

OSPEDALE DI COMUNITÀ

<i>Definizione</i>	<u>È una struttura atta a garantire le cure intermedie” cioè alle cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 4-6 settimane)”</u>
<i>Esiti attesi</i>	L'esito funzionale è il determinante principale delle necessità assistenziali e della traiettoria o del percorso assistenziale del paziente. Rispetto all'ospedale, prevale l'attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali (disabilità) della malattia rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica (rappresentata tipicamente dal DRG).
<i>Classificazione</i>	Ex Progetto Mattone 1: classificazione 8.5 Struttura di residenzialità' extra-ospedaliera a carattere temporaneo per l'erogazione di prestazioni prevalentemente di tipo sanitario con compartecipazione alla spesa solo dopo una data soglia.
<i>Risposta a quali bisogni</i>	Risposta polifunzionale a carattere temporaneo (massimo 6 settimane) con possibilità di offerta principalmente di tre tipi: di recupero funzionale, di stabilizzazione/adattamento alla disabilità, di palliazione.
<i>Posti letto / abitante</i>	All'interno del 1,2/1000 di letti di cure intermedie. 0,4/1000 letteratura anglo-sassone.
<i>Posti letto</i>	Indicativamente non meno di 24-25 posti letto, per un miglior uso costo-efficiente delle risorse umane.
<i>Aspetti strutturali</i>	Stanze doppie con bagno + bagno attrezzato per disabili. Presenza di spazio dedicato e di poltrona comfort per mobilitazione precoce del paziente solitamente reduce da prolungato allettamento e da sindrome ipocinetica dopo ricovero ospedaliero. Presenza di zona soggiorno/consumo pasti per non polarizzare la vita del paziente solo intorno al posto letto. Per la funzione di cure palliative, vanno adeguati gli standard strutturali con disponibilità di alcune stanze singole con letto per care-giver e di ossigenoterapia/aspirazione a parete. Questo standard è utilizzabile anche per pazienti tracheostomizzati e/o ventilati non in cure palliative.
<i>Tipologia di pazienti e criteri di esclusione</i>	Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica. Solitamente pazienti adulti/anziani con profilo SVAMA superiore a 2 e necessità variabili di cure sanitarie. I pazienti con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia dovrebbero essere assistiti in nuclei SAPA idealmente contigui o in collegamento funzionale con l'ODC.
<i>Profilo funzionale dei pazienti</i>	Pazienti con perdita di alcune funzioni (es. ADL quali la continenza, il cammino, l'uso del bagno, il lavarsi, il vestirsi, la capacità di trasferirsi dal letto, il mangiare) ma con 3 diverse possibili traiettorie prognostiche: a. le funzioni/abilità perse sono recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza (es. carico non concesso, esiti di sindrome da allettamento) durante il quale tentare la riattivazione e il recupero delle ADL, da iniziare in ODC e poi eventualmente da proseguire in ambito riabilitativo (recupero funzionale differito); b. alcune funzioni/abilità sono definitivamente perse, non sono recuperabili, ma devo adattare il paziente (e la famiglia) all'utilizzo di protesi/ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico. È necessario un breve periodo di tempo per capire se la nuova situazione funzionale è compatibile con un rientro a domicilio o se è necessaria una istituzionalizzazione (adattamento alla disabilità definitiva); c. alcune funzioni/abilità sono sicuramente perse, la malattia ha una prognosi infausta a

	breve termine, ed il paziente potrebbe non essere eleggibile per Hospice (palliazione, anche non oncologica).
<i>Organizzazione del personale del comparto</i>	<p>Preferibile una organizzazione infermieristica non solo per compiti ma anche per gestione del caso con almeno 1 infermiere care manager che:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. coordina il percorso del paziente durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva; 2. è responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/mobilizzazione e deospedalizzazione del paziente con la collaborazione del personale OSS. <p>Sono garantite le attività di mobilizzazione 7 giorni su 7 e anche nel pomeriggio. È presente 1 fisioterapista o terapeuta occupazionale part-time ogni 24 posti letto che collabora con il personale medico ed infermieristico nella stesura del progetto assistenziale e nel lavoro di mobilizzazione/recupero funzionale del paziente da mobilizzare sia al mattino che al pomeriggio. In collaborazione con il fisiatra, il FKT è inoltre responsabile della appropriatezza e dell'adattamento di protesi ed ausili al paziente oltre che della loro consegna al domicilio prima della dimissione. (Sono possibili accordi con il privato accreditato per la figura del FKT).</p>
<i>Personale medico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di ODC da riconversione ospedaliera va organizzata l'assistenza medica con medici e personale proveniente dall'area geriatrica o internistica riconvertita. • In caso di ODC gestito dalla medicina di famiglia, è compito della Medicina convenzionata garantire la presenza del medico di medicina generale (nelle diverse forme associative) nella struttura per favorire il riavvicinamento del proprio paziente o pazienti a quel territorio. • Come ipotesi alternativa o a supporto delle precedenti, è possibile che l'assistenza medica sia affidata a medici con specifiche capacità professionali della struttura o del Centro Servizi prevedendo un riadeguamento della tariffa giornaliera.
