



ALLEGATO B alla Dgr n. 127 del 11 febbraio 2013

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 227/CSR del 22 novembre 2012 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del PSN, Anno 2012

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Definizione, attivazione e potenziamento di forme di assistenza residenziale temporanea per i pazienti in fase post-acuta di malattia: le cure intermedie.

3. Linea progettuale: All. A – Parte I, Linea n. 2 “Non autosufficienza”

4. Referente

Dr Maria Chiara Corti
Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Palazzo Molin, San Polo 2514, Venezia
Tel. 041-2793408 – 041 279 3522
mariachiara.corti@regione.veneto.it

Segreteria Regionale per la Sanità
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041/2793457; Fax 041/2793491
email: segr.sanita@regione.veneto.it

5. Durata del progetto: Anno 2012 con possibile prosecuzione fino al 2015

6. Aspetti finanziari: €16.438.418,00. Importo interamente imputato a valere sulla quota vincolata del FSN 2012

Premesse al progetto

La definizione di cure intermedie ha tuttora un buon margine di variabilità in campo scientifico e non ha trovato ancora una definizione normativa in campo nazionale e regionale¹

Per quanto riguarda il campo scientifico si ricorda, ad esempio, che la British Geriatric Society ha definito come Cure Intermedie tutti quei servizi che rispondono ai seguenti criteri²:

1. Servizi orientati a persone che hanno un elevato rischio di un allungamento della degenza ospedaliera o di un ricovero inappropriato in un ospedale per acuti o in una struttura residenziale definitiva
2. Servizi che vengono erogati sulla base di un assessment globale del paziente che innesca un piano individualizzato di cura che comprende terapie e trattamenti mirati ad un recupero funzionale

¹ Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? BMJ. 2004;329(7462):360-1. Disponibile all'indirizzo <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC509331/?tool=pubmed>

² Guidance for commissioners and providers of health and social care” (2008), British Geriatric Society Ed, London. Disponibile all'indirizzo:

http://www.bgs.org.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=363:intermediatecare&catid=12:goodpractice&Itemid=106

3. Servizi che hanno l'obiettivo primario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di riportare il paziente al proprio domicilio
4. Servizi a carattere temporaneo, di norma non superiori alle sei settimane.
5. Servizi che implicano una modalità di lavoro multi-professionale utilizzando strumenti di valutazione specifici per ogni professione ma con protocolli condivisi.

Più recentemente nel 2006, in Scozia, le cure intermedie sono state definite come “Un servizio di breve durata fornito a domicilio o in un setting residenziale (solitamente di circa 6 settimane) per persone con perdita recente dell'auto-sufficienza che necessitano di un certo grado di riabilitazione e recupero. I loro obiettivi sono quelli di prevenire i ricoveri inappropriati in ospedale, accelerare le dimissioni, prevenire le dimissioni precoci nelle strutture residenziali³”. Interessante osservare come in questa più recente definizione sia evidente il passaggio ad una definizione chiaramente funzionale, disgiungendo il concetto di “cura intermedia” dalla sede di erogazione e permettendone la esecuzione anche a domicilio.

Per quanto riguarda l'aspetto normativo si ritiene importante ricordare che il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 contiene una precisa indicazione sulla “opportunità di completare l'offerta dei servizi di cure intermedie tra ospedale e territorio e prevede pertanto, oltre al potenziamento delle RSA anche “lo sviluppo, là dove ricorrano le condizioni, secondo l'organizzazione dei servizi sanitari regionali, dell'Ospedale di Comunità (Country Hospital)”. Da un'analisi della letteratura nazionale ed internazionale appare chiaro che lo sviluppo delle cure intermedie è fortemente influenzato dal contesto del Sistema Sanitario in cui si sono sviluppate.

