



ALLEGATOF alla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

pag. 1/6

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 13/CSR del 20/02/2014 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2013

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Garantire la continuità assistenziale dell'anziano fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali.

3. Linea progettuale: linea n. 5 Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.

4. Referente

Dr. Maria Chiara Corti - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, Dirigente del Settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria

Tel. 041 – 2793408 Fax 041 – 049 279 1338

mariachiara.corti@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale

Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia

Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491

protocollo.generale@pec.regione.veneto.it

5. Durata del progetto: Anno 2013 con prosecuzione fino al 2015

6. Aspetti finanziari:

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: €4.595.509,00

Contesto

Le strutture di ricovero intermedie garantiscono le cure necessarie a 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.

L'attivazione delle suddette strutture è un obiettivo definito a livello nazionale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in proposito, indica nell'*Ospedale di Comunità' (Country Hospital)* - la struttura dedicata all'attuazione delle cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti - lo strumento di sviluppo delle cure intermedie, intese come punto di raccordo fra cure primarie e cure ospedaliere.

Nel Piano Socio Sanitario Nazionale 2011 – 2013 viene confermato il ruolo delle strutture intermedie quali strumenti per il potenziamento della rete assistenziale territoriale con il preciso scopo di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione ospedale territorio.

Nelle strutture dedicate alle cure intermedie l'esito funzionale è il determinante principale delle necessità assistenziali e della futura traiettoria del paziente, tipicamente in transizione da un setting di cura ad un altro (es. ospedale-domicilio). Rispetto all'ospedale, si configura prioritaria l'attenzione alla dimensione prognostica, rispetto alla dimensione diagnostica/procedurale e terapeutica. Durante l'accoglienza in queste strutture, e' quindi essenziale, sulla base della traiettoria prognostica (attesa) del paziente e di un progetto assistenziale personalizzato, la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali della malattia

(menomazioni delle funzioni in ICF) ed il miglioramento della qualità della vita ed una attenzione alle preferenze del paziente e dei suoi familiari.

Le strutture di Cure intermedie 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, quindi inquadrabili come non-autosufficienti), ma con tre diverse possibili traiettorie prognostiche, come ipotizzato da Boyd¹:

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 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 n.3318/2008) per hospice (palliazione, anche non oncologica).

Le strutture di Cure Intermedie devono pertanto essere in grado di offrire risposta polifunzionale a carattere temporaneo con possibilità di offerta in uno o più traiettorie prognostiche: *stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione*.

Obiettivi

L'obiettivo principale del progetto è il miglioramento dello stato generale di salute e funzionale del soggetto, favorendo la deospedalizzazione e la tempestiva riattivazione, dopo un periodo di allettamento, declino funzionale e perdita dell'autosufficienza legato all'ospedalizzazione, in sostegno alla domiciliata.

I requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale e la definizione degli indicatori di attività e risultato, dovranno garantire e misurare gli esiti attesi di questo progetto di seguito elencati:

1. riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana
2. incremento del numero di giornate di degenza in cure intermedie per tutta la popolazione ultra75enne
3. incremento della percentuale di soggetti il cui decesso avviene fuori dall'ospedale
4. miglioramento della situazione funzionale nei soggetti con traiettoria prognostica compatibile
5. miglioramento della qualità percepita del servizio offerto per i soggetti (o familiari) con traiettoria prognostica di palliazione
6. riduzione del tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione dei soggetti anziani

Descrizione del Progetto

La Regione del Veneto in ottemperanza alle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Nazionale ha individuato nel proprio Piano Socio Sanitario – approvato con legge regionale n. 23 del 29 giugno 2012 - lo sviluppo dell'assistenza intermedia quale obiettivo strategico regionale, individuando all'uopo due specifiche unità di offerta: l'Ospedale di Comunità e l'Unità Riabilitativa Territoriale. Determinando inoltre per le strutture di ricovero intermedie lo standard complessivo ottimale di 1,2‰ posti letto/abitanti.

