



*Opere Pie d'Onigo*  
*Pederobba*

DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ  
aggiornato alla data del 31/12/2025

ULSS 2 Marca Trevigiana

Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza Opere Pie d'Onigo

PRESIDIO SANITARIO DI ASSISTENZA PRIMARIA  
A DEGENZA BREVE

# OSPEDALE DI COMUNITÀ

nell'ex Ospedale di Pederobba (Treviso) in via Roma n. 65



via Roma n.77/a – 31040 Pederobba (TV) – Tel. 0423/694711-2-9 – Cell. 320 6905152  
C.F. e P. IVA 00545230260 – Pec: protocollo@cert.operepiedionigo.it – www.operepiedionigo.it



## Sommario

L'Ospedale di Comunità dell'ULSS 2 Marca Trevigiana in Pederobba.....	3
Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve / Ospedale di Comunità.....	3
PROVENIENZA DEGLI ASSISTITI .....	3
CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER L'ACCESSO.....	4
OBIETTIVI.....	4
COLLOCAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ.....	5
IL PERCORSO VITA "Il Vecchio e il Bambino" .....	5
ATTIVITÀ E SERVIZI GARANTITI DALL'O.D.C.....	6
IL BACINO DELL'UTENZA E IL VOLUME DI ATTIVITÀ .....	6
L'INGRESSO .....	7
LA DIMISSIONE PROTETTA .....	8
STRUMENTI PER L'INGRESSO E LA DIMISSIONE.....	9
PARTECIPAZIONE DELLA FAMIGLIA E ACCESSO .....	9
IL VOLONTARIATO.....	9
RESPONSABILITÀ DELLA GESTIONE CLINICA DEI PAZIENTI .....	10
SISTEMI DI GESTIONE DEL RISCHIO .....	11
MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA.....	11
ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA.....	11
Assistenza Medica .....	12
Assistenza infermieristica e riabilitativa .....	12
Il coordinatore infermieristico:.....	13
L'Infermiere case manager:.....	13
L'Infermiere .....	13
Il Fisioterapista:.....	14
L'Operatore Socio Sanitario:.....	14
RACCORDO CON OSPEDALE DI RIFERIMENTO, CONSULENZE, VISITE SPECIALISTICHE, PRESTAZIONI AMBULATORIALI, AUSILI E COMPARTICIPAZIONE .....	15
DOTAZIONE TECNOLOGICA .....	16
TARIFFE .....	16
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA .....	17
LA GIORNATA IN OSPEDALE DI COMUNITÀ .....	17
ASSISTENZA SPIRITUALE .....	18
I PASTI .....	18
Servizi aggiuntivi .....	18



## L'OSPEDALE DI COMUNITÀ DELL'ULSS 2 MARCA TREVIGIANA IN PEDEROBBA

L'Ospedale di Comunità dell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, Distretto di Asolo, è collocato a Pederobba. È stato inserito nella programmazione regionale dalla delibera di Giunta Regionale n. 1107/06.08.2020.

Le funzioni dell'Ospedale di Comunità sono parte della rete delle Strutture Intermedie, potendo operare sia in via esclusiva rispetto alle funzioni tipiche assegnate alla tipologia, che essere richiesto di prestazioni tipiche di altra tipologia, segnatamente dell'Hospice.

All'Ospedale di Comunità è richiesto di operare come passaggio intermedio verso l'URT per la stabilizzazione del Paziente, in modo che possa godere del trattamento proprio dell'URT in un tempo successivo alla dimissione. La vicinanza con l'URT di Valdobbiadene si presta a tale integrazione.

Il bacino di elezione corrisponde a quello cui afferiscono i Pazienti del Presidio Ospedaliero di Montebelluna, destinato dal punto di vista dell'operatività ad assurgere ad Ospedale di Riferimento per l'Ospedale di Comunità di Pederobba.

Il tempo di percorrenza stradale fra le due Strutture è di 16 minuti.

## PRESIDIO SANITARIO DI ASSISTENZA PRIMARIA A DEGENZA BREVE / OSPEDALE DI COMUNITÀ

Il 20 gennaio 2020, è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sull'Ospedale di Comunità (O.d.C.) che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli O.d.C. pubblici o privati, come indicato dall'art. 5, commi 17 e 18, dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute 2014-20163 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 704, allegato 1, paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità).

Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Si tratta della struttura atta a garantire le cure intermedie, ovvero le 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.

## PROVENIENZA DEGLI ASSISTITI

(Mission) I Pazienti del Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve / Ospedale di Comunità.

- a) È la **struttura sanitaria intermedia** a carattere temporaneo (4-6 settimane) che si rivolge prevalentemente ai pazienti **in dimissione dall'Ospedale**, in fase post-acuta con necessità di stabilizzazione, supervisione, monitoraggio, adeguamento terapeutico, recupero funzionale, palliazione; con questa provenienza i Pazienti hanno problemi di salute post-acuti o cronici, con basso margine di evoluzione peggiorativa e/o instabilità clinica, **provenienti da una struttura ospedaliera per acuti o riabilitativa**, dalla quale possono essere dimessi, ma che non sono ancora in



condizione di essere adeguatamente assistiti a domicilio.

