

4.8. OSPEDALE DI COMUNITA'

Finalità

L' Ospedale di comunità è una struttura sanitaria extraospedaliera che offre una residenzialità temporanea, di norma per un massimo trenta giorni, dopo la dimissione da strutture per acuti per completamento delle cure ovvero per situazioni cliniche non trattabili a domicilio, ma che non richiedono il ricorso a strutture ospedaliere per acuzie e post-acuzie.

L'Ospedale di comunità assicura interventi sanitari caratterizzati da un medio livello di medicalizzazione (assistenza medica assicurata dal Medico di M.G.), ma contemporaneamente di livello medio-alto per gli aspetti di nursing e riabilitativi, finalizzati al mantenimento ovvero al recupero dell'autonomia (rimobilizzazione, prevenzione ovvero trattamento precoce delle lesioni da decubito, riabilitazione dell'apparato urinario dopo cateterizzazione etc.) nonché alla cura della persona.

Destinatari

Nell'ospedale di comunità sono accolti pazienti con patologie di grado lieve-medio, di norma appartenenti all'area della senescenza e della disabilità, non assistibili a domicilio, in particolari momenti di acuzie al fine di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati, ovvero nel periodo di immediata post-acuzie per favorire, attraverso un percorso assistenziale intermedio, il rientro a domicilio in condizioni adeguate e contrastare il fenomeno dei ricoveri ripetuti.

Detta tipologia assistenziale deve derivare dalla riconversione di strutture ospedaliere di piccole dimensioni ovvero da strutture sanitarie o sociosanitarie funzionanti pubbliche o private accreditate.

4.8.1. Requisiti Strutturali Generali

L'Ospedale di Comunità può costituire presidio autonomo se derivato dalla riconversione di una struttura ospedaliera ovvero unità operativa all'interno di un presidio ospedaliero ovvero inserito in complessi polifunzionali che comprendono strutture ospedaliere e/o residenziali.

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.1 ed i servizi di supporto di cui ai punti 1.12., 1.13., 1.14., 1.15., 1.16..

La capacità recettiva minima è di 10 posti e massima di 40 organizzati in nuclei da dieci a venti posti.

Le camere possono essere da 1, 2, 3, 4 letti; all'interno di ogni camera deve essere garantita la privacy di ogni singolo ospite e l'accesso e il movimento delle lettighe e delle carrozzine.

I servizi igienici devono essere attrezzati per la non autosufficienza (nel caso in cui le camere non siano dotate di bagno autonomo i servizi igienici dovranno essere presenti in numero minimo di uno ogni due camere, ovvero di un servizio igienico per un numero massimo di quattro ospiti).

Per gli aspetti dimensionali si fa riferimento all'allegato A, criterio n. 10, del D.P.C.M. 22.12.1989.

Deve essere prevista un'area destinata alla valutazione con locali per le visite specialistiche e per le valutazioni diagnostico-prognostiche.

Deve essere presente un'area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione comprendente:

- locali e palestra per attività dinamiche e di gruppo;
- spazi per attività statiche o individuali, attrezzate in rapporto alla tipologia dell'intervento articolate in locali/spazi;
- ambiente/spazio per il coordinamento dei terapisti e lo svolgimento delle funzioni connesse, preferibilmente nelle vicinanze della palestra.

Devono essere previsti spazi di soggiorno e svago per uso esclusivo dei pazienti e dei familiari proporzionati al numero degli stessi.

Le prestazioni di laboratorio analisi e di radiologia convenzionale possono essere acquisite dalla struttura in cui è collocato l'Ospedale di comunità ovvero da presidi esterni.

Qualora l'Ospedale di comunità sia collocato nell'ambito di complessi sanitari ospedalieri o socio-sanitari residenziali è consentita l'utilizzazione di spazi in comune quali quelli corrispondenti alle aree generali e di supporto, all'area di socializzazione e all'area della valutazione e delle terapie. In tal caso, gli spazi in comune dovranno essere di dimensioni tali da soddisfare le esigenze del numero complessivo degli assistiti nell'intera struttura.

