



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
7^a legislatura

Presidente	Giancarlo	Galan
V. Presidente	Fabio	Gava
Assessori	Renato	Chisso
	Giancarlo	Conta
	Marialuisa	Coppola
	Antonio	De Poli
	Marino	Finozzi
	Massimo	Giorgetti
	Raffaele	Grazia
	Antonio	Padoin
	Floriano	Pra
	Ermanno	Serrajotto
	Raffaele	Zanon

Deliberazione della Giunta

n. **2481** del **06/08/2004**

Segretario Antonio Menetto

OGGETTO: Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della L.R. 03/02/1996, n. 5: "Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissioni ospedaliere".

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - riferisce quanto segue.

La D.G.R. n. 3223 dell'08/11/2002, recante all'oggetto "L.R. 03/02/1996, n. 5, art. 14 - Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. n. 39/1993, in attuazione del D.L. 18/09/2001, n. 347, convertito nella legge 16/11/2001, n. 405", vale a dire la vigente programmazione ospedaliera, prevede la dismissione di alcune strutture o funzioni ospedaliere.

Il percorso attuativo dei livelli essenziali di assistenza (LEA), come politica innovativa rivolta principalmente a garantire il diritto alla salute del cittadino e contestualmente a regolamentare la capacità produttiva del sistema sanitario regionale e la spesa, si ritiene che possa più favorevolmente svilupparsi e radicarsi nel contesto più generale, se coniugato con il governo clinico, come insieme di principi e prassi per la promozione della qualità dell'assistenza in termini di appropriatezza e priorità di accesso alla prestazione più efficace

Nell'ultimo decennio, in relazione alla complessità dei bisogni della persona non autonoma o a rischio di perdita dell'autonomia, si è venuta a creare una forte esigenza di integrazione fra le risorse di tutti i servizi sanitari e sociali, sia in senso longitudinale (continuità dell'assistenza nelle fasi di passaggio da un servizio all'altro, in relazione all'evoluzione del bisogno), che trasversale (raccordo fra le prestazioni contemporaneamente erogate dai diversi livelli di assistenza).

L'integrazione delle responsabilità e delle risorse è la condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, individuando in 3 livelli la sua realizzazione: integrazione istituzionale, integrazione gestionale, integrazione professionale.

Questa azione trova coerenza applicativa all'interno del sistema di programmazione che la Regione Veneto sta costruendo e da cui è derivata la ridefinizione dell'assetto strutturale dei servizi sanitari con particolare riferimento:

- al sistema delle cure domiciliari, recato dalla D.G.R. n. 5273/1998, con la rilevazione tramite flusso informativo dei trattamenti, come da ultimo disposto con D.G.R. 1722/2004;
- al sistema delle cure ospedaliere, recato dalla D.G.R. n. 3223/2002;
- al sistema delle cure residenziali, recato dalle D.G.R. n. 751/2000 e 1729/2003, con la rilevazione tramite flusso informativo dei trattamenti, come disposto con D.G.R. n. 2210/2001;
- al programma settoriale relativo all'assistenza territoriale, recato dalla D.G.R. n. 3242/2001.

In particolare, a fronte della necessità di razionalizzare e riadeguare le risorse ospedaliere secondo principi di appropriatezza, il Distretto Socio Sanitario sta diventando la sede più idonea a sviluppare valide ed efficaci alternative al ricovero ospedaliero, utilizzando in modo flessibile risorse riconducibili sia alla domiciliarità sia, nel rispetto del principio della sussidiarietà, alla residenzialità extraospedaliera. In questo quadro, tuttora in via di sviluppo, l'assetto operativo che nel Distretto si è venuto a configurare si erige su tre pilastri tra loro complementari:

- la U.V.M.D., intesa come unica porta di accesso alla rete dei servizi, come modalità di lavoro finalizzata alla individuazione del progetto assistenziale personalizzato;
- la scheda di valutazione multidimensionale e multiprofessionale S.V.A.M.A., la cui compilazione è finalizzata a fornire informazioni adeguate alla U.V.M.D. affinché possa arrivare a definire il progetto personalizzato;
- la rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali.

Nel paziente anziano affetto da patologia acuta o da riacutizzazione di patologia cronica, il processo di superamento dell'evento acuto, con il recupero graduale della funzionalità e dell'autonomia, risulta più lento e difficoltoso che nel giovane o nell'adulto.