- b) Possono essere accolti Pazienti cronici e/o fragili provenienti **dal domicilio**, che necessitano di essere accolti in una struttura protetta per ricevere cure che può essere difficile/impossibile erogare a domicilio. Si tratta solitamente di persone adulte o anziane, con profilo S.Va.M.A. superiore a due.
- c) Può accogliere Pazienti che provengono **dal Pronto Soccorso**: per migliorare l'appropriatezza nella gestione dei Pazienti, e quindi utilizzare in modo sempre più corretto le aree ospedaliere per i casi realmente "acuti", il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 prevede quale elemento innovativo che il Pronto Soccorso possa inviare direttamente i pazienti alle strutture intermedie; tale possibilità, pertanto, si aggiunge a quanto già previsto dai percorsi vigenti (attivazione osservazione breve intensiva - obi, dimissione a domicilio, ricovero etc.).

### CRITERI DI ELEGGIBILITÀ PER L'ACCESSO

(Vision) Possono accedere all'Ospedale di Comunità Persone che necessitano di riattivazione funzionale, della stabilizzazione e adattamento alla disabilità o della palliazione.

I **Criteria di eleggibilità di accesso**, sono essere:

- Pazienti le cui funzioni/abilità perse sono recuperabili ma è necessario un primo periodo di convalescenza durante il quale favorire la riattivazione e la ripresa di alcune funzioni/attività, con un percorso da iniziare in Ospedale di Comunità e da proseguire eventualmente in ambito riabilitativo;
- Pazienti le cui funzioni/abilità sono perse e 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);
- Pazienti complessi con elevate problematiche di tipo sanitario che necessitano di stabilizzazione o prosecuzione di cure ospedaliere non eseguibili a domicilio;
- Pazienti le cui funzioni/abilità sono perse, la malattia ha una prognosi infausta a breve termine ma che necessitano ancora di assistenza medica/infermieristica.

### OBIETTIVI

La degenza in Ospedale di Comunità ha come **obiettivi**:

- favorire il consolidamento dei risultati ottenuti durante la degenza in reparto per acuti garantendo un ulteriore monitoraggio clinico;
- prevenire le complicanze e favorire il recupero delle autonomie finalizzato al rientro a domicilio o a posticipare il più possibile l'ingresso in strutture residenziali;
- fornire assistenza, sollievo del dolore, mantenimento della qualità di vita e delle relazioni significative per i pazienti affetti da malattie inguaribili (anche di natura neoplastica) ed altamente invalidanti;



- ridurre i tempi e i ricoveri ospedalieri fornendo un'alternativa di cura e assistenza;
- prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia;
- limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta;
- favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

### **COLLOCAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ**

L'Ospedale di Comunità è collocato al 2° piano dell'ex Ospedale di Pederobba; può accogliere 30 Ospiti, in 14 camere a due letti e in 2 camere singole, tutte dotate di servizi igienici e collegamento ad internet. Sono disponibili un ampio Soggiorno/ pranzo con area TV, area lettura e, al piano terra, una palestra.

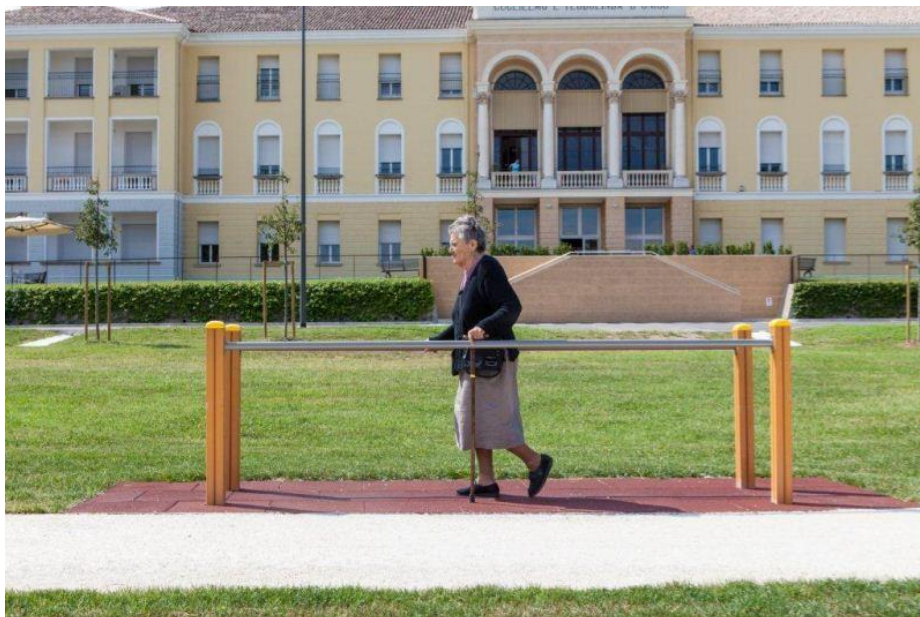
È collegato all'atrio di ingresso da 2 ascensori per il Pubblico; al piano terra si trova l'aula polivalente utilizzata per le funzioni religiose e la Cappella.