La valutazione dell'impatto sugli esiti di salute e del rapporto costo-efficacia delle cure intermedie è avvenuta successivamente all'implementazione di questi servizi, attivati spesso in seguito alla riduzione/dimissione di posti letto ospedalieri. L'evidenza attuale emerge da *clinical trials* effettuati con modelli assistenziali non sempre sovrapponibili ai modelli italiani e deve quindi essere letta con alcune riserve. Nei soggetti che hanno seguito un percorso di cure intermedie, rispetto all'*usual care* in reparti ospedalieri per acuti sembra evidente un vantaggio in termini di riduzione delle riospedalizzazione, dell'istituzionalizzazione e della incidenza di disabilità (non-autosufficienza) durante il follow-up, senza differenze significative in termini di mortalità.^{4 5 6} Non è ancora dimostrato, e vengono auspicati studi aggiuntivi, che il passaggio del paziente in ambiti di cura intermedi si traduca in una reale riduzione dei costi di gestione⁷.

Nel PSN 2011 – 2013 si conferma il mandato di potenziare la rete assistenziale territoriale avvalendosi di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale territorio, quali le attivazioni di

³ Intermediate Care – Agreeing on a Common Definition (2006) . Documento disponibile su <http://www.jitscotland.org.uk/action-areas/intermed8>. Intermediate care

⁴ Garasen H., Windspoll R., Johnsen R (2007) “Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomized controlled trial”, BMC Public Health, vol.7, n° 68. Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868721/>

⁵ Green J, Young J, Forster A, Mallinder K, Bogle S, Lowson K, Small N. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. BMJ 2005 331:317-322. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1183127/?tool=pubmed>

⁶ Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. BMJ. 2005 Mar 26; 330(7493):699. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC555630/?tool=pubmed>

⁷ Griffiths P., Edwards M., Forbes A., Harris RL., Ritchie G.. (2009) “Effectiveness of intermediate care in nursing led in-patient units”, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, vol. 2, Art. n°: CD002214. Disponibile on-line all'indirizzo: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002214.html>

posti letto territoriali gestiti da MMG o strutture intermedie intra-ospedaliere, o in strutture intermedie di riabilitazione post-acuzie.

Conformemente a quanto previsto dal PSSR della Regione Veneto (LR 23/2012, art.10), che ha fissato lo standard complessivo ottimale di 1,2‰ posti letto/abitanti per le strutture di ricovero intermedie e considerata la popolazione della Regione Veneto al 31.12.2011 (n. 4.956.449 abitanti), sarà possibile determinare la dotazione complessiva di posti letto, considerando quelli già attivi nel 2012 e quelli da attivare negli anni successivi, sulla base di specifici provvedimenti di attuazione del Piano.

Definizione di strutture di cure intermedie e del target assistenziale

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.

In queste strutture 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 la accoglienza in queste strutture, è 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 Boyd⁸:

- 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).

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

- *Ospedale di Comunità (OdC)*

⁸ 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.

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

- d) 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.
- e) 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)
- f) 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)*

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 - NAISS, RSA a valenza riabilitativa) che svolgono attività di residenzialità post-ricovero temporanea con funzione di stabilizzazione, riattivazione, 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 (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.

▪ *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.

Funzionamento delle strutture di cure intermedie nel Veneto

Nella **tabella 1** sottostante vengono riassunte le risorse strutturali ed il relativo impegno economico della rete residenziale di cure intermedie funzionante nella regione Veneto nell'anno 2012.

<u>Anno 2012</u>	<u>Ospedali di Comunità</u>	<u>Hospice</u>	<u>Unità di riabilitazione territoriale o strutture temporanee equivalenti</u>
<u>Posti letto</u>	231	181	657
<u>Giornate di degenza (stima su dati 2011)</u>	70.455	55.743	193.973
<u>Costo di rilievo sanitario/die per posto letto (media tra le 21 aziende)</u>	127	236	65*
<u>Costo totale annuale</u>	8.947.785	1.315.557	12.608.245

*Queste strutture prevedono una compartecipazione dell'utente alle spese alberghiere in media di circa 50 Euro/die,

Utilizzo delle risorse

I finanziamenti previsti per i progetti obiettivo in questione sono assegnati alle aziende sanitarie sulla base di piani intervento per le strutture intermedie conformemente agli indirizzi attuativi del PSSR.

