, delineandone le caratteristiche essenziali riprese dal DM 77/2022.

Con la DGR 1412 del 30 settembre 2023 “L.R. n. 21/2016 – Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Modifica delle DDGR 937/2020 e 938/2020” la Giunta Regionale approva l'inserimento dei requisiti specifici per l'Ospedale di Comunità e modifica la presentazione dello stesso.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La programmazione regionale, ai sensi del DM 77/2022, deve prevedere un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, e comunque un ospedale di comunità per ogni Distretto. Lo standard previsto di 0,2 posti letto ogni 1000 abitanti da attuarsi in maniera progressiva.

Con l'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'aprile 2021 il Governo si è posto l'obiettivo di potenziare l'assistenza territoriale, tramite la componente 1 della Missione 6, anche attraverso gli Ospedali di Comunità. L'investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) prevede la realizzazione di oltre 400 ospedali di comunità in Italia attraverso diverse attività, tra cui la ricognizione delle localizzazioni e dei siti idonei alla realizzazione.

La Giunta Regionale delle Marche, con la DGR 114 del 14 febbraio 2022 ha approvato l'identificazione dei siti idonei dove attivare gli Ospedali di Comunità (OdC) previsti dal PNRR.

Il Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'ARS, ha coordinato le proposte programmatiche degli Ospedali di Comunità presentate dalle AST nell'ambito dei lavori del Gruppo di lavoro "atto programmatico DM 77" costituito con Decreto del Direttore dell'ARS n°94 del 18 settembre 2024.

Le proposte, ad integrazione dei 9 OdC già individuati con la 114/2022, sono state oggetto di una verifica da parte dei Direttori Generali delle AST e validate nel corso dell'incontro del Coordinamento Enti del 11 giugno 2025.

Per quanto sopra esposto si propone l'adozione del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il responsabile del procedimento
Maurizio Ercolani

Documento informatico firmato digitalmente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA - ARS

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente del Settore
Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria
Flavia Carle

Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO

Allegato A

Completamento del riordino della rete sanitaria territoriale e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali di Comunità

INDICE

- 1 Premessa
- 2 Programmazione Regionale OdC
- 3 Modello organizzativo

1 Premessa

Il DM 77/2022, in coerenza con l'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, riporta che l' Ospedale di Comunità (OdC) "è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio" .

L'OdC non è ricompreso nelle strutture residenziali previste negli articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". **Non ricomprende quindi l'art 29 sull'Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario che il Regolamento Regionale n.1 del 01 febbraio 2018 attribuisce alle Cure Intermedie R1.**

La programmazione regionale, ai sensi del DM 77/2022, deve prevedere un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, e comunque un ospedale di comunità per ogni Distretto. Lo standard previsto di 0,2 posti letto ogni 1000 abitanti da attuarsi in maniera progressiva, **nel presente atto viene ampiamente soddisfatto in quanto si prevede un numero di posti letto (PL) superiore al numero previsto dallo standard (tabella 1 "numero OdC e Posti Letto previsti in applicazione DM 77/2022").**

Con l'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell'aprile 2021 il Governo si è posto l'obiettivo di potenziare l'assistenza territoriale, tramite la componente 1 della Missione 6, anche attraverso gli Ospedali di Comunità. L'investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) prevede la realizzazione di oltre

400 ospedali di comunità in Italia attraverso diverse attività, tra cui la ricognizione delle localizzazioni e dei siti idonei alla realizzazione. La Giunta Regionale delle Marche, con la DGR 114 del 14 febbraio 2022 ha approvato l'identificazione dei siti idonei dove attivare gli Ospedali di Comunità (OdC) previsti dal PNRR, identificando 9 siti idonei.

Gli standard per gli OdC, previsti dal DM 77/2022, sono i seguenti:

- almeno un ospedale di comunità per ogni distretto;
- ogni ospedale di comunità, di norma, ha un numero di PL tra 15 e 20;
- almeno 20 PL ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 PL ogni 1000 abitanti previsti in programmazione regionale.

Tabella 1 numero OdC e Posti Letto previsti in applicazione DM 77/2022

AST	Distretto	ABITANTI	n°OdC	n°posti letto secondo la dotazione 0,2*1000 ab
AST PESARO URBINO	PESARO	138.101	1	28
	URBINO	77.864	1	16
	FANO	134.370	1	27
	Totale AST	350.335	3	71
AST ANCONA	SENIGALLIA	76.374	1	15
	JESI	103.456	1	21
	FABRIANO	43.275	1	9
	ANCONA	250.696	3	50
	Totale AST	473.801	6	95
AST MACERATA	CIVITANOVA MARCHE	122.013	1	24
	MACERATA	126.777	1	25
	CAMERINO	42.885	1	9
	Totale AST	291.675	3	58
AST FERMO	FERMO	167.628	2	33
	Totale AST	167.628	2	33
AST ASCOLI PICENO	SAN BENEDETTO DEL TRONTO	100.829	1	20
	ASCOLI PICENO	100.159	1	20
	Totale AST	200.988	2	40
	TOTALE REGIONALE	1.484.427	16	297

Dati popolazione al 1° gennaio 2024 ISTAT - ARS - Settore Flussi Informativi Sanitari e Monitoraggio SSR

2 Programmazione Regionale OdC

La Regione Marche, attraverso il Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell'ARS, ha coordinato le proposte programmatiche degli Ospedali di Comunità presentate dalle AST nell'ambito dei lavori del Gruppo di lavoro "atto programmatico DM 77" costituito con Decreto del Direttore dell'ARS n°94 del 18 settembre 2024.