### **IL PERCORSO VITA "IL VECCHIO E IL BAMBINO"**

L'Ospedale di Comunità fruisce del Parco (il Percorso Vita), esteso per 2 ettari, munito di un sentiero asfaltato, di 12 postazioni per l'esercizio fisico, delle quali 4 dedicate in particolare alla riattivazione dei Pazienti, poste vicine all'ingresso dell'ex Ospedale; è inoltre dotato di 5 panchine per la sosta. Il Percorso è munito anche di un'area giochi per i Bambini; l'intero Percorso Vita è fruibile anche dai Familiari.

Per maggiori informazioni sul Percorso Vita:

<https://www.operepiedionigo.it/area-socio-sanitaria/percorso-vita/>





### **ATTIVITÀ E SERVIZI GARANTITI DALL'O.D.C.**

Agli ospiti nell'Ospedale di Comunità si garantiscono le seguenti risorse, attività e servizi:

- una struttura concepita appositamente per soddisfare i bisogni del target di popolazione, garantendo spazi di colloquio per Ospiti e Familiari;
- la valutazione dei bisogni assistenziali e riabilitativi all'ingresso del paziente;
- stesura del PAI/PRI multidisciplinare condiviso con paziente e familiari/caregiver,
- assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica
- il rispetto dei protocolli relativi alla gestione del paziente, per quanto riguarda gli aspetti igienico/sanitari e alberghieri
- la comunicazione con i familiari circa la situazione clinica del paziente ed avanzamento del percorso programmato;
- le prestazioni diagnostiche e terapeutiche specialistiche, fra cui quelle radiologiche di base, qualora si manifestino condizioni cliniche e/o complicanze inattese;
- accompagnamento di utenti all'interno delle sedi ospedaliere, per eventuali accertamenti/trattamenti;
- la gestione delle consulenze prescritte dal medico;
- disponibilità di specifiche dotazioni tecnologiche e di dispositivi medici funzionali al soddisfacimento dei bisogni fondamentali (alimentazione, nutrizione artificiale, assistenza protesica, ecc....);
- assistenza sociale per la transizione in strutture di residenza per anziani o altra collocazione.

L'Azienda ULSS 2 fornisce all'O.d.C., direttamente attraverso i propri servizi farmaceutici ed economici: i farmaci, i presidi protesici, i beni economici, i dispositivi medici e gli altri materiali sanitari necessari per la terapia e l'assistenza sanitaria degli ospiti.

L'offerta residenziale e assistenziale dell'O.d.C. è assicurata anche con il raccordo funzionale di telemedicina, in particolare mediante l'elettrocardiografo.

### **IL BACINO DELL'UTENZA E IL VOLUME DI ATTIVITÀ**

Le funzioni dell'Ospedale di Comunità sono parte della rete delle Strutture Intermedie, potendo operare sia in via esclusiva rispetto alle funzioni tipiche assegnate alla tipologia, che essere richiesta di prestazioni tipiche di altra tipologia, segnatamente dell'Hospice.

All'Ospedale di Comunità può essere richiesto di operare come passaggio intermedio verso l'URT per la stabilizzazione del Paziente, in modo che possa godere del trattamento proprio dell'URT in un tempo successivo alla dimissione. La vicinanza con l'URT di Valdobbiadene si presta a tale integrazione.

Questo fermo restando che il bacino di elezione corrisponde a quello cui afferiscono i Pazienti del Presidio Ospedaliero di Montebelluna, destinato dal punto di vista dell'operatività ad assurgere ad Ospedale di Riferimento per l'O.d.C. di Pederobba.

Il tempo di percorrenza stradale fra le due Strutture è di 16 minuti.



Le possibili combinazioni che danno luogo ad un bacino di utenza a geometria variabile derivano dalle Strutture Intermedie previste dalla programmazione regionale, che la DGRV n. 1107/06.08.2020 delinea così:

<b>DETTAGLIO SINGOLE STRUTTURE INTERMEDIE</b>	<b>Ospedale di Comunità</b>	<b>Unità Riabilitativa Territoriale</b>	<b>Hospice</b>	<b>TOTALE</b>
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	206	45	28	279
<b>Strutture a gestione diretta pubblica</b>	<b>138</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>168</b>
ODC – O. CASTELFRANCO	30			30
ODC – O. VITTORIO V.	30			30
ODC – O. TREVISO	30			30
ODC – O. CONEGLIANO	24			24
ODC – O. ODERZO	24			24
HOS – O. VITTORIO V.			10	10
URT – O. MONTEBELLUNA		20		20
<b>Strutture private accreditate</b>	<b>68</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>111</b>
ODC – C.S. Tomitano e Bocassin Motta di Livenza (TV)	30			30
<b>ODC – C.S. Opere Pie Onigo di Pederobba (TV)</b>	<b>30</b>			<b>30</b>
ODC – Ipab Aita Crespano del Grappa (TV)	8			8
HOS – Casa dei Gelsi – Fondazione “Amici Associazione Advar” – Treviso (TV)			18	18
URT – Ipab Istituti San Gregorio Valdobbiadene (TV)		25		25

**Il volume di attività atteso** corrisponde alla piena attivazione dell'intero Ospedale di Comunità nella capacità ricettiva di 30 posti, nell'arco di tempo di tre mesi dall'apertura.

### L'INGRESSO

- a) Il ricovero nel Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve / Ospedale di Comunità può essere richiesto da un Medico di Medicina Generale, da un Medico dipendente, convenzionato o accreditato.

