

ospedale/domicilio). Rispetto all'ospedale si configura prioritaria l'attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali della malattia (menomazioni delle funzioni in ICF) e il miglioramento della qualità della vita rispetto alla dimensione diagnostica/procedurale e terapeutica.

Pertanto queste strutture devono essere in grado di offrire risposta polifunzionale a carattere temporaneo con possibilità di offerta principalmente di tre tipi: *stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione*.

Sono strutture di ricovero intermedie: l'Hospice, l'Ospedale di Comunità (OdC) e l'Unità Riabilitativa Territoriale (URT).

Di seguito si illustrano e definiscono le caratteristiche di Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale.

▪ *Ospedale di Comunità (OdC)*

Gli Ospedali di Comunità, strutture attualmente in esercizio come sperimentazioni organizzative, sono stati autorizzati in attuazione della DGR 2481/2004 ed inseriti quali unità di offerta nella classificazione di cui alla DGR 3148/2007, facendo riferimento agli standard organizzativi sperimentali presenti nella sopra richiamata DGR 2481/2004 ed applicando quelli finora previsti per i Centri Servizio per anziani non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale di cui alla DGR 84/2007.

La valutazione definitiva degli esiti delle sopra richiamate sperimentazioni ha evidenziato da una parte la necessità di ridefinire questa unità di offerta che si dovrà caratterizzare per flessibilità organizzativa, e dall'altra l'esigenza di fissare specifici requisiti strutturali, tecnologici, funzionali ed organizzativi in modo da adeguare progressivamente gli standard attuali alle esigenze assistenziali ed alla sostenibilità economica del sistema.

Gli OdC accolgono elettivamente pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana, le ADL o *activities of daily living* (tra cui il cammino, l'uso del bagno, il lavarsi, il vestirsi, la capacità di trasferirsi dal letto, il mangiare, la continenza), ma con tre diverse possibili traiettorie prognostiche:

- a) pazienti le cui funzioni/abilità perse sono forse recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza (es.: carico non concesso, esiti di sindrome da allettamento o di intervento chirurgico maggiore, insufficienza respiratoria) durante il quale favorire la mobilitazione possibile, la riattivazione e la ripresa di alcune ADL, con un percorso da iniziare in Ospedale di Comunità e da proseguire eventualmente in ambito riabilitativo (recupero funzionale differito);
- b) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, non sono recuperabili, dovendo 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) pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, la malattia ha una prognosi infausta a breve termine, ma le cui condizioni potrebbero non renderli eleggibili (DGR 3318/2008) per Hospice (palliazione, anche non oncologica).

▪ *Unità Riabilitativa Territoriale (URT)*

Sono strutture attualmente non presenti come Unità di offerta specifiche, che dovranno aggiungersi alla filiera dei servizi di riabilitazione residenziale temporanea a valenza territoriale e non ospedaliera. Potranno essere riclassificate come URT alcune Unità di offerta sperimentali attualmente in esercizio e inserite all'interno di Centri Servizi (es.: Nuclei Assistenza Integrata Socio Sanitaria o Nuclei ad Alta Intensità Socio Sanitaria - NAISS, RSA a valenza riabilitativa) che svolgono attività di residenzialità post-ricovero temporanea con funzione di riabilitazione e recupero funzionale.

L'Unità Riabilitativa Territoriale accoglie elettivamente pazienti con le seguenti caratteristiche:

- a) paziente le cui funzioni/abilità temporaneamente sono perse ma 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;
- b) pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva o pazienti provenienti dall'Ospedale di Comunità che necessitano di proseguire/iniziare il trattamento di riabilitazione estensiva (es.: ictus a lenta risoluzione);

- c) paziente cronico evolutivo (es.: Sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA, insufficienza respiratoria) con grave disabilità residua che necessita di un periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o a un nuovo livello di disabilità.

Le caratteristiche delle strutture intermedie Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale sono descritte nelle schede contenute nell'**Allegato A**.

CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE

Ai sensi dell'articolo 12 della LR 22/2002, la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie viene integrata dall'**Allegato B**, ad integrazione e modifica dell'Allegato 1 della DGR 2501/04 e dell'Allegato A della DGR 3148/07, nei seguenti termini:

- per quanto riguarda l'OdC si sostituisce a quanto definito con l'allegato A della DGR 3148/2007;
- per quanto riguarda l'URT se ne definisce *ex novo* la classificazione.

Tali strutture entrano a far parte della classe descritta alla lettera "C" dell'art. 12 della LR 22/02 della quale fanno parte le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale extraospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno di carattere intensivo o estensivo.

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

Per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio delle strutture intermedie, va fatto riferimento alle norme generali contenute nella DGR 2501 del 6 agosto 2004, anche in relazione ai requisiti generali di autorizzazione.

L'**Allegato C** e l'**Allegato D** del presente provvedimento sono stati predisposti, su richiesta della Segreteria regionale alla Sanità, dall'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, dando atto che essa svolga con riferimento al caso trattato le veci dell'organismo tecnico consultivo ai sensi dell'articolo 10 della LR 22/2002, e sono stati trasmessi con nota conservata agli atti della Segreteria regionale alla Sanità. L'**Allegato C** e l'**Allegato D** integrano la DGR 2501/2004 con l'approvazione delle liste di verifica dei requisiti minimi specifici di autorizzazione rispettivamente per l'Ospedale di Comunità e per l'Unità Riabilitativa Territoriale.

La domanda di autorizzazione all'esercizio deve essere presentata con le modalità definite nel manuale di attuazione della LR 22/2002 approvato con DGR 2501/2004 e s.m.i..

Con successivo atto della Giunta regionale saranno approvati i requisiti prescritti per l'accreditamento istituzionale.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

Vista la LR 23/2012, PSSR 2012-2016 (art. 10);

Vista la LR 22/2002;

Vista la DGR 2501/2004;

Viste la DGR 3148/2007 e la DGR 2481/2004.

DELIBERA

1. Di approvare le caratteristiche delle strutture intermedie Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale, così come descritte nelle schede di cui all'**Allegato A**, parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. Di integrare con l'**Allegato B** la classificazione delle strutture sanitarie e socio sanitarie ai sensi dell'articolo 12 della LR 22/2002 ad integrazione e modifica delle DGR2501/04 e 3148/07;
3. Di approvare, ad integrazione della DGR 2501/2004, con l'**Allegato C** le liste di verifica dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio per l'Ospedale di Comunità e con l'**Allegato D** le liste di verifica dei requisiti minimi specifici di autorizzazione all'esercizio per l'Unità Riabilitativa Territoriale.
4. Di rinviare a successivo atto della Giunta regionale l'approvazione dei requisiti per l'accreditamento istituzionale.
5. Di assegnare all'ARSS e successivamente alle strutture individuate ai sensi dell'articolo 4 ter, comma 1, della LR 43/2012, il compito di accertamento del possesso e di verifica periodica del mantenimento dei requisiti elencati nell'**Allegato C** e nell'**Allegato D** e di diffondere e segnalare le novità normative introdotte con la presente delibera.
6. Di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa aggiuntiva a carico del bilancio regionale.
7. Di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETERIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia



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.