Le proposte, ad integrazione dei 9 OdC già individuati con la 114/2022, sono state oggetto di una verifica da parte dei Direttori Generali delle AST e validate nel corso dell'incontro del Coordinamento Enti del 11 giugno 2025. Nella tabella 2 sono riportati gli OdC previsti e finanziati dal PNRR e gli OdC non finanziati PNRR proposti dalle AST, con i relativi posti letto. **In totale per la Regione sono previsti 21 OdC e 511 posti letto.**

Ulteriori strutture sanitarie per l'assistenza territoriale residenziale, ai sensi del Decreto Ministeriale n.77/2022 e del Piano socio sanitario, eventualmente previste dalle AST saranno oggetto di eventuali successivi atti della Giunta Regionale.

Tabella 2 numero OdC e Posti Letto previsti dalla programmazione regionale

AST	Distretto	OdC previsti DGR 114/2022 e finanziati PNRR	posti letto previsti OdC previsti PNRR	OdC non finanziati PNRR	posti letto previsti OdC non finanziati PNRR
AST PESARO URBINO	PESARO	Mombaroccio	30		
	URBINO	Cagli	36		
				Macerata Feltria	20
				Urbania	15
	FANO			Fossombrone	30
	TOTALE AST	2	66	3	65
AST ANCONA	SENIGALLIA			Senigallia	20
				Arcevia	19
	JESI	Jesi	16		
	FABRIANO			Sassoferrato	18
	ANCONA	Chiaravalle	20		
		Loreto	20		
				Castelfidardo	20
	TOTALE AST	3	56	4	77
AST MACERATA	CIVITANOVA MARCHE			Recanati	30
	MACERATA	Treia	40		
		Corridonia	20		
				Tolentino	40
	CAMERINO			Matelica	40
	TOTALE AST	2	60	3	110
AST FERMO (1)	FERMO			Sant'Elpidio a Mare	20
				Montegiorgio	20
	TOTALE AST	0	0	2	40
AST ASCOLI PICENO	SAN BENEDETTO DEL TRONTO	San Benedetto del Tronto	19		
	ASCOLI PICENO	Ascoli Piceno	18		
	TOTALE AST	2	37	0	0
	TOTALE REGIONALE	9	219	12	292

(1) Nel territorio della AST di Fermo a seguito dell'apertura del nuovo ospedale per acuti di Campiglione di Fermo, è attualmente in corso la programmazione della riorganizzazione dell'Ospedale Murri. In considerazione della importante dimensione della struttura, si prevede un'articolazione composita di servizi che risponda al meglio alle reali esigenze del territorio e che sarà oggetto di uno specifico atto regionale.

3 Modello Organizzativo

La DGR 1412 del 2023 definisce l'Ospedale di comunità come la "struttura sanitaria di ricovero, gestita da personale infermieristico, che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio".

L'Ospedale di Comunità è dotato di norma 15-20 posti letto ogni 100.000 abitanti con la possibilità di estensione fino a due moduli e non oltre.

L'OdC può avere una sede propria, oppure essere collocato I) in una casa della comunità, II) in strutture sanitarie polifunzionali, III) presso strutture residenziali socio sanitarie, IV) in una struttura ospedaliera. L'attività dell'OdC deve essere sempre riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale, a prescindere dalla sua collocazione.

Nella Tabella 3 è descritto il modello organizzativo dell'OdC.

Tabella 3 Modello Organizzativo dell'OdC

Tipologia di utenza che afferisce all'OdC	- PATOLOGIA CRONICA RIACUTIZZATA: persone fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione in condizione clinica pre-esistente, insorgenza di un quadro imprevisto, il cui ricovero in ospedale risulta inappropriato. - SORVEGLIANZA E ASSISTENZA INFERMIERISTICA CONTINUATIVA: persone, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, in dimissione ma in condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa. - EDUCAZIONE/ADDESTRAMENTO DELL'ASSISTITO O DEL CAREGIVER:
---	--

	persone che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione dei presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento dell'assistito e del caregiver prima del ritorno al domicilio. - RIATTIVAZIONE FUNZIONALE o INTERVENTI RIABILITATIVI/ RIEDUCATIVI/ MONODISTRETTO O COMPLETAMENTO DI INTERVENTI ESTENSIVI: persone che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue, supporto ed educazione terapeutica alla persona con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi/PDTA/Protocolli, già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro al domicilio - MONITORAGGIO CLINICO E STABILIZZAZIONE TERAPEUTICA - ACUZIE MINORI - ISOLAMENTO PER PATOLOGIA INFETTIVA
Obiettivi dell'OdC	- completamento del processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine, provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal pronto soccorso o da presidi ospedalieri per acuti; - coinvolgimento attivo e aumento di consapevolezza, nonché della capacità di autocura degli assistiti e dei famigliari/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi e stabilità