La richiesta viene inviata alla Centrale Operativa Territoriale (COT), che, secondo le indicazioni del Distretto, la inserisce in lista di attesa. La COT può, in casi selezionati, d'intesa con la Direzione dell'Unità Operativa Semplice Cure Intermedie, organizzare



ingressi rapidi di Pazienti eleggibili dall'ospedale o da altro luogo di cura, concordati con il responsabile medico dell'O.d.C.

- b) L'Unità di Valutazione Multi Dimensionale, con il progetto assistenziale post-ricovero, verrà eseguita durante la degenza in O.d.C., preferibilmente in struttura e non in Distretto, con la partecipazione del MMG di scelta, il quale potrà, in quell'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.
- c) Il collegamento funzionale tra l'O.d.C., l'Ospedale e il domicilio viene comunque mediato dalla COT del Distretto, in collaborazione con l'Unità Operativa Cure Primarie del Distretto di residenza, che provvede alla gestione e allo scorrimento della lista d'attesa e all'evasione delle richieste di ingresso in O.d.C., in sinergia con l'infermiere case-manager che coordina l'accoglimento del Paziente in struttura.
- d) Il responsabile clinico dell'O.d.C. provvede alla valutazione pre-ingresso del Paziente, in sinergia con l'Infermiere case-manager e in collaborazione con la COT.
- e) Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023 prevede quale elemento innovativo che il Pronto Soccorso possa inviare direttamente i pazienti alle strutture intermedie; tale possibilità, pertanto, si aggiunge a quanto già previsto dai percorsi vigenti (attivazione osservazione breve intensiva – obi -, dimissione a domicilio, ricovero, altro).

### LA DIMISSIONE PROTETTA

Alla fine del periodo di permanenza nell'O.d.C., viene effettuata la programmazione delle attività correlate alla dimissione con eventuale attivazione della dimissione protetta.

La dimissione avviene ad opera del Responsabile clinico o di un suo delegato che compila la lettera di accompagnamento, indirizzata al MMG dell'Assistito, relazionando sul percorso diagnostico-terapeutico seguito dal Paziente.

In particolare nella lettera di dimissione vengono descritti:

- i principali fatti clinici intervenuti nel corso della permanenza in O.d.C.;
- le principali attività diagnostico-terapeutiche messe in atto;
- le prescrizioni diagnostico-terapeutiche e le altre indicazioni necessarie per continuare il percorso clinico-assistenziale a domicilio o nella struttura residenziale di provenienza/destinazione.

Il processo delle **dimissioni protette** si articola nelle quattro fasi che sono funzionali alla scelta del setting di intervento più adeguato.

1. **Condivisione delle informazioni.** È indispensabile che gli operatori sanitari appartenenti ai diversi asset (medici di base, medici ospedalieri, infermieri, assistenti sociali) applichino protocolli di intervento integrati e condivisi, al fine di garantire una continuità nelle cure.
2. **Valutazione accurata delle condizioni del paziente.** Occorre analizzare la situazione clinica del malato, per comprenderne il grado di autonomia e quali sono le sue abilità/disabilità fisiche, ma soprattutto individuare il suo approccio nei



confronti della malattia, che risulta essenziale per la buona riuscita delle cure.

3. **Analisi del contesto sociale.** La verifica delle condizioni sociali del paziente è indispensabile per stabilire qual è la tipologia di assistenza post-ospedaliera più idonea: presenza di caregiver, situazione economica ed abitativa sono solo alcune delle componenti da analizzare.
4. **Definizione del setting assistenziale.** Dalla verifica dei punti precedenti emerge l'individuazione del tipo di assistenza più adeguata a fornire cure continuative al paziente, anche a seguito della valutazione dell'offerta erogata dai servizi sanitari territoriali.

### STRUMENTI PER L'INGRESSO E LA DIMISSIONE

Protocolli di accettazione rapida per pazienti dimissibili da reparto per acuti/post-acuti 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.

### PARTECIPAZIONE DELLA FAMIGLIA E ACCESSO

La partecipazione della Famiglia al processo di recupero funzionale del Paziente è necessaria e facilitata dal libero accesso dei Familiari alla struttura ed al suo personale. 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 caregiver del Paziente.

**L'accesso dei Visitatori** è previsto in fasce dedicate (dal lunedì al venerdì: 15:00-16:00 e 19:00-20:00; il sabato e festivi: 10:30-11:30, 15:00-16:00 e 19:00-20:00) salvo in periodi di epidemia (es. Covid 19) in cui si ottempera alle indicazioni dei Servizi di Igiene Pubblica in termini di durata e numero delle visite.

I medici sono disponibili per il colloquio con i parenti nei giorni dal lunedì al sabato, previo accordo con i professionisti per il tramite del coordinatore infermieristico.

In caso di epidemie, attenendosi alle disposizioni regionali in materia, le visite possono essere temporaneamente sospese.

### IL VOLONTARIATO

È promossa l'integrazione sia con la Comunità Locale per il tramite delle Associazioni di Volontariato, che con i Servizi Sociali; la collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la Comunità Locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di Comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni; la collaborazione con le associazioni di volontariato, inoltre, offre un'utile contributo anche nella rilevazione della qualità percepita dei Pazienti e dei Familiari / caregiver. L'Ente vanta convenzioni ultradecennali con l'Associazione Vivere Insieme di



Villorba e dell'Associazione Amici di Ottorino di Cornuda, con il coinvolgimento di 42 Persone. L'ambito di operatività è esteso anche all'Ospedale di Comunità.