Classe e codice	Ambito	Tipologia	Servizio	Natura istituzionale, come da LR 22/02 (Capo I, II e III)	Valutazione della rispondenza alla programmazione	Competenze AU e AC			Descrizione/Note
						AU realizzazione	AU esercizio	ACC istituzionale	
C / ODC	SS/502/92	Assistenza sanitaria di tipo medio-alto nel sistema di residenzialità extraospedaliera/di strettuale.	Assistenza sanitaria intermedia a seguito di dimissione da struttura ospedaliera – Ospedale di Comunità (OdC).	Strutture pubbliche della Regione, di enti o aziende dalla stessa dipendenti, oppure dalla stessa realizzati con finanziamenti anche parziali, anche a seguito di dimissioni di strutture ospedaliere.	Parere obbligatorio e vincolante rilasciato dalla struttura regionale competente sulla rispondenza della programmazione regionale (art. 7, comma 2, LR 22/2002 – art. 10 LR 23/2012).	Regione, in conformità all'art. 25 LR 27/2003 e art. 7, comma 1°) LR 22/2002.	Dirigente regionale competente, previa verifica del possesso dei requisiti di cui alla DGR 2501/2004 e della presente DGR (___/___).	Giunta regionale. L'accreditamento o è rilasciato subordinatamente alla sussistenza delle condizioni previste dalla LR 22/2002.	Struttura di residenzialità' extra-ospedaliera a carattere temporaneo (massimo 6 settimane) per l'erogazione di prestazioni prevalentemente di tipo sanitario con compartecipazione alla spesa solo dopo una data soglia. Risposta polifunzionale con possibilità di offerta principalmente di tre tipi: di riattivazione funzionale, di stabilizzazione/adattamento alla disabilità, di palliazione.
C / URT	SS/502/92	Assistenza sanitaria di tipo medio-alto nel sistema di residenzialità extraospedaliera/di strettuale.	Assistenza sanitaria intermedia a seguito di dimissione da struttura ospedaliera – Unità Riabilitativa Temporanea (URT).	Strutture pubbliche della Regione, di enti o aziende dalla stessa dipendenti, oppure dalla stessa realizzati con finanziamenti anche parziali, anche a seguito di dimissioni di strutture ospedaliere.	Parere obbligatorio e vincolante rilasciato dalla struttura regionale competente sulla rispondenza della programmazione regionale (art. 7, comma 2, LR 22/2002 – art. 10 LR 23/2012).	Regione, in conformità all'art. 25 LR 27/2003 e art. 7, comma 1°) LR 22/2002.	Dirigente regionale competente, previa verifica del possesso dei requisiti di cui alla DGR 2501/2004 e della presente DGR (___/___).	Giunta regionale. L'accreditamento o è rilasciato subordinatamente alla sussistenza delle condizioni previste dalla LR 22/2002.	Struttura di residenzialità extra-ospedaliera a carattere temporaneo (massimo 8 settimane) per l'erogazione di prestazioni prevalentemente di tipo riabilitativo con compartecipazione alla spesa. Risposta polifunzionale con possibilità di offerta principalmente di riabilitazione neurologica e motoria per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche.

REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

SPEDALE DI COMUNITA'					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 OSPEDALE DI COMUNITA' - Requisiti					
ODC.AU.1.7	E' prevista una procedura/accordo con l'Azienda ULSS per la fornitura degli elementi descritti nello standard	Farmaci, dispositivi, presidi e ausili personalizzati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.8	E' redatto un progetto assistenziale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.9	Esiste la condivisione del progetto assistenziale con l'utente e la famiglia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.10	Esiste un sistema informativo per la raccolta dati	Dati amministrativi e clinici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.11	E' garantita l'assistenza medica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.12	Sono garantite le figure professionali previste dallo standard	Coordinatore infermieristico - personale infermieristico - OSS - fisioterapista/terapista occupazionale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

n. del
Allegato alla dgr



REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

OSPEDALE DI COMUNITA'					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 OSPEDALE DI COMUNITA' - Requisiti					
ODC.AU.1.1	L'ODC si articola in nuclei di 24 utenti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.2	Nella struttura sono presenti tutti gli spazi definiti dallo standard	Camere, bagni, zona soggiorno etc...	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.3	Esiste la possibilità di accedere a Internet in ogni camera		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.4	E' garantita l'attività di prelievo e la possibilità di eseguire esami radiologici tradizionali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.5	E' attivo un servizio di teleconsulto e telemedicina con l'Azienda ULSS		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.6	E' garantita la fornitura degli elementi descritti dallo standard	O2, letti e superfici antidecubito, ausili standard per la mobilità, ECG, postazione teleconsulto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

