



ALLEGATO A alla Dgr n. 433 del 06 aprile 2017

**ASSISTENZA MEDICA PRESSO LE STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE
(OSPEDALE DI COMUNITÀ E UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE)**

<i>Modello assistenziale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Le strutture di ricovero intermedie (ODC e URT) sono strutture sanitarie che possono essere inserite all'interno di strutture pubbliche (ospedali o ex ospedali riconvertiti) o all'interno di strutture private accreditate (ospedaliere o extra-ospedaliere). La gestione può quindi essere diretta da parte dell'Azienda Sanitaria o erogata dall'ente privato accreditato dalla Regione.• La definizione delle strutture, gli esiti funzionali attesi dal ricovero in queste strutture e in risposta a quali bisogni assistenziali, rimangono i medesimi definiti dalla DGR 2718/2012.• L'assistenza medica ai pazienti ricoverati è a carico dell'ente gestore e va erogata da medici coordinati e organizzati dalla direzione sanitaria della struttura che eroga anche l'assistenza diretta e indiretta ai pazienti.• La direzione sanitaria, che può essere svolta anche dal responsabile clinico della struttura, è responsabile della gestione dei farmaci, dei presidi, della documentazione clinica (cartelle) e della documentazione professionale (linee guida, carta dei servizi), della gestione del rischio clinico, della qualità e dell'applicazione della normativa regionale e delle misure igienico-sanitarie, da applicare secondo la normativa vigente nell'esercizio di questa attività sanitaria.
<i>Responsabilità della gestione clinica dei pazienti</i>	<ul style="list-style-type: none">• La responsabilità clinica è garantita dal medico che assicura un monitoraggio clinico quotidiano che deve essere garantito anche il sabato e la domenica.• La presenza medica in struttura deve essere garantita per un totale di circa un'ora alla settimana per paziente: quindi per un nucleo da 24 posti letto devono essere garantite almeno 4 ore di presenza effettiva per l'attività clinica, garantendo ammissioni e dimissioni dei pazienti nei 7 giorni della settimana.• La presenza medica deve essere garantita per almeno 3- 4 ore al giorno, compresi il sabato e la domenica, e deve rendere possibile, con accordi appositi tra professionisti, l'accoglimento di pazienti tutti i giorni, ed in particolare dei pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri, che avviene di solito di pomeriggio.• Gli accessi del medico vanno documentati nella cartella clinica, e il piano assistenziale personalizzato va stilato in sinergia con l'infermiere case-manager e gli altri professionisti del team assistenziale, incluso il fisiatra che contribuisce, nel caso, ad associare un piano riabilitativo individuale al piano assistenziale.• Il piano va verificato attraverso meeting periodici tra tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza ed aggiornato o modificato in base alle condizioni cliniche e alla traiettoria funzionale del paziente.• Nelle ore in cui il medico responsabile dei pazienti non è presente, la struttura deve garantire o la presenza di altro personale medico o la reperibilità telefonica (o con altri supporti di tele assistenza o di telemedicina) e l'eventuale intervento in loco quanto prima e non oltre i 45 minuti attraverso un sistema di pronta reperibilità.• Il responsabile clinico della struttura è garante della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo (secondo il tracciato record definito con la DGR 2683/2014).• La cartella e i dati clinici sanitari vengono custoditi dalla struttura nel rispetto della normativa vigente e devono essere consultabili e riproducibili su richiesta di chi ne ha diritto.