<i>Presenza Notturna e festiva</i>	Presenza infermieristica garantita H24.
<i>Standard personale di assistenza</i>	<p>Viene dato in minuti assistenziali e implica un carico assistenziale sicuramente pari o superiore al carico assistenziale di ospiti non autosufficienti con profili SVAMA generalmente uguali o superiori al profilo 11, cui va aggiunta una quota di assistenza legata al maggior carico sanitario di un paziente post-acute rispetto ad un ospite non autosufficiente (Rapporto Synergia).</p> <p>Va garantita una media di 1850 minuti settimanali di assistenza comprensivi dell'assistenza infermieristica e OSS per paziente. Per un nucleo di 24 persone vengono considerati 1 coordinatore infermieristico, 7,5 infermieri (5,5 turnisti per H24, 2 infermieri case manager diurni), 12 OSS (2 mattino, 2 pomeriggio, 1 la notte) più 1 FKT Part-time solo per i pazienti da mobilizzare (circa il 50%). 1 accesso dell'assistente sociale secondo necessità.</p>
<i>Tariffazione</i>	<p>Costo intermedio tra lungodegenza ospedaliera (cod.60) e quello delle strutture residenziali.</p> <p>Il costo può essere suddiviso in una quota di rilievo sanitario (92 euro) ed una alberghiera (25 euro) che è a carico dell'utente a partire dal 31.mo giorno e che diventa di 45 euro dopo il 60.mo giorno di presenza.</p> <p>Se la struttura eroga autonomamente l'assistenza medica H24, vengono aggiunti 10 euro al giorno per paziente.</p>
<i>Prestazioni diagnostiche e specialistiche</i>	Devono essere assicurate le principali consulenze specialistiche in loco tra cui il palliativista, il fisiatra, il geriatra e lo psicologo (cure palliative). Va garantito l'accesso al bisogno di un assistente sociale incaricato/a di favorire la transizione del paziente verso il setting di cura più appropriato per le sue condizioni sanitarie e sociali.

	Va inoltre garantita l'attività di punto prelievo e la possibilità di eseguire esami radiologici tradizionali in loco (anche tramite accordi con il privato accreditato o soluzioni di mobilità radiologica tipo Rad-Home).
<i>Dotazione tecnologica</i>	Tutte le stanze hanno una presa di rete per accesso a Internet o esiste una copertura wireless della struttura. La struttura è responsabile di fornire l'ossigeno, letti e superfici anti decubito per pazienti a medio e basso rischio, alcuni ausili standard per la mobilità (sollevatori, sedie a rotelle e deambulatori), un ECGrafo per trasmissione a distanza del tracciato e di una postazione mobile (PC con webcam) per teleconsulto via web. L'Azienda ULSS resta responsabile della fornitura di farmaci, dispositivi, presidi e ausili personalizzati. La struttura si adegua e collabora a tutte le iniziative di teleconsulto e telemedicina proposte dall'Azienda ULSS.
<i>Quota alberghiera</i>	A carico dell'utente oltre giornata soglia (dopo il 30.mo giorno dall'ingresso e ad incrementare dopo il 60.mo giorno). Al paziente ed alla famiglia vanno fornite adeguate informazioni preventive tramite la carta dei servizi della struttura, con la sottoscrizione preventiva di un accordo che impegna entrambe le parti al rispetto degli impegni assunti.
<i>Compartecipazione (ticket)</i>	Tutte le prestazioni ambulatoriali erogate durante la degenza saranno soggette a compartecipazione secondo la normativa vigente con esclusione di quelle di riabilitazione e di quelle erogate, come completamento diagnostico, entro i 30 giorni dalla dimissione dall'ospedale.