n. del Allegato alla dgr

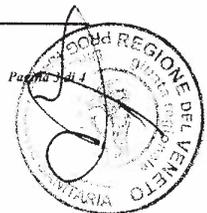


REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

OSPEDALE DI COMUNITA'					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 OSPEDALE DI COMUNITA' - Requisiti					
ODC.AU.1.13	E' garantita la presenza del personale infermieristico 24 ore su 24		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.14	E' prevista la funzione dell'infermiere care-manager con indicazione dei compiti e delle responsabilità		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.15	E' garantita la partecipazione del fisioterapista/terapista occupazionale nella stesura del progetto assistenziale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.16	Sono garantite le attività di mobilitazione/riattivazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.17	Sono garantiti gli accessi delle figure previste dallo standard attraverso accordi/convenzioni	Medico Palliativista - Fisiatra - Geriatra - Psicologo - Assistente Sociale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.18	E' individuato il Responsabile Clinico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

n. del Allegato alla ogr



REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

OSPEDALE DI COMUNITA'					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 OSPEDALE DI COMUNITA' - Requisiti					
ODC.AU.1.19	E' realizzato il collegamento funzionale tra strutture sanitarie, socio-sanitarie e di residenzialità		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ODC.AU.1.20	Sono fornite informazioni sui costi sostenuti dall'utente (famiglia) su quota alberghiera e la partecipazione alla spesa sanitaria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

n. del
 Allegato alla dgr



ODC – OSPEDALE DI COMUNITÀ
Standard relativi ai requisiti minimi specifici per l’Autorizzazione all’esercizio LR 22/02

Denominazione	OSPEDALE DI COMUNITÀ
Descrizione	Struttura residenziale extraospedaliera a carattere temporaneo con tre possibili offerte: di riattivazione funzionale, di stabilizzazione/adattamento alla disabilità, di palli azione.
Finalità	E' una struttura atta a garantire le cure intermedie, cioè le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono però 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 (massimo 6 settimane). 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.
Utenza	Pazienti post acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica. Solitamente adulti/anziani con profilo SVAMA superiore a 2 e necessità variabili di cure sanitarie. Pazienti con perdita di alcune funzioni (es: ADL - attività giornaliere quali la continenza, il cammino, l'uso del bagno, il vestirsi, il lavarsi, la capacità di trasferirsi dal letto, il mangiare) ma con tre possibili traiettorie prognostiche: <ul style="list-style-type: none"> a) Le funzioni/abilità perse sono recuperabili con un periodo di convalescenza e riattivazione funzionale b) Alcune funzioni/abilità sono definitivamente perse e in tal caso il paziente (e la famiglia) deve essere adattato all'utilizzo di protesi/Ausili ed eseguire adattamenti dell'ambiente domestico c) Alcune funzioni/abilità sono sicuramente perse e la malattia ha una prognosi infausta a breve termine e il paziente potrebbe non essere eleggibile per un hospice I pazienti con demenza e disturbi comportamentali devono essere assistiti in nuclei SAPA attigui o in collegamento funzionale con l'ODC
Bacino di utenza	Per le strutture intermedie (ODC, URT e Hospice) sono previsti 1,2 posti letto ogni 1000 abitanti

Allegato alla dgr
 n. del

ODC.AU.1.1

Per un miglior uso costo/efficienza delle risorse umane i moduli non dovrebbero avere meno di 24 utenti/posti letto

ODC.AU.1.2

Le stanze sono doppie e sono dotate di bagno. Deve essere disponibile un bagno attrezzato per disabili.