Questo fatto comporta spesso un prolungamento del ricovero in ospedale, allungando il tempo di degenza, impedendo un turn over efficiente dei pazienti ricoverati, con la conseguente difficoltà di accesso per altri pazienti acuti. Il fenomeno è particolarmente penalizzante per i reparti di ortopedia, neurologia, malattie metaboliche, ma anche per quelli di medicina e di geriatria, che nell'attuale contesto sanitario devono trattare solo le fasi acute della patologia dell'anziano. Da sottolineare inoltre i rischi per la salute stessa del paziente che sono connessi a questo inappropriato uso delle risorse: basti pensare al rischio delle infezioni ospedaliere, ed al rischio di sviluppare una sindrome da allettamento, che le strutture per acuti – avendo ormai una mission molto diversa da quella che le caratterizzava fino a pochi lustri fa – sono poco adatte a prevenire.

D'altra parte un rientro precoce a domicilio è spesso difficoltoso e improponibile, in particolare quando le necessità assistenziali e riabilitative sono di livello tale da non poter essere assicurate nel primo periodo dopo la dimissione, o l'anziano non ha ancora recuperato la capacità di gestirsi al proprio domicilio, perché vive solo o in un nucleo familiare debole, oppure se le condizioni cliniche o la situazione socio-assistenziale rendono opportuno valutare l'inserimento in una struttura residenziale.

Sull'altro versante si evidenzia come in molteplici occasioni il medico di medicina generale (MMG) si trovi a dover affrontare situazioni di acuzie insorte in propri pazienti soprattutto anziani difficilmente trattabili in regime domiciliare, ovvero teoricamente trattabili a domicilio ma riferite a pazienti le cui caratteristiche del domicilio e/o di contesto socio-familiare controindicano la permanenza a casa durante l'episodio morboso. In queste situazioni il MMG è stato fino ad oggi costretto a richiedere un ricovero ospedaliero che, nell'attuale evoluzione organizzativa e normativa del S.S.N., è da considerarsi inappropriato.

Si propone, pertanto, di avviare e sperimentare strutture denominate Ospedali di Comunità, in grado di dare risposta alle situazioni sopra illustrate, strutture in grado di ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti dell'ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero in ambito non ospedaliero, ovvero pazienti per i quali il MMG possa richiedere un ambiente protetto per attuare o proseguire le terapie domiciliari.

Obiettivi di questa struttura sono il consolidamento dello stato clinico generale, dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicanze e il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali. Non secondario è anche l'obiettivo di evitare ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali per l'insorgenza di difficoltà familiari e sociali ad affrontare tempestivamente le mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.

L'OSPEDALE DI COMUNITA'

Requisiti Strutturali e Organizzativi

L'Ospedale di Comunità oggetto della sperimentazione dovrà rispettare i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per le R.S.A. dal D.P.R. 14.01.1997 e dalla L.R. 22/02.

Dal punto di vista organizzativo e gestionale dipenderà dal Distretto Socio Sanitario.

In particolare la disponibilità di spazi, locali e percorsi dovrà essere adeguata per un'assistenza sanitaria di tipo medio-alto in rapporto al sistema di residenzialità extraospedaliera; i posti letto per stanza di degenza non dovranno essere più di 4; dovranno essere presenti apparecchiature sanitarie necessarie al monitoraggio clinico di base dei pazienti ricoverati, nonché alla prima gestione di eventuali situazioni di criticità insorgenti; l'assistenza riabilitativa sarà dedicata; l'assistenza farmaceutica e protesica seguirà percorsi preferenziali.

Personale

La dotazione di personale sarà adeguata in modo da consentire la funzione assistenziale prevista, coinvolgendo specifiche figure professionali. Saranno identificate dal Direttore del Distretto Socio Sanitario:

1. la figura medica cui affidare la funzione organizzativo-gestionale complessiva della struttura.
2. il responsabile operativo dell'attuazione del programma terapeutico;
3. la figura cui è affidata la responsabilità complessiva della struttura dal punto di vista igienistico, organizzativo e gestionale, compresa la gestione delle liste d'attesa.

Tali figure potranno anche in tutto o in parte coincidere, in base alle caratteristiche organizzative e demografico-epidemiologiche della realtà identificata.

La dotazione standard di riferimento per un modulo di 20 p.l. quanto al personale di assistenza nelle 24 hh., può essere determinato in 1 infermiere coordinatore, 5,5 infermieri e 7, 5 OTAA.

La funzione clinico assistenziale sarà ordinariamente garantita dal M.M.G., il cui coinvolgimento sarà definito mediante accordo con le OO.SS. dell'Area, nel rispetto dei principi e criteri direttivi di seguito richiamati:

- assistenza erogata attraverso la presa in carico della comunità dei M.M.G. della zona organizzati in modalità associative (oppure in via alternativa e subordinata, in associazione finalizzata all'assistenza in Ospedale di Comunità)
- assistenza da parte del M.M.G. a fascia oraria di presenza attiva, in orario ante e post meridiano, e fascia di disponibilità per il tempo restante dalle ore 8.00 alle 20.00
- continuità dell'assistenza 24 h su 24 garantita attraverso il coinvolgimento del Servizio di Continuità assistenziale alla realizzazione del progetto, con la presa in carico dalle 20,00 alle 8.00 di tutti i giorni, dalle ore 10.00 del sabato alle ore 8.00 del lunedì e dei giorni prefestivi e festivi.