4.8.2. Requisiti Tecnologici Generali

La dotazione strumentale deve essere correlata quantitativamente e qualitativamente ai bisogni dell'utenza e delle diverse tipologie di attività, assicurandone uno svolgimento sicuro, efficace ed efficiente.

In relazione alla tipologia delle persone assistite devono essere presenti:

- attrezzature e dispositivi per la valutazione diagnostica;
- presidi e risorse tecnologiche atte al svolgimento di prestazione mediche, infermieristiche e riabilitative nonché specialistiche necessarie;

- attrezzature e presidi per realizzare le varie tipologie di esercizio terapeutico e di riabilitazione funzionale negli ambienti dedicati, per attività individuali e/o di gruppo;
- attrezzature elettromedicali per la terapia fisica e strumentale, di supporto e completamento all'esercizio terapeutico.

Devono essere disponibili:

- materassi e cuscini antidecubito;
- carrozzine e ausili per la mobilità del paziente.

4.8.3. Requisiti Organizzativi Generali

Tutte le strutture devono essere in possesso dei requisiti di carattere generale di cui al punto 0.2.

Deve essere individuato un responsabile Medico, di norma, con documentata attività di servizio per almeno dieci anni nel settore delle cure primarie.

Nei presidi autonomi ovvero nei presidi inseriti in complessi che comprendono strutture residenziali socio-sanitarie il responsabile medico assume anche le competenze igienico-organizzative.

L'assistenza medica viene assicurata dai Medici di Medicina Generale con i quali devono essere stipulati appositi accordi a livello regionale ed aziendale.

Le prestazioni specialistiche, farmaceutiche e protesiche sono assicurate dal S.S.R., alle condizioni e con le modalità previste per la generalità dei cittadini, attraverso i competenti servizi distrettuali ed aziendali.

Deve essere assicurata la presenza di una équipe multi professionale che, per unità operative di 20 posti deve essere composta da:

- infermiere dirigente;
- infermieri professionali (rapporto uno a quattro e comunque almeno uno per turno);
- tecnici della riabilitazione (terapisti della riabilitazione, occupazionali, logoterapisti, psicomotricisti, etc.) (rapporto uno a dieci);
- O.S.S. (rapporto di uno a tre);
- assistente sociale (anche non dedicata);
- medici specialisti a consulenza.

Per ogni paziente deve essere assicurata:

- la valutazione multidimensionale, attraverso appositi strumenti validati, dei problemi/bisogni sanitari, riabilitativi, cognitivi, psicologici e di nursing della persona al momento dell'ammissione e periodicamente;
- la predisposizione di un piano di assistenza individualizzato ovvero un progetto riabilitativo alla cui redazione collaborano i componenti dell'équipe professionale, ciascuno per le proprie competenze, corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
- l'istituzione di una cartella personale contenente tutte le informazioni sanitarie necessarie per la continuità assistenziale, periodicamente aggiornata dal personale.

Deve esistere un regolamento interno che individua i destinatari degli interventi e le patologie trattabili, i requisiti e criteri per l'accesso dei pazienti, le condizioni di esclusione, le modalità di erogazione dell'assistenza ed i tempi massimi di trattamento nonché le funzioni e i compiti dei diversi operatori.

Devono esistere procedure formalizzate per assicurare l'appropriatezza dell'accesso dalle strutture ospedaliere per acuti.

Devono esistere procedure formalizzate per il raccordo con i servizi sanitari del distretto di residenza del paziente per assicurare sia l'accesso dal domicilio sia la continuità assistenziale dopo la dimissione.

Devono esistere modalità operative che facilitino le relazioni con la famiglia e favoriscano la partecipazione al programma assistenziale nonché l'eventuale continuazione dello stesso al domicilio.