Deve essere disponibile uno spazio dedicato a poltrona comfort per la mobilizzazione del paziente. E' presente una zona soggiorno/consumazione pasti. Nel caso sia prevista la funzione cure palliative, le stanze adoperate per tale scopo dovranno essere singole con letto per care-giver e dotate di ossigenoterapie/aspirazione a parete (tali stanze potranno essere utilizzate anche da pazienti tracheostomizzati e/o ventilati non in cure palliative)



ODC.AU.1.3

Esiste in ogni stanza una presa di rete per accesso ad Internet o esiste una copertura wireless

ODC.AU.1.4

E' possibile sfruttare accordi con il privato accreditato o soluzioni di mobilità radiologico di tipo Rad-Home per le prestazioni di radiologia tradizionale in loco

ODC.AU.1.5

E' attivo un servizio di teleconsulto e telemedicina con l'Azienda ULSS con specifiche modalità esplicitate

ODC.AU.1.6

La Struttura garantisce la fornitura di ossigeno, letti e superfici antidecubito, ausili standard per la mobilità, elettrocardiografo per trasmissione a distanza del tracciato e una postazione mobile per teleconsulto video via web.

ODC.AU.1.7

Esiste procedura/Accordo per la fornitura da parte dell'Azienda ULSS di farmaci, dispositivi, presidi e ausili personalizzati.

ODC.AU.1.8

Il progetto assistenziale viene redatto con l'UVMD. Tale progetto può essere formulato anche in un secondo momento per i pazienti provenienti dall'ospedale o dal PS (di norma entro 7 giorni dall'ingresso in ODC). La SVAMA funzionale, mobilità e cognitiva e sanitaria, e il Barthel index, oltre che all'ingresso dovranno essere eseguiti anche alla dimissione. Tale progetto dovrà essere periodicamente monitorato e rivalutato alla luce dell'evoluzione clinica del paziente

ODC.AU.1.9

Il progetto personalizzato è condiviso con l'utente e nel rispetto della privacy con i familiari

ODC.AU.1.10

E' presente un tracciato record contenente dati anagrafici, patologia, valutazione funzionale e prognostica all'ingresso e alla dimissione, dati di processo, esito e follow up.

ODC.AU.1.11

In caso di ODC di riconversione ospedaliera l'assistenza medica è garantita con medici provenienti dall'area geriatrica o internistica

In caso di ODC gestito dalla medicina di famiglia, l'assistenza medica è garantita dal medico di MG.

E' possibile, inoltre, che l'assistenza medica sia affidata a medici della Struttura o del Centro Servizi con esperienza pluriennale nell'ambito delle cure residenziali territoriali o ospedaliere.



ODC.AU.1.12

Il personale in servizio include le seguenti figure professionali:

- Coordinatore infermieristico
- Personale infermieristico
- OSS
- Fisioterapista/terapista occupazionale

Per nucleo di 24 utenti dovranno essere previsti:

- 1 coordinatore infermieristico
- 7.5 infermieri di cui 5.5 turnisti e 2 infermieri care-manager diurni
- 12 OSS di cui nella giornata 2 al mattino, 2 pomeriggio e 1 di notte
- 1 FKT part-time

ODC.AU.1.13

E' garantita la presenza del personale infermieristico 24h su 24

ODC.AU.1.14

L'infermiere care-manager coordina il percorso del paziente durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva. E' responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/mobilizzazione e deospedalizzazione del paziente con la collaborazione del personale OSS.

ODC.AU.1.15

Il fisioterapista collabora nella stesura del progetto assistenziale e nel lavoro di mobilizzazione/riattivazione del paziente sia al mattino che al pomeriggio. Collabora con il Fisiatra per l'appropriatezza e l'adattamento di protesi e ausili al paziente ed è responsabile della loro consegna al paziente prima della dimissione. Per tale figura è possibile anche un accordo con il privato accreditato.

ODC.AU.1.16

Le attività di mobilizzazione devono essere garantite 7 giorni su 7 anche di pomeriggio.

ODC.AU.1.17

Devono essere assicurati interventi programmati, attraverso appositi accordi/convenzioni, per:

- medico palliativista
- fisiatra



- geriatra
- psicologo
- assistente sociale

ODC.AU.1.18

A seconda dell'organizzazione dell'ODC è individuato il Responsabile Clinico (geriatra/internista, MMG o medico della struttura). Il paziente in Cure Palliative è seguito preferibilmente dall'Equipe aziendale di Cure Palliative.