<i>Nodi invianti</i>	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio dopo la formulazione del progetto assistenziale con UVMD che per alcuni pazienti provenienti dall'ospedale o dal PS, può essere formulato in un secondo tempo.
<i>Strumento di ingresso /dimissione</i>	Protocolli di accettazione rapida per pazienti dimissibili da reparto per acuti/postacuti o da PS. Per questi soggetti, l'UVMD con il progetto assistenziale potrà/dovrà essere eseguita entro 7 giorni dall'ingresso in ODC. La SVAMA funzionale, mobilità e cognitiva dovrà essere eseguita anche alla dimissione (vedi debito informativo). Il Barthel index dovrà essere misurato all'ingresso e alla dimissione.
<i>Durata del ricovero</i>	Non superiore ai 30 giorni, tranne casi particolari che devono essere rivalutati in sede di UVMD alla luce della traiettoria prognostica.
<i>Responsabilità clinica</i>	Del medico che è identificato come responsabile a seconda dell'organizzazione (geriatra, MMG o medico della struttura). Il paziente in cure palliative è seguito preferibilmente dall'Equipe aziendale di Cure Palliative.
<i>Responsabilità Gestionale</i>	Il collegamento funzionale tra le strutture sanitarie, socio-sanitarie e di residenzialità è effettuato attraverso la centrale operativa Unica che si articola nei Distretti. La responsabilità igienico/sanitaria è così suddivisa: <ul style="list-style-type: none"> • Programmazione e periodiche verifiche: Direttore U.O. Cure Primarie • Applicazione misure igienico/organizzative: Responsabile clinico della struttura
<i>Raccolta dati</i>	Il tracciato record sarà composto da dati anagrafici, di patologia, di valutazione funzionale all'ingresso e alla dimissione, di processo, di esito e di follow-up.
<i>Autorizzazione e accreditamento</i>	Il percorso di autorizzazione/accreditamento dovrà essere caratterizzato dalle consuete tappe di richiesta, visita di verifica, valutazione, decreto e verrà codificato in provvedimenti ad hoc.
<i>Partecipazione della famiglia</i>	La partecipazione della famiglia al processo di recupero funzionale del paziente è auspicabile e facilitato dal libero accesso dei familiari alla struttura ed al suo personale senza rigidi vincoli di orario. Tutto il processo di presa in carico, formulazione e svolgimento del progetto assistenziale dovrà essere esplicitato, periodicamente valutato e registrato nei suoi esiti con la famiglia o il care-giver del paziente.

UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE

<i>Definizione</i>	<u>Rappresenta una delle strutture atte a garantire cure intermedie” cioè alle cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 6-8 settimane)”</u>
<i>Esiti attesi</i>	L’ <u>esito funzionale</u> è il determinante principale delle necessità assistenziali, della <u>traiettoria</u> assistenziale del paziente. Rispetto all’ospedale, prevale l’attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali della malattia, misurata come grado di disabilità, rispetto alla dimensione diagnostica e/o procedurale terapeutica (rappresentata tipicamente dal DRG)
<i>Classificazione</i>	Struttura di residenzialità extra-ospedaliera a carattere temporaneo per l’erogazione di prestazioni prevalentemente di tipo riabilitativo con compartecipazione alla spesa.
<i>Risposta a quali bisogni</i>	Risposta polifunzionale a carattere temporaneo (massimo 8 settimane) con possibilità di offerta principalmente di riabilitazione neurologica e motoria per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche.
<i>Posti letto/abitante</i>	All’interno del 1,2/1000 di letti di cure intermedie.
<i>Posti letto</i>	Indicativamente non meno di 24-25 posti per un miglior uso costo-efficiente delle risorse umane.
<i>Aspetti strutturali</i>	Stanze doppie con bagno per disabili. Presenza di spazio dedicato e di poltrona comfort per mobilitazione precoce del paziente. Presenza di zona soggiorno/consumo pasti per non polarizzare la vita del paziente solo intorno al posto letto. Tutte le stanze hanno una presa di rete per accesso a Internet o esiste una copertura wireless della struttura. Zona per attività riabilitative specifiche (palestra, spazi per logopedia, educazione funzionale e terapia occupazionale). Per alcuni pazienti con patologie neuromuscolari o respiratorie è necessario adeguare gli standard strutturali con disponibilità di alcune stanze con ossigenoterapia/aspirazione a parete per pazienti tracheostomizzati e/o ventilati.