Tempi di attuazione

Il progetto ha inizio temporale nell'anno 2012 durante il quale sono già state avviate tutte le iniziative necessarie per favorire il potenziamento di tutta la filiera dei servizi territoriali per le cure intermedie. Nel periodo di vigenza del piano e basandosi sugli standard in esso già definiti (1,2‰ posti letto/abitanti includendo in questo tasso le Comunità Terapeutiche Riabilitative Psichiatriche e le strutture di riabilitazione ex art. 26, che però non verranno considerate come intermedie in questo progetto) è possibile ipotizzare una progressione con un piano a scorrimento annuale nell'attivazione dei posti letto di cure intermedie che saranno necessari alla popolazione residente. Il presente provvedimento riprende la programmazione già in atto con particolare riferimento all'esercizio 2012, mentre lo sviluppo per gli ulteriori anni di vigenza del progetto è subordinato a provvedimenti di attuazione del PSSR 2012-2015. Come ipotesi operativa si riporta la tabella 2 sottostante.

Tabella 2: ipotesi di potenziamento delle strutture di Cure Intermedie nel triennio di vigenza del PSSR 2013-2015.

	Ospedali di Comunità'	Hospice	Unita' di riabilitazione territoriali
Standard posti letto/abitanti secondo PSSR	0.66‰	0.05‰	0.33‰
2013	1012	22	323
2014	1011	22	321
2015	1000	23	321
Totale Posti letto da attivare	3023	67	965

Contesto

La localizzazione di queste strutture potrà avvenire all'interno di due *settings* distinti di cura:

- Strutture ospedaliere in dismissione e riconvertibili a strutture di cure intermedie
- Centri Servizi già accreditati per attività di residenzialità extra-ospedaliera di tipo socio-sanitario che dispongano di unità di offerta *dedicate* da adibire a questa funzione.

In entrambe le situazioni, dovranno essere avviate le usuali procedure di autorizzazione e accreditamento secondo le indicazioni della DGR 2718/2012, recentemente approvata dalla giunta.

Obiettivi e risultati attesi

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 alla ospedalizzazione, in sostegno alla domiciliarità.

Come stabilito nella DGR 2718/2012, gli standard assistenziali, strutturali e organizzativi ivi definiti dovranno garantire e misurare gli esiti attesi di questo progetto che sono:

- 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

Indicatori di processo ed esito

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

Soggetti coinvolti

Direzioni regionali: Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, Servizio Accreditamento, UC Cure Primarie, Direzione Servizi Sociali.

Aziende Ulss: Direttori Sociali, Responsabili del Distretto Socio-Sanitario, Medici di Medicina Generale, Operatori Socio-Sanitari impegnati nell'attività di valutazione e presa in carico delle persone non autosufficienti.

Comuni: Responsabili del settore dei Servizi Sociali.

Territorio: Enti gestori dei Centri di Servizio e altre realtà organizzative del territorio che concorrono alla gestione dei Servizi Socio-sanitari rivolti alle persone non auto sufficienti.

Società civile: associazioni di pazienti, organizzazioni per la tutela di categorie particolari di soggetti, organizzazioni di volontariato e del terzo settore.

Monitoraggio

E' chiaro che l'attivazione di un numero importante di posti letto dedicati alle cure intermedie necessita di un attento monitoraggio legato soprattutto alla sostenibilità economica del progetto i cui costi nascenti sono in buona parte finanziati dai costi cessanti successivi alla riduzione di posti letto per acuti fino a 3 ‰ posti letto/abitante prevista dalla legge 135/2012, nota anche come "*spending review*".

La regione Veneto provvederà annualmente a verificare e, se necessario, modificare i tempi ed i modi di raggiungimento degli obiettivi per le cure intermedie individuate dal PSSR ed esplicitate nel presente progetto.