ODC.AU.1.19

Il collegamento funzionale è effettuato attraverso la centrale operativa unica che si articola nei Distretti. La Responsabilità igienico-sanitaria è così suddivisa:

- Programmazione verifiche periodiche: Direttore U.O. Cure Primarie
- Applicazione misure igienico/organizzative: Responsabile Clinico

ODC.AU.1.20

La Struttura deve rendere disponibili tutte le informazioni sulla retta a carico dell'utente e sui costi aggiuntivi eventuali tramite la carta dei servizi e tramite sottoscrizioni di un accordo da ambedue le parti.

La tariffa giornaliera (quota di rilievo sanitaria + quota alberghiera) è pari a 117,00 €. La quota alberghiera a carico dell'utente è pari a:

- 25,00 € dal 31° al 60° giorno di permanenza
- 45,00 € dal 60° giorno di permanenza

Se la struttura eroga autonomamente l'assistenza medica h24 vengono aggiunti 10,00 € al giorno per paziente

Tutte le prestazioni ambulatoriali erogate durante la degenza sono soggette alla compartecipazione con esclusione delle prestazioni di riabilitazione e di quelle erogate come completamento del percorso diagnostico entro i 30° giorno di dimissione dall'ospedale.

La struttura deve dotarsi di adeguata organizzazione per la riscossione del ticket.

Allegato alla dgr
n. del



REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE - Requisiti					
URT.AU.1.1	L'URT si articola in nuclei di 24 utenti		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.2	Nella struttura sono presenti tutti gli spazi definiti dallo standard	Camere, bagni, soggiorno, etc.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.3	Esiste la possibilità di accedere ad Internet		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.4	E' garantita l'attività di prelievo e la possibilità di eseguire esami radiologici tradizionali		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.5	E' attivo un servizio di telemedicina e teleconsulto con l'Azienda ULSS		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.6	E' garantita la fornitura degli elementi descritti dallo standard	O2, letti e superfici antidecubito, ausili standard per la mobilità, ECG, postazione teleconsulto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

n. del Allegato alla dgr

Pa 6 1





Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE

Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
--------	--	-------------------------------------	---------------------	------------------------	------

UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE - Requisiti

URT.AU.1.7	E' prevista una procedura/accordo con l'Azienda ULSS per la fornitura degli elementi descritti nello standard	Farmaci, dispositivi e ausili personalizzati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.8	E' redatto un progetto assistenziale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.9	Esiste la condivisione del Progetto Assistenziale con l'utente e la famiglia		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.10	E' regolamentata la raccolta dati	Dati amministrativi e clinici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.11	E' garantita l'assistenza medica		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.12	Sono garantite le figure professionali previste dallo standard	Coordinatore infermieristico - Personale infermieristico - OSS - fisioterapista/terapista occupazionale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Pag. 2

n. del

Allegato alla Ogr

REGIONE VENETO / Segreteria regionale Sanità e Sociale- ARSS Agenzia Regionale Sanitaria e Sociosanitaria

Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Esplicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note
1 UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE - Requisiti					
URT.AU.1.13	E' garantita la presenza del personale infermieristico h24		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.14	E' prevista la funzione dell'infermiere/FKT care manager con indicazione dei compiti e delle responsabilità		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.15	E' garantita la partecipazione del fisioterapista/terapista occupazionale nella stesura del progetto assistenziale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.16	Sono garantite le attività di mobilitazione		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.17	Sono garantiti gli accessi delle figure previste dallo standard attraverso accordi/convenzioni		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.18	E' individuato Il Responsabile Clinico		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Pag. 3

n. del

Allegato D alla dgr





Lista di verifica REQUISITI MINIMI SPECIFICI E DI QUALITA' PER L'AUTORIZZAZIONE

UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE					
Codice	N° progressivo requisito AU o AC / N° progressivo requisito all'interno di ciascuna area Explicitazione requisito	Elementi Indicatori di risultato	Auto valutazione	Verifica valutatori	Note

UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE - Requisiti					
URT.AU.1.19	E' realizzato il collegamento funzionale tra strutture sanitarie, socio-sanitarie e di residenzialità		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
URT.AU.1.20	Sono fornite indicazioni sui costi sostenuti dall'utente (famiglia) su quota alberghiera e partecipazione alla spesa sanitaria		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Pe. 4

n. del
Allegato D alla dgr

URT – UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE
Standard relativi ai requisiti minimi specifici per l’Autorizzazione all’esercizio LR 22/02

Descrizione	UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE
Definizione	Struttura residenziale extraospedaliera a carattere temporaneo per l’erogazione di prestazioni prevalentemente di riabilitazione neurologica e motoria per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche con compartecipazione della spesa.
Finalità	E’ una struttura atta a garantire le cure intermedie, cioè le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono però 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 (massimo 8 settimane). 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.
Utenza	Pazienti post acuti o cronici riacutizzati con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica. Solitamente adulti/anziani con profilo SVAMA superiore a 2 e necessità variabili di cure sanitarie. I pazienti trattati sono: a) Pazienti le cui funzioni/abilità temporaneamente perse sono parzialmente o totalmente recuperabili ed è necessario intervenire per ridurre la disabilità conseguenter alla malattia (fratturati polipatologici e traumatologici) con interventi di riabilitazione estensiva. b) Pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva ma necessitano di proseguire il trattamento (es. ictus a lenta risoluzione) c) Paziente cronico evolutivo (Sclerosi Multipla stabilizzata, Parkinson, SLA) con grave disabilità residua che necessita di periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o ad un nuovo livello di disabilità I pazienti con profili SVAMA 16 e 17 devono essere assistiti in nuclei SAPA attigui o in collegamento funzionale con l’URT
Bacino di utenza	Per le strutture intermedie (ODC, URT e Hospice) sono previsti 1,2 posti letto ogni 1000 abitanti

PA-5

Allegato D
n. del

URT.AU.1.1

Per un miglior uso costo/efficienza delle risorse umane i moduli non dovrebbero avere meno di 24 utenti/posti letto

URT.AU.1.2

Le stanze sono doppie e sono dotate di bagno per disabili. Deve essere disponibile uno spazio dedicato a poltrona comfort per la mobilizzazione del paziente. E’ presente una zona soggiorno/consumazione pasti. Zona per attività riabilitative specifiche: palestra, spazi per logopedia, educazione funzionale e terapia





occupazionale. Per il trattamento delle patologie neuromuscolari o respiratorie devono essere disponibili alcune stanze dotate di ossigenoterapie/aspirazione a parete per pazienti tracheostomizzati e/o ventilati.

URT.AU.1.3

Esiste in ogni stanza una presa di rete per accesso ad Internet o esiste una copertura wireless

URT.AU.1.4

E' possibile sfruttare accordi con il privato accreditato o soluzioni di mobilità radiologico di tipo Rad-Home per le prestazioni di radiologia tradizionale in loco

URT.AU.1.5

E' attivo un servizio di teleconsulto e telemedicina con l'Azienda ULSS con specifiche modalità esplicitate

URT.AU.1.6

La Struttura garantisce la fornitura di ossigeno, letti e superfici antidecubito, ausili standard per la mobilità, elettrocardiografo per trasmissione a distanza del tracciato e una postazione mobile per teleconsulto via web.

URT.AU.1.7

Esiste procedura/Accordo per la fornitura da parte dell'Azienda ULSS di farmaci, dispositivi, presidi e ausili personalizzati.

URT.AU.1.8

Il progetto assistenziale viene redatto con l'UVMD. Tale progetto può essere formulato anche in un secondo momento per i pazienti provenienti dall'ospedale o dal PS (di norma entro 7 giorni dall'ingresso in ODC). La SVAMA funzionale, mobilità e cognitiva e sanitaria, e il Barthel index, oltre che all'ingresso dovranno essere eseguiti anche alla dimissione. Tale progetto dovrà essere periodicamente rivalutato.