<i>Tipologia di pazienti e criteri di esclusione</i>	Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica. Solitamente pazienti adulti/anziani con profilo SVAMA superiore a 2 e necessità variabili di cure sanitarie. I profili SVAMA 16 e 17 (pazienti con decadimento cognitivo e gravi disturbi del comportamento) non possono essere adeguatamente protetti in queste strutture ma dovrebbero essere assistiti in nuclei SAPA idealmente contigui o in collegamento funzionale con l’URT.
<i>Profilo funzionale dei pazienti</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Paziente le cui funzioni/abilità temporaneamente perse sono parzialmente o totalmente recuperabili ed è necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguente alla malattia (fratturati polipatologici e traumatologici) con interventi di riabilitazione estensiva. • Pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva ma necessitano di proseguire il trattamento (ictus a lenta risoluzione). • Paziente cronico evolutivo (es. Sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA) con grave disabilità residua che necessita di periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o a un nuovo livello di disabilità.
<i>Organizzazione del personale del comparto</i>	È preferibile una organizzazione assistenziale non solo per compiti ma anche per gestione del caso con almeno 1 infermiere/FKT care manager che: <ul style="list-style-type: none"> ▪ coordina il percorso del paziente durante l’accoglimento e verso la destinazione definitiva; ▪ è responsabile dell’attuazione del progetto di recupero/riabilitazione e

	<p>deospedalizzazione del paziente con la collaborazione del personale OSS.</p> <p>La mobilitazione del paziente è garantita 7 giorni su 7.</p> <p>Sono presenti 2 fisioterapisti o terapisti occupazionali TPE ogni 24 posti letto che collaborano con il personale medico ed infermieristico nella stesura del progetto assistenziale e nel lavoro di riabilitazione. L'articolazione oraria di questo personale (anche attraverso l'istituto del part-time) garantisce l'attività di riabilitazione anche nel pomeriggio e il sabato. In collaborazione con il fisiatra, il FKT è inoltre responsabile della appropriatezza e dell'adattamento di protesi ed ausili al paziente oltre che della loro consegna al domicilio prima della dimissione.</p> <p>(Sono possibili accordi con il privato accreditato per le figure del FKT).</p>
<i>Personale medico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • In caso di URT da riconversione ospedaliera va organizzata l'assistenza medica con medici e personale proveniente dall'area riconvertita. • In caso di URT gestito dalla medicina di famiglia, è compito della Medicina convenzionata garantire la presenza del medico di medicina generale (nelle diverse forme associative) nella struttura per favorire il riavvicinamento del proprio paziente o pazienti a quel territorio. • Come ipotesi alternativa o a supporto delle precedenti, è possibile che l'assistenza medica sia affidata a medici con specifiche capacità professionali della struttura o del Centro Servizi prevedendo un adeguamento della tariffa giornaliera (vedi più avanti) • La presenza fisiatrica sarà assicurata dal Dipartimento/UOC di Riabilitazione.
<i>Presenza Notturna infermieristica</i>	Presenza infermieristica garantita H24.
<i>Standard personale di assistenza</i>	<p>Viene dato in minuti assistenziali e implica un carico assistenziale sicuramente pari o superiore al carico assistenziale di ospiti non autosufficienti con profili SVAMA generalmente uguali o superiori al profilo 11, cui va aggiunta una quota di assistenza legata al maggior carico sanitario di un paziente post-acuto rispetto ad un ospite non autosufficiente (Rapporto Synergia).</p> <p>Va garantita una media di 1850 minuti settimanali di assistenza comprensivi dell'assistenza infermieristica e OSS per paziente. Per un nucleo di 24 persone vengono considerati 1 coordinatore infermieristico part-time, 7,5 infermieri (5,5 turnisti per H24, 2 infermieri case manager diurni), 12 OSS (2 mattino, 2 pomeriggio, 1 la notte) più 2 FKT TPE. 1 accesso dell'assistente sociale secondo necessità.</p>
<i>Tariffazione</i>	<p>Costo intermedio tra riabilitazione ospedaliera (cod.56) e quello delle strutture residenziali.</p> <p>Il costo può essere suddiviso in una quota di rilievo sanitario (96 euro) ed una alberghiera (25 euro) che è a carico dell'utente a partire dal primo fino al 60.mo giorno. Dopo tale soglia, la quota alberghiera sarà di 45 euro.</p> <p>Se la struttura eroga autonomamente l'assistenza medica H24, vengono aggiunti 10 euro al giorno per paziente.</p>