<p><i>Raccordo con ospedale di riferimento, consulenze, visite specialistiche, prestazioni ambulatoriali e compartecipazione</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La struttura deve essere collegata funzionalmente mediante un accordo analogo a quello previsto tra strutture autorizzate (DGR 549/2005 e nota esplicativa prot. n. 559112 del 4/8/2005) ed un ospedale per acuti pubblico o accreditato di riferimento, che possa garantire l'accesso facilitato del paziente che necessita di ricovero che, comunque, in situazioni di urgenza/emergenza e' erogato tramite la rete del 118. • Tale accordo può anche prevedere l'erogazione di visite specialistiche presso la struttura da parte di specialisti convenzionati o accreditati (da ricomprendere comunque all'interno del budget di struttura, nel caso di struttura accreditata) • Le visite specialistiche, richieste dal medico della struttura, con ricettario SSN o prescrizione DEMA, possono quindi essere erogate da specialisti già operanti nella struttura o da altri specialisti accreditati o convenzionati con il SSN. • In struttura, devono comunque essere garantite attività di prelievo e di ECGgrafia con refertazione o tele refertazione. • Tutte le prestazioni di riabilitazione sono erogate in regime di esenzione ticket, mentre le prestazioni specialistiche ambulatoriali sono erogate in regime di esenzione ticket solo fino al 30° giorno di degenza, fatte salve le esenzioni di legge, sia per l'ODC che per l'URT. • La quota a carico dell'assistito è di 25,00 Euro dal 31^a al 60^a giorno per l'ODC e di 25,00 Euro dal 16^a al 60^a giorno per l'URT. Per entrambe le strutture la quota a carico dell'assistito è di 45,00 Euro a partire dal 61^a giorno.
<p><i>Eleggibilità dei pazienti, iter per l'ingresso e attività da garantire ai paziente da parte del responsabile clinico per la transizione</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il ricovero in struttura può essere richiesto da un medico di MMG, un medico dipendente, convenzionato o accreditato. La richiesta viene inviata alla Centrale Operativa Territoriale che, secondo le indicazioni del Distretto, la inserisce in lista di attesa. La COT, può, in casi selezionati, organizzare con un protocollo di triage, ingressi rapidi di pazienti eleggibili dall'ospedale o da altro luogo di cura, concordati con il responsabile medico della struttura. • L'UVMD, con il progetto assistenziale post-ricovero, verrà eseguita durante la degenza in ODC e URT, preferibilmente in struttura e non in distretto, con la partecipazione del MMG di scelta, che potrà, in quella occasione, valutare il paziente, ricevere consegne cliniche e assistenziali e concordare un accesso domiciliare post-ricovero per favorire la continuità assistenziale del paziente e la collaborazione con il caregiver/familiare. • Il collegamento funzionale tra la struttura, l'ospedale e il domicilio viene comunque mediato dalla Centrale Operativa Territoriale del Distretto, che provvede alla gestione e allo scorrimento della lista di attesa, all'evasione delle richieste di ingresso in struttura, in sinergia con l'infermiere case-manager che coordina l'accoglimento del paziente in struttura. • La responsabilità medica per la transizione del paziente si declina in queste attività: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica pre-ingresso dell'eleggibilità del paziente in coordinamento con la Centrale Operativa Territoriale. L'indicazione all'ingresso in URT deve essere posta da un fisiatra dell'azienda ULSS, ospedaliero, se il paziente proviene da un reparto per acuti o territoriale, se viene dal domicilio. 2. Valutazione alla dimissione e facilitazione del rientro a domicilio anche attraverso la prescrizione e la verifica della fornitura di presidi e ausili necessari nel post-ricovero in raccordo funzionale con il distretto e con il fisiatra. 3. Colloqui regolari e normati con il paziente e con i familiari per raccogliere le preferenze del paziente e/o del caregiver per costruire il rientro a domicilio o la transizione verso altri luoghi di cura . 4. Il Distretto, in collaborazione con la struttura, garantisce ai MMG del paziente di avere accesso alla struttura per favorire il colloquio con il personale che assiste il

	<p>paziente, per costruire un piano di cura condiviso eventualmente in UVMD, per ricevere consegne cliniche e per favorire la transizione del paziente possibilmente a domicilio.</p>
<p><i>Profilo funzionale dei pazienti, tipologia di pazienti e criteri di esclusione e organizzazione del personale del comparto</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profili funzionali come descritti nella DGR 2718/2012 • Tipologia di pazienti come da DGR 2718/2012 • Standard e organizzazione del personale assistenziale come da DGR 2718/2012
<p><i>Aspetti strutturali, organizzative e di supporto alle attività</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Arredi, strumentazione informatica, connessione a reti aziendali per le attività di raccolta dati sono da ricondurre alla responsabilità dell'ente gestore. • Ausili standard (letti, materassi antidecubito, deambulatori) e presidi non personalizzati sono a carico dell'ente gestore della struttura. • I farmaci, i dispositivi, gli ausili e i presidi personalizzati sono forniti dall'Azienda Sanitaria, analogamente a quanto fornito alle strutture residenziali extra-ospedaliere. • Gli accordi tra ente gestore e azienda sanitaria, se presenti, devono esplicitare i termini della collaborazione professionale e tra enti.
<p><i>Ruolo Fisiatra</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La presenza fisiatrica, se non già in organico alla struttura, sarà assicurata dal Dipartimento/UOC di Riabilitazione, che è anche incaricato di far accompagnare il paziente in transizione da un progetto riabilitativo integrato e di monitorarne l'attuazione in sinergia con tutto il personale della struttura. • Il Fisiatra, nell'ODC e URT, è un consulente che interviene su richiesta del responsabile clinico della struttura. Nell'URT, il responsabile clinico deve obbligatoriamente richiedere la consulenza fisiatrica e, nel momento in cui attiva (nel caso in cui non sia già stato attivato) un progetto riabilitativo individuale o recepisce le indicazioni del fisiatra che ha segnalato la necessità del ricovero, diventa il referente del progetto da attuarsi con fisioterapista e/o logopedista e/o infermiere e/o terapeuta occupazionale, OSS, programmando verifiche che gli permettono di monitorare l'evoluzione del progetto riabilitativo individuale e di partecipare alla programmazione della dimissione del paziente nella cui documentazione finale deve essere presente oltre alla relazione clinico-assistenziale, la relazione sul decorso funzionale del paziente.