## RESPONSABILITÀ DELLA GESTIONE CLINICA DEI PAZIENTI

La direzione sanitaria e la responsabilità clinica dell'O.d.C. in Pederobba sono attribuite al Dott. Elzo Severin.

Le funzioni previste dalla normativa regionale per la responsabilità sanitaria e clinica sono le seguenti:

- a) coordinamento del regolare svolgimento delle attività funzionali all'**inserimento, permanenza e dimissione** degli Ospiti, secondo quanto previsto nel presente documento (inserimento rapido, UVMD iniziali ed eventuali rivalutazioni, schede di valutazione), gestendo anche la relativa lista d'attesa di inserimento in O.d.C.; vigilanza sulla regolare erogazione dell'assistenza medica, secondo i criteri, gli standard di personale e le modalità operative previste dal presente Documento e dalla normativa nazionale e regionale vigente;
- b) verifica periodica della corretta tenuta delle registrazioni assistenziali nelle cartelle cliniche degli ospiti, secondo i criteri e le modalità operative previsti nel presente Documento;
- c) gestione dei farmaci e dei presidi;
- d) gestione del **rischio clinico** e della qualità;
- e) applicazione della normativa regionale e delle misure igienico-sanitarie, da applicare secondo la normativa vigente nell'esercizio di questa attività sanitaria.
- f) assicura il **monitoraggio clinico quotidiano** che deve essere garantito anche il sabato e la domenica;
- g) la **presenza medica** in struttura è garantita per un'ora alla settimana per paziente, garantendo ammissioni e dimissioni dei pazienti nei 7 giorni della settimana;
- h) la **presenza medica** è garantita per almeno 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 normalmente di pomeriggio;
- i) gli accessi del medico sono 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;
- j) 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;
- k) nelle ore in cui il medico responsabile dei pazienti non è presente, la struttura garantisce la presenza di altro personale medico oppure 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;

- l) 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);
- m) 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 abbia diritto.

Viene garantito, al bisogno, l'accesso di un **Assistente Sociale** che, in collaborazione con il Case Manager dell'O.d.C., incaricato di favorire il **passaggio dell'Assistito** verso il setting di cura più appropriato per le sue condizioni sanitarie e sociali.

È garantito il **collegamento funzionale** con il punto prelievi, la radiologia e ogni Unità Operativa specialistica dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana e con le Strutture sociosanitarie.

### SISTEMI DI GESTIONE DEL RISCHIO

Il personale dell'O.d.C., sulla base delle linee di indirizzo che sono date dal Segretario Direttore in collaborazione con il Direttore Sanitario, sviluppa specifiche azioni per la gestione dei rischi connessi al proprio esercizio nei seguenti ambiti:

- la sicurezza degli assistiti (rischio clinico);
- la salute e la sicurezza dei lavoratori (rischio lavorativo);
- la tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
- la tutela della popolazione e dell'ambiente (rischio ambientale);
- la correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo-contabile);
- l'integrità dell'azione di pubblica amministrazione (rischio di conflitti di interesse, incompatibilità, non trasparenza e corruzione).

### MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

L'O.d.C. utilizza i software di gestione in uso per la rilevazione degli indicatori previsti dall'allegato D della DGR 2683 del 29.12.2014. Vengono inoltre rilevati e monitorati anche gli **indicatori** relativi al dolore e alle lesioni da pressione, questi ultimi oggetto di periodico invio all'apposito Ufficio dell'AULSS 2 Distretto di Asolo.

L'analisi degli indicatori definiti è finalizzata ad una visione globale dei principali fenomeni connessi alla presenza dell'ospite nell'O.d.C. e alla qualità dell'assistenza ricevuta, alla loro verifica nel tempo e all'adozione delle conseguenti misure di miglioramento continuo.

La documentazione relativa agli indicatori viene tenuta aggiornata.

### ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA E RIABILITATIVA

Lo standard e l'organizzazione del personale di assistenza viene definito come prescritto dalla DGRV 2718/2012.



### Assistenza Medica

Dato il carattere temporaneo dell'assistenza erogata dall'O.d.C., durante la permanenza nella struttura il Paziente mantiene il proprio Medico di Medicina Generale.

Il MMG potrà partecipare alla gestione clinica del suo assistito, secondo modalità definite di volta in volta con il responsabile clinico dell'O.d.C. e con il Medico Coordinatore del Distretto Socio-Sanitario. In particolare, per ogni assistito potranno essere autorizzati al MMG tre accessi ADI ad alta intensità per favorire la riconsegna e la transizione ad altro setting assistenziale (per es. due accessi in struttura con eventuale UVMD in loco e una a domicilio post dimissione).