URT.AU.1.9

Il progetto personalizzato è condiviso con l'utente e nel rispetto della privacy con i familiari

URT.AU.1.10

Esiste una raccolta dati informatizzata e periodica di dati clinici e amministrativi. E' presente un tracciato record contenente dati anagrafici, patologia, valutazione funzionale e prognostica all'ingresso e alla dimissione, dati di processo, esito e follow up.



URT.AU.1.11

In caso di URT di riconversione ospedaliera l'assistenza medica è garantita con medici provenienti dall'area ospedaliera
In caso di URT gestito dalla medicina di famiglia, l'assistenza medica è garantita dal medico di MG.

E' possibile, inoltre, che l'assistenza medica sia affidata a medici della Struttura o del Centro Servizi con esperienza pluriennale nell'ambito delle cure residenziali territoriali o ospedaliere.

URT.AU.1.12

Il personale in servizio include le seguenti figure professionali:

- Coordinatore infermieristico
- Personale infermieristico
- OSS
- Fisioterapista/terapista occupazionale

Per nucleo di 24 utenti dovranno essere previsti:

- 1 coordinatore infermieristico part time
- 7.5 infermieri di cui 5.5 turnisti e 2 infermieri care-manager diurni
- 12 OSS di cui nella giornata 2 al mattino, 2 pomeriggio e 1 di notte
- 2 FKT/Terapista occupazionale

URT.AU.1.13

E' garantita la presenza del personale infermieristico 24h su 24

URT.AU.1.14

Il care-manager coordina il percorso del paziente durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva. E' responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/riabilitazione e deospedalizzazione del paziente con la collaborazione del personale OSS.

URT.AU.1.15

Il fisioterapista collabora nella stesura del progetto assistenziale e nel lavoro di riabilitazione del paziente sia al mattino che al pomeriggio e anche il sabato. Collabora con il Fisiatra per l'appropriatezza e l'adattamento di protesi e ausili al paziente ed è responsabile della loro consegna al paziente prima della dimissione. Per tale figura è possibile anche un accordo con il privato accreditato.

URT.AU.1.16

Le attività di mobilitazione devono essere garantite 7 giorni su 7 anche di pomeriggio.



URT.AU.1.17

Devono essere assicurati interventi programmati per:

- neurologo
- fisiatra (La presenza fisiatrica sarà assicurata dal Dipartimento/UOC di Riabilitazione)
- ortopedico
- logopedista
- assistente sociale

URT.AU.1.18

Il Responsabile Clinico è il medico responsabile della struttura

URT.AU.1.19

Il collegamento funzionale è effettuato attraverso la centrale operativa unica che si articola nei Distretti. La Responsabilità igienico-sanitaria è così suddivisa:

- Programmazione verifiche periodiche: Direttore U.O. Cure Primarie
- Applicazione misure igienico/organizzative: Responsabile Clinico

URT.AU.1.20

La Struttura deve rendere disponibili tutte le informazioni sulla retta a carico dell'utente e sui costi aggiuntivi eventuali tramite la carta dei servizi e tramite sottoscrizioni di un accordo da ambedue le parti.

La tariffa giornaliera (quota di rilievo sanitaria + quota alberghiera) è pari a 121,00 €. La quota alberghiera a carico dell'utente è pari a:

- 25,00 € dal 1° al 60° giorno di permanenza
- 45,00 € dal 61° giorno di permanenza

Se la struttura eroga autonomamente l'assistenza medica H24 vengono aggiunti 10,00 € al giorno per paziente.

Tutte le prestazioni ambulatoriali erogate durante la degenza sono soggette alla compartecipazione con esclusione delle prestazioni di riabilitazione e di quelle erogate come completamento del percorso diagnostico entro i 30° giorno di dimissione dall'ospedale.

La Struttura deve dotarsi di adeguata organizzazione per incassare il ticket.