Accesso all'OdC	- l'accesso presso l'OdC avviene su proposta di: • medico di medicina generale; • medico di continuità assistenziale; • medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero; • medico del pronto soccorso; • pediatra di libera scelta. -l'accesso all'OdC avviene attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT)
Durata del ricovero	- I ricoveri non possono essere superiori a 30 gg. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente (DM77/2022).
Gestione ed attività nell'OdC	- basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.
Responsabilità Igienico Sanitaria, Clinica e Organizzativa	- La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI). - La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020
Operatività OdC	- L'OdC è operativo 24 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana; - l'assistenza infermieristica è continuativa per le 24 ore giornaliere; - l'assistenza medica è garantita nella fascia oraria 8-20 per 6 giorni alla settimana, per 4,5 ore giornaliere, garantendo almeno 1 ora settimanale per ogni ospite;

	- dalle 20 alle 8, e nella fascia oraria 8-20 nei giorni festivi e prefestivi, l'assistenza medica è organizzata anche per più strutture sanitarie nello stesso distretto (con tempi di interventi conformi a quanto previsto dalla normativa vigente in materia). L'assistenza medica notturna può essere garantita anche da medici della continuità assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti in struttura.
Standard minimo di personale per un modulo da 15 - 20 posti letto	- 7 infermieri di cui 1 coordinatore infermieristico (1 coordinatore anche se presenti n.2 moduli) - 2 infermieri per sostituzione assenze - 5 Operatori Socio Sanitari (OSS) + 1 unità per sostituzione assenze - 2 fisioterapisti - i Medici (MMG o medici specialisti) necessari a garantire le attività nelle fasce orarie previste.
Standard minimi tecnologici e strutturali, impiantistici ed organizzativi	Si fa riferimento alla DGR 1412/2023 L.R. n. 21/2016 – Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Modifica delle DDGR 937/2020 e 938/2020.
Valutazione e Monitoraggio Assistiti	Per tutti gli ospiti in ingresso deve essere definita la diagnosi e la prognosi medica, ed effettuata la valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica. Ogni ospite viene valutato in maniera multidimensionale all'ingresso con scale e strumenti adottati a livello regionale e viene redatto un programma di trattamento condiviso con l'assistito e/o con la famiglia (fatta eccezione per i provenienti da pronto soccorso). Nell'OdC deve essere garantita l'attività di monitoraggio degli assistiti, in loco o in

	collegamento funzionale anche attraverso servizi di telemedicina.
Procedure di Emergenza	In caso di emergenza devono essere attivate le procedure previste tramite il sistema di emergenza sanitaria territoriale. Nel caso in cui l'OdC sia collocato all'interno di un presidio ospedaliero devono essere attivate le procedure di urgenza emergenza del presidio stesso.
Collegamenti Funzionali	L'OdC è collegato funzionalmente con i servizi di supporto diagnostico specialistico delle altre strutture sanitarie, con i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili e con i servizi sociali. Devono essere previsti il collegamento e integrazione informatica tra i diversi sistemi delle Strutture.
Fascicolo Sanitario Elettronico	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 integrato con il FSE.
Dimissioni dall'OdC	La dimissione dall'OdC individua lo stato dell'assistito al momento della dimissione, e l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altri setting: • ordinaria a domicilio • protetta con attivazione Cure Domiciliari • protetta con attivazione Rete Cure Palliative (Hospice, Cure Palliative Domiciliari ecc.) • protetta al domicilio con attivazione altri servizi • Trasferimento ad ospedale pubblico o privato

	• Trasferimento a Struttura residenziale Territoriale Sociosanitaria • Trasferimento ad altre strutture di Cure Intermedie • Dimissione Volontaria
Flussi Informativi	L'OdC deve essere dotato 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 nell'ambito del Sistema Informativo per il monitoraggio degli Ospedali di Comunità (SIOC). Il sistema informativo degli OdC deve essere integrato e interoperabile con gli altri sistemi informativi gestionali.
Indicatori e Monitoraggio OdC	Negli OdC devono essere promossi ed assicurati: la formazione continua di tutto il personale, la valutazione e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza valutabile tramite i seguenti indicatori: - 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. assistiti provenienti dal domicilio - N. assistiti provenienti da ospedali - Indicatori tracciato 2 SIOC DGR 993/2025

Figura 1: percorso di accesso OdC