Il personale medico dell'O.d.C., coordinato dal Responsabile clinico dei pazienti, garantisce:

- la collaborazione con l'UVMD per la valutazione dell'assistito/a inserito/a con il protocollo di accettazione rapida e la conseguente redazione del PAI;
- le necessarie prescrizioni farmacologiche-terapeutiche, di completamento diagnostico, di approfondimenti specialistici e delle proposte di assistenza protesica;
- il **monitoraggio clinico periodico almeno due volte alla settimana** per persona, riportato in cartella clinica e l'accesso quotidiano alla struttura da parte del responsabile clinico o di un suo delegato, in sinergia con l'Infermiere case-Manager e gli altri professionisti sanitari e sociosanitari; il Paziente è rivalutato ad intervalli regolari per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi clinico assistenziali con valutazione medica documentata e consegna infermieristica quotidiana.

### Assistenza infermieristica e riabilitativa

Le cure sono fornite in modo continuativo, sulle 24 ore per 365 gg/anno, attraverso una équipe multiprofessionale, che garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. Il personale risponde ai bisogni assistenziali nel rispetto dei valori e preferenze dell'utente preso in carico, garantendo l'erogazione di prestazioni in linea con le "buone pratiche".

L'attività di assistenza infermieristica agli ospiti fa riferimento a quanto previsto dal Decreto del Ministero della Sanità 14.9.1994, n. 739, dal Codice Deontologico e da ogni altra normativa cogente.

Nell'O.d.C. viene garantita la presenza di personale di assistenza secondo gli standard quali-quantitativi previsti, come indicati nella seguente tabella:

TABELLA 1

profilo	posti letto	standard richiesto	standard applicato	ore effettive in turno (7/7 giorni)	stima unità equivalenti
Infermiere	30	7,5 infermieri per nucleo da 24 ospiti	1 a 3,18	40 ore al dì, di cui 8 notturne	9,42
Operatore Socio Sanitario	30	12 oss per nucleo da 24 ospiti	1 a 1,98	64,25 ore al dì, di cui 16 notturne	15,13



Responsabile, coordinatore infermieristico	30	1 per nucleo da 24 ospiti	1 a 23,94	5,32 ore medie diurne	1,25
Fisioterapista	30	0,5 circa per i pazienti da mobilizzare	1 a 48	2,65 ore medie diurne	0,63
Assistente Sociale	30	a bisogno	a bisogno	a bisogno	a bisogno
Medico	30	art. 5 DGRV 1455/2018	1 a 29,72	4,28 ore medie diurne	1

### **Il coordinatore infermieristico:**

svolge compiti di organizzazione delle attività, di vigilanza sugli aspetti qualitativi dei servizi forniti agli ospiti e garantisce gli standard assistenziali previsti. È responsabile del buon andamento organizzativo della struttura e referente per l'ULSS e per gli Ospiti e i loro Familiari della gestione delle fasi di ingresso, permanenza, dimissione dell'Ospite.

### **L'Infermiere case manager:**

coordina il percorso del singolo paziente durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva ed è responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/riabilitazione e dimissione del paziente con la collaborazione del personale medico, infermieristico, fisioterapista e di supporto.

### **L'Infermiere**

volge l'attività nei propri ambiti specifici:

- identifica i bisogni degli Utenti;
- valuta e gestisce interventi infermieristici, riabilitativi e di supporto in équipe multiprofessionale;
- garantisce 7 giorni su 7 le attività di mobilizzazione /riattivazione (ADL e IADL) dell'assistito, in accordo con il Progetto riabilitativo elaborato dal fisioterapista, anche coinvolgendo i famigliari ed i volontari nelle diverse attività proposte
- assicura la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- contribuisce, mediante informazioni di semplice comprensione, all'aggiornamento del personale operante nella struttura sulla situazione generale di ciascun ospite;
- collabora con il personale assistenziale al fine di una corretta ed efficace assistenza;
- richiede il materiale sanitario e di medicazione occorrente e comunque ogni cosa che possa interessare il soddisfacimento dei bisogni degli ospiti e l'assistenza infermieristica da espletare;
- opera in stretta collaborazione con il medico nella realizzazione del PAI;
- aggiorna quotidianamente il diario-consegna infermieristica.



### **Il Fisioterapista:**

gestisce in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori, e di quelle viscerali conseguenti a eventi patologici, a varia eziologia, congenita od acquisita.

Collabora con l'équipe multidisciplinare nella stesura del PAI/PRI del paziente.

Il Fisioterapista, quale referente del Progetto Riabilitativo individuale (**PRI**), elabora il progetto del paziente insieme al Responsabile Clinico e al consulente fisiatra in aderenza a linee guida professionali utilizzando il software CBA. Nella redazione del PRI vengono coinvolti paziente familiari e/o caregiver

Il Fisioterapista svolge in via autonoma o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali conseguenti ad eventi patologici.

Il Fisioterapista partecipa alla “Relazione del decorso funzionale” da allegare alla Documentazione Finale per la dimissione.

Collabora inoltre con il medico prescrittore nella identificazione degli ausili più idonei per il paziente, ne propone l'adozione, ne addestra all'uso il paziente e i caregiver e ne verifica l'efficacia. Verifica l'efficacia delle attività previste dal PRI in relazione agli outcome ottenuti.