<i>Prestazioni diagnostiche e specialistiche</i>	<p>Devono essere assicurate le principali consulenze specialistiche anche con la collaborazione dello specialista SAI, in loco tra cui l'ortopedico, il neurologo etc.</p> <p>Va garantito l'accesso regolare di un logopedista e di un assistente sociale a seconda delle necessità dei pazienti.</p> <p>Va inoltre garantita l'attività di punto prelievo e la possibilità di eseguire esami radiologici tradizionali in loco (anche tramite accordi con il privato accreditato o soluzioni di mobilità radiologica tipo Rad-Home).</p> <p>L'Azienda ULSS resta responsabile della fornitura di farmaci, dispositivi, presidi e ausili personalizzati.</p>
<i>Dotazione</i>	Tutte le stanze hanno una presa di rete per accesso a Internet o esiste una copertura

<i>tecnologica</i>	wireless della struttura. La struttura è responsabile di fornire l'ossigeno, letti e superfici anti decubito per pazienti a medio e basso rischio, alcuni ausili standard per la mobilità (sollevatori, sedie a rotelle e deambulatori) un ECGrafo per trasmissione a distanza del tracciato e di una postazione mobile (PC con webcam) per teleconsulto via web. La struttura si adegua e collabora a tutte le iniziative di teleconsulto e telemedicina proposte dall'Azienda ULSS.
<i>Quota alberghiera</i>	A carico dell'utente a partire dal primo giorno. Al paziente ed alla famiglia vanno fornite adeguate informazioni preventive tramite la carta dei servizi della struttura, con la sottoscrizione preventiva di un accordo che impegna entrambe le parti al rispetto degli impegni assunti.
<i>Compartecipazione (ticket)</i>	Tutte le prestazioni ambulatoriali erogate durante la degenza saranno soggette a compartecipazione secondo la normativa vigente con esclusione di quelle di riabilitazione e di quelle erogate, come completamento diagnostico, entro i 30 giorni dalla dimissione dall'ospedale. La struttura si deve dotare di adeguata organizzazione per incassare il ticket.
<i>Nodi invianti</i>	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio dopo la formulazione del progetto assistenziale con UVMD distrettuale.
<i>Strumento di ingresso /dimissione</i>	Protocolli di accettazione rapida per pazienti dimissibili da reparto per acuti/postacuti (es. ortopedia) Per questi soggetti, l'UVMD con il progetto assistenziale potrà/dovrà essere eseguita entro 7 giorni dall'ingresso in URT. La SVAMA funzionale, mobilità e cognitiva dovrà essere eseguita anche alla dimissione (vedi debito informativo). Il Barthel index dovrà essere eseguito all'ingresso e alla dimissione.
<i>Durata del ricovero</i>	Non superiore a 8 settimane, tranne casi particolari che devono essere rivalutati in sede di UVMD.
<i>Responsabilità clinica</i>	È del medico responsabile della struttura
<i>Responsabilità Gestionale</i>	Il collegamento funzionale tra le strutture sanitarie, igienico organizzativo, socio-sanitarie distrettuali e di residenzialità è effettuato attraverso la centrale operativa Unica che si articola nei Distretto. La responsabilità igienico/sanitaria è così suddivisa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programmazione e periodiche verifiche: Direttore U.O. Cure Primarie ▪ Applicazione misure igienico/organizzative: Responsabile clinico della struttura
<i>Raccolta dati e debito informativo</i>	Informatizzata e periodica secondo set minimo di dati clinici e amministrativi. Il tracciato record sarà composto da dati anagrafici, di patologia, di valutazione funzionale all'ingresso e alla dimissione, di processo, di esito e di follow-up.
<i>Autorizzazione e accreditamento</i>	Il percorso di autorizzazione/accreditamento dovrà essere caratterizzato dalle consuete tappe di richiesta, visita di verifica, valutazione, decreto e verrà codificato in provvedimenti ad hoc.
<i>Partecipazione della famiglia</i>	La partecipazione della famiglia al processo di recupero funzionale del paziente è auspicabile e facilitato dal libero accesso dei familiari alla struttura ed al suo personale senza rigidi vincoli di orario. Tutto il processo di presa in carico, formulazione e svolgimento del progetto assistenziale dovrà essere esplicitato, periodicamente valutato e registrato nei suoi esiti con la famiglia o il care-giver del paziente.