- Ospedale di Comunità (ODC) accoglie elettivamente pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana, e prevedono progetti assistenziali per tutte e tre le diverse possibili traiettorie prognostiche:

¹ Boyd C, Landefeld CS, Counsell SR et al. Recovery of Activities of Daily Living in Older Adults After Hospitalization for Acute Medical Illness. J Am Ger Soc 2008; 56:2171-2179.

- a) pazienti le cui funzioni/abilità perse sono forse recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza e riattivazione funzionale in vista di un percorso riabilitativo successivo;
 - 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 prima del rientro al domicilio o ad una struttura protetta residenziale (stabilizzazione);
 - 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 n.3318/2008) per hospice (palliazione, anche non oncologica).
- Unità Riabilitativa Territoriale (URT) 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 (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.

Deve tuttavia essere precisato che l'attivazione delle suindicate strutture deve necessariamente trovare attuazione in accordo con la vigente normativa di settore, individuata nella legge n. 22 del 16 agosto 2002 di definizione della disciplina in tema di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie. La disciplina in parola individua quali imprescindibili condizioni per la realizzazione, autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni residenziali a ciclo continuativo e/o diurno, la rispondenza alla programmazione socio-sanitaria, e la conformità a specifici requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale, individuati dalla Giunta Regionale.

Discende dal quadro normativo delineato che i punti nodali determinanti per l'attivazione delle strutture di ricovero intermedie sono:

1. Definizione della programmazione socio- sanitaria regionale e attuativa locale

La programmazione regionale è stata approvata dalla Giunta Regionale con DGR n. 2122 del 19 novembre 2013, assegnando alle Aziende Ulss un numero di posti letto da programmare conforme allo standard indicato nel Piano Socio Sanitario.

La definizione della programmazione attuativa locale, in accordo con la vigente legislazione in materia, è stata demandata, dalla sopracitata delibera regionale, ai Direttori Generali delle Aziende Ulss assegnando loro il preciso compito di predisporre i Piani Attuativi Locali con specifica previsione dei posti da attivare, nel biennio 2014-2015, per dare attuazione alla programmazione regionale in tema di strutture intermedie.

Da precisare inoltre che la precitata delibera regionale ha ampliato la concezione di strutture intermedie, ricomprendo in tale definizione anche gli Hospice, Centri ex art. 26 L. 833/78 e le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette. Si riporta di seguito una sintetica descrizione dell'unità di offerta di Hospice in considerazione della sua importanza ai fini della realizzazione della programmazione regionale.

Hospice: sono centri residenziali territoriali di cure palliative per accogliere prioritariamente pazienti affetti da patologia neoplastica terminale, che necessitano di cure non erogabili adeguatamente a domicilio o in altri setting di cura e che abbiano le seguenti caratteristiche:

- a) aspettativa di vita non superiore a 3 mesi;
- b) completamento di tutte le indagini diagnostiche relative alla patologia ed esclusione di terapie specifiche volte alla guarigione della malattia;

c) indice di Karnofsky uguale od inferiore a 50 (grave impatto funzionale della malattia neoplastica).

L'esito atteso per il paziente è una migliore qualità della vita favorendo, ove possibile, il rientro a domicilio e garantendo il continuum delle cure ed il sostegno psicologico e sociale anche alla famiglia nelle varie fasi assistenziali e durante la storia naturale della malattia.

2. Definizioni dei requisiti autorizzazione all'esercizio ed accreditamento istituzionale ex l.r. n. 22/02

In proposito si rileva che con DGR n. 2718 del 24 dicembre 2012 sono stati determinati gli standard necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale. Sono in fase di definizione gli standard per il rilascio dell'accreditamento istituzionale, gli indicatori di attività e risultato, e la predisposizione del tracciato record e delle specifiche funzionali e organizzative per l'attivazione del flusso informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata.

Definiti i sopracitati punti, deve tuttavia precisarsi, a conferma della stretta correlazione fra cure intermedie e ospedale, che i posti di strutture intermedie potranno essere attivati solo a seguito della contestuale dismissione di quelli ospedalieri.

Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma)

Azione 1 Approvazione Piani Attuativi Locali da parte della Giunta Regionale

Tempo previsto: giugno 2014

Azione 2 Definizione dei requisiti di accreditamento istituzionale, individuazione degli indicatori di attività e risultato, predisposizione del tracciato record per il monitoraggio dell'assistenza erogata dell'ODC e URT

Tempo previsto: luglio 2014

Azione 3 Attivazione e conclusione procedimenti autorizzativi ex l.r. n. 22/02

Tempo previsto: attivazione dei procedimenti ex l.r. n. 22/02 coerentemente con la programmazione dei posti letto indicati nei Piani Attuativi Locali e relativa conclusione nel rispetto dei vigenti termini di legge: da Agosto 2014 a dicembre 2015

Azione 4 Attivazione dei posti letto delle strutture intermedie contestualmente alla dismissione di posti letto ospedalieri

Tempo previsto: a conclusione delle procedure autorizzative ex l.r. n. 22/02, l'attivazione dei posti letto dovrà avvenire secondo la tempistica definita dalle Aziende Ulss nei rispettivi Piani Attuativi Locali e comunque non oltre il 2015: indicativamente da novembre 2014 a dicembre 2015.

Azione 5 Monitoraggio dello stato dell'arte dell'attuazione della programmazione definita nei Piani Attuativi Locali

Tempo previsto: da gennaio 2015 a dicembre 2015

Azione 6 Misurazione Indicatori dell'attività erogata

Tempo previsto: da gennaio 2015 a dicembre 2015

Cronogramma

Cronoprogramma	2014/2015																			
	2014								2015											
	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
FASI DEL PROGETTO																				
1 Approvazione Piani Attuativi Locali dalla Giunta Regionale																				
2 Definizione requisiti accreditamento individuazione indicatori di attività e risultato																				
3 Attivazione e conclusione procedimenti autorizzativi ex l.r. 22/02																				
4 Attivazione posti letto contestualmente alla dismissione di posti ospedalieri																				
5 Monitoraggio																				
6 Misurazione Indicatori																				

Risultati attesi

1. riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana
2. incremento del numero di giornate di degenza in cure intermedie per la popolazione ultra75enne
3. incremento della percentuale di soggetti il cui decesso avviene fuori dall'ospedale
4. miglioramento della situazione funzionale nei soggetti con traiettoria prognostica compatibile
5. miglioramento della qualità percepita del servizio offerto per i soggetti (o familiari) con traiettoria prognostica di palliazione
6. riduzione del tasso di ri-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione dei soggetti anziani

Indicatori

Indicatori di struttura

1. Approvazione dei Piani Attuativi Locali dalla Giunta Regionale entro giugno 2014
2. Definizione dei requisiti di accreditamento istituzionale, degli indicatori di attività e risultato, e predisposizione del tracciato record entro luglio 2014
3. Attivazione dei procedimenti autorizzativi ex l.r. n. 22/02 in accordo con la programmazione dei posti di strutture intermedie previsti nei Piani Attuativi Locali. Conclusione dei procedimenti in parola entro i vigenti termini di legge e comunque non oltre il 2015

Indicatori di processo

1. Tasso di ricovero della popolazione ultra75enne
2. Tasso di ricovero ripetuto per qualsiasi diagnosi a 30 giorni nell'ultra75enne
3. Percentuale di soggetti degenti in strutture di Cure Intermedie riospedalizzati durante la degenza.
4. N. di giornate di degenza in strutture di cure intermedie nella popolazione ultra75enne

Indicatori di risultato

1. Tasso di mortalità per neoplasia della popolazione generale che avviene in ospedale verso altro luogo
2. Misurazione del profilo SVAMA funzionale (o di altri indicatori prognostici es. MPI) all'ingresso e al congedo dagli Ospedali di Comunità e URT
3. Misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza e dei familiari dopo la dimissione da percorsi di palliazione (Hospice e Ospedali di Comunità)