Si attua il **recupero delle ADL** (attività di base della vita quotidiana) e **delle IADL** (attività strumentali della vita quotidiana), sette giorni su sette, mediante le seguenti procedure:

- il Paziente ricoverato presso l'Ospedale di Comunità viene valutato al suo ingresso dal Fisioterapista per determinare il suo grado di autonomia funzionale e identificarne le capacità motorie residue;
- il Fisioterapista fornisce al Personale le indicazioni per una mobilizzazione precoce e sicura: si occupa di individuare gli ausili più adeguati per la movimentazione della persona, stabilisce modalità e tempi di alzata e i presidi più idonei;
- il Fisioterapista individua obiettivi specifici e relativi indicatori di outcome per ciascun paziente e pianifica il proprio intervento di conseguenza, con programmi mirati e personalizzati. Si avvale di scale di valutazione e test validati, che forniscono un riscontro oggettivo e quantificabile delle performance motorie, per la periodica rivalutazione del paziente;
- al termine del ricovero può redigere una relazione sul percorso riabilitativo del paziente, indicando i trattamenti eseguiti, eventuali esercizi da proseguire a domicilio, consigli e strategie utili per le ADL e il ritorno alla vita di tutti i giorni.

### **L'Operatore Socio Sanitario:**

soddisfa i bisogni primari della Persona, nell'ambito delle proprie aree di competenza, favorendo il benessere e l'autonomia dell'Utente.

In particolare attua la propria attività nell'assistenza diretta al paziente, all'aiuto domestico alberghiero e all'intervento igienico-sanitario.



L'équipe multidisciplinare e multiprofessionale assicura:

- l'applicazione delle procedure, protocolli e modulistica adottati dalla struttura, partecipando attivamente al miglioramento della qualità;
- la definizione degli obiettivi assistenziali in aderenza a linee guida professionali, la rivalutazione ad intervalli regolari e la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi;
- la documentazione degli obiettivi raggiunti dei pazienti e li condivide con i pazienti parenti e caregiver

Il Personale operante nell' O.d.C. si attiene a tutte le norme inerenti il lavoro e si uniforma a tutte quelle di carattere generale emanate dall'Ente per il proprio Personale, in particolare deve:

- svolgere il servizio negli orari prestabiliti ed indicati nel progetto;
- prendere visione dei documenti d'ufficio esclusivamente per ragioni di servizio e, comunque, mantenere il segreto d'ufficio e professionale su dati, documenti, fatti e circostanze riguardanti gli utenti e/o concernenti l'organizzazione e l'andamento dell'Ente.

#### **RACCORDO CON OSPEDALE DI RIFERIMENTO, CONSULENZE, VISITE SPECIALISTICHE, PRESTAZIONI AMBULATORIALI, AUSILI E PARTECIPAZIONE**

La struttura è 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 è erogato tramite la rete dell'emergenza - urgenza. **L'Ospedale di riferimento**, ai sensi della DGRV n. 433 del 6 aprile 2017, allegato A, è il Presidio Ospedaliero San Valentino di Montebelluna.

La delibera di Giunta Regionale n. 1455 dell'8 ottobre 2018 prevede, tramite l'accordo contrattuale con l'AULSS 2 Marca Trevigiana, 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, sono garantite attività di prelievo e di ECGrafia 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 ulteriori esenzioni di legge.

La presenza del **Fisiatra** è assicurata dal Dipartimento 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 è un consulente che interviene su richiesta del responsabile clinico 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 (DGRV n. 433/2017).

La scelta e l'adattamento degli ausili sono formalizzate e in aderenza a linee guida in ottemperanza al nomenclatore tariffario, con censimento e sanificazione degli ausili; l'Ente ha formalizzato le seguenti procedure:

- 49/b - le pulizie degli ausili
- 63/a - tenuta degli ausili (carrozine, poltrone, deambulatori, palmari, ecc.) consegnatici dalla locale u.l.s.s. o da quelle limitrofe
- 63/b - come inoltrare la richiesta di ausili
- 129 - procedure per la gestione e l'utilizzo corretto della carrozzina
- 158 - guida per le protesi acustiche
- 194 - ventilazione meccanica invasiva, nozioni generali, modalità ventilatorie.

#### DOTAZIONE TECNOLOGICA

La Struttura fornisce l'ossigeno mediante l'impianto centralizzato e le superfici anti decubito per pazienti a grave, medio e basso rischio, gli ausili standard per la mobilità (sollevatori, sedie a rotelle e deambulatori), un **ECGrafo** per la trasmissione a distanza del tracciato e una postazione mobile (PC con webcam) per il **teleconsulto** via web. La Struttura si adegua e collabora a tutte le iniziative di teleconsulto e **telemedicina** proposte dall'Azienda ULSS.

#### TARIFFE aggiornate dalla DGRV N. 1563/30.12.2024

Sono a carico dell'Azienda ULSS2 le prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali prescritte e/o erogate ai Pazienti ospitati nell'O.d.C. entro 60 giorni da una dimissione ospedaliera per il completamento diagnostico/terapeutico del percorso clinico-assistenziale connesso a uno specifico ricovero ospedaliero. La "compartecipazione per giornata" è a carico degli Ospiti dell'O.d.C., ed è distinta dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket/quota fissa) prevista per le prestazioni diagnostiche e specialistiche (vedi Tabella 2). La tariffa giornaliera di remunerazione, le quote a carico dell'assistito per giornata di degenza e l'esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni, sono riportate nella seguente tabella:

TABELLA 2

Prestazioni	Importo
Degenza sino al 30° giorno per l'Assistito	Esente
Quota a carico dell'assistito per giornata di degenza dal 31° al 60° giorno, da corrispondere dall'Assistito all'Azienda Sanitaria.	25,00 Euro
Quota a carico dell'assistito per giornata di degenza dal 61° giorno, da corrispondere dall'Assistito all'Azienda Sanitaria.	45,00 Euro



Prestazioni di riabilitazione	Esenzione dal ticket
Prestazioni specialistiche ambulatoriali	Esenzione dal ticket fino al 60° giorno di degenza
Trasporti per visite e ricoveri	A carico dell'Utente, se non di competenza del Servizio Sanitario
Tariffa giornaliera omnicomprensiva che ricomprende le voci di cui sopra, riconosciuta al Gestore dall'Azienda Sanitaria.	162,00 Euro

Le predette voci sono previste, eccetto quella dei trasporti, dalla deliberazione della Giunta Regionale n. 1563 del 30 dicembre 2024 *“Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale: aggiornamento della tariffa giornaliera di remunerazione, delle quote a carico dell'assistito per giornata di degenza e dell'esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per le prestazioni.”*.

#### **GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

La tenuta della documentazione sanitaria avviene tramite l'utilizzo del software di gestione del ricovero e dimissione del paziente nell'Ospedale di Comunità, in uso nell'Ente (CBA Group di Rovereto) ed assicura la fornitura di quanto previsto dal debito informativo nei confronti degli enti di riferimento nel rispetto di quanto previsto dalla DGRV n. 2683 del 29/12/2014.

L'O.d.C. conserva la documentazione sanitaria di ogni assistito a tempo illimitato. Su richiesta dell'interessato o di un suo delegato, l'O.d.C. rilascia copia della documentazione sanitaria, secondo le procedure e i costi già in uso per le cartelle cliniche ospedaliere.

#### **LA GIORNATA IN OSPEDALE DI COMUNITÀ**

Le attività sono distribuite nella giornata secondo i seguenti orari:

- dalle ore 07:00, presa visione dei pazienti, dei loro bisogni e pianificazione delle attività alberghiere, assistenziali e terapeutiche della mattinata, controllo della pressione arteriosa, della temperatura corporea e di altri parametri clinici;
- dalle ore 08:00 - preparazione del Paziente per la colazione a letto o, se possibile, al tavolo e aiuto nella assunzione ai pazienti, distribuzione farmaci, eventuali prelievi di sangue, terapie infusive, cure igieniche del mattino, mobilitazione in sedia/poltrona (per i pazienti a cui è possibile), valutazione delle condizioni cliniche e della terapia da parte del medico, possibili attività di compagnia/svago secondo i desideri e le possibilità dei Pazienti su indicazione degli infermieri
- dalle ore 12:00 – preparazione dei pazienti per il pranzo che potrà essere consumato al



letto o al tavolo o nella sala da pranzo; aiuto nella assunzione ai pazienti che non hanno un familiare o un assistente.

- dalle ore 13:00 - riposo
- dalle ore 14:00 presa visione dei malati, dei loro bisogni e pianificazione delle attività assistenziali e terapeutiche del pomeriggio, terapie del pomeriggio, assistenza ai Pazienti che hanno bisogno di medicazioni o di altre pratiche terapeutico-assistenziali, cure igieniche particolari: bagno o doccia, pedicure, ecc., valutazione delle condizioni cliniche e della terapia in atto da parte del medico, assistenza fisioterapica, possibili attività di compagnia/ svago secondo i desideri e le possibilità dei pazienti su indicazione degli infermieri
- dalle ore 18:00 - preparazione dei pazienti per la cena che potrà essere consumata a letto o al tavolo e aiuto nella assunzione ai pazienti, terapie serali
- alle ore 20:30 - Inizio della preparazione dei Pazienti per il riposo notturno.

#### ASSISTENZA SPIRITUALE

**Assistenza spirituale:** l'assistente spirituale fa visita alle persone nella propria stanza su richiesta. Le persone che desiderano essere assistite dai propri ministri di culto possono liberamente farlo.

#### I PASTI

La fornitura **pasti** avviene su prenotazione.

I pasti sono prodotti nella Cucina situata nello stesso edificio (l'ex Ospedale di Pederobba) nel quale è ubicato l'Ospedale di Comunità. **La Cucina è gestita direttamente.**

I menù, sotto la supervisione di una dietista dipendente, sono elaborati per consentire un'ampia scelta a Pazienti con regimi alimentari normali o con diete speciali. Su indicazione della dietista, se necessario, vengono predisposte diete personalizzate.

Per pazienti con difficoltà a deglutire, si somministra lo specifico menù con caratteristiche di maggiore morbidezza, omogeneità e consistenza. Gli alimenti sono differenziati in base alla stagione

#### Servizi aggiuntivi:

- Parrucchiere, Manicure e Pedicure.

*Il presente documento (approvato con la delibera del Consiglio di Amministrazione n. 59/20.07.2021 è soggetto a revisione ed integrazioni cui è delegato il Segretario Direttore, con cadenza almeno triennale; la versione aggiornata va sempre consultata nel sito web delle Opere Pie d'Onigo in [www.operepiedionigo.it](http://www.operepiedionigo.it) – ULTIMO AGGIORNAMENTO IL 31/12/2025.*

Il Presidente  
*Agostino Vendramin*