Modalità di Ammissione

L'ammissione è riservata a due tipologie di pazienti:

1. pazienti clinicamente stabilizzati, anche con forme morbose "a lenta risoluzione", comunque assistibili in struttura di degenza intermedia, in dimissione da reparti ospedalieri, per i quali è necessario prevedere un ulteriore periodo di residenzialità temporanea con assistenza sanitaria di tipo medio-alto;
2. pazienti assistibili seguiti in assistenza domiciliare integrata che necessitino di un periodo di tutela sanitaria correlata a problematiche non altrimenti gestibili a domicilio.

Modalità di Valutazione

L'accesso avverrà previa una valutazione effettuata durante la degenza ospedaliera da un medico esperto dell'Ospedale di Comunità che compilerà una Scheda di Valutazione Multidimensionale, strumento di lavoro condiviso dagli operatori della équipe assistenziale (M.M.G., Infermiere, Assistente Sociale, Fisioterapista...) semplificata rispetto alla scheda SVAMA. La valutazione sarà comunque effettuata d'intesa con il Direttore del Distretto e servirà come primo approccio alla valutazione multidimensionale e multiprofessionale che la UVMD comunque effettuerà entro il 20° giorno successivo all'ingresso in struttura, ove sia segnalata la ulteriore necessità di usufruire degli altri servizi della rete territoriale alla dimissione.

Per i pazienti assistibili in ADI o comunque in carico al M.M.G., l'ammissione alla struttura sarà subordinata alla valutazione effettuata, anche su base documentale clinica, entro 48-72 ore dalla richiesta del MMG, dalla UVMD (mediante somministrazione di SVAMA). Entro il 20° giorno successivo all'ingresso in Ospedale di Comunità il paziente dovrà essere valutato in UVMD al fine di individuare il miglior progetto assistenziale possibile nella rete locale dei servizi per la fase di cura successiva.

Come detto sopra, è necessario che la permanenza sia finalizzata al consolidamento dei risultati terapeutici ottenuti in ospedale per acuti, oppure alla verifica di ulteriori necessità assistenziali in altre forme di assistenza territoriale, oppure alla possibilità di accoglimento in ADI. Da questo punto di vista appare fondamentale l'articolazione tra strutture ospedaliere e territoriali e il ruolo dell'approccio riabilitativo.

In fase di prima applicazione saranno selezionate prioritariamente le proposte di sperimentazione organizzativa delle Aziende U.L.S.S. n. 1 Belluno, 12 Veneziana, 22 Bussolengo in quanto collocate in aree di specifico interesse (lagunare e montana) e n. 16 Padova per la chiusura dell'ex Ospedale Geriatrico, interessate a processi di riconversione o dismissione di funzioni ospedaliere, anche per avere l'opportunità di acquisire esperienze e conoscenze utili su una soluzione organizzativa diversa e innovativa, diretta a rendere più appropriata e a costi contenuti una modalità di assistenza qualificata, di norma in favore degli anziani polipatologici, peraltro nel rispetto di alcune modalità attuative in seguito specificate.

Pertanto si propone:

1. di selezionare le sperimentazioni organizzative entro la data del 31/12/2004, richieste con deliberazione dei Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. n. 1 Belluno, 12 Veneziana, 22 Bussolengo in quanto collocate in aree di specifico interesse (lagunare e montana) e n. 16 Padova per la chiusura dell'ex Ospedale Geriatrico, ritenute congruenti rispetto agli indirizzi e determinazioni della programmazione socio-sanitaria regionale quanto a processi di riconversione o dismissione di funzioni ospedaliere e approvarle con provvedimento di Giunta regionale;
2. di prescrivere le modalità attuative di seguito elencate:
 - riservare in via prioritaria l'ammissione in struttura a persone anagraficamente residenti in Comuni dell'Azienda U.L.S.S.;
 - consentire la permanenza in struttura per un periodo sino a 60 giorni continuativi, non prorogabili, tale da far rilevare un elevato indice di rotazione;
 - valorizzare la tariffa onnicomprensiva giornaliera entro l'importo di € 95,00 (novantacinque/00);
 - esonerare dal pagamento della quota parte alberghiera la persona accolta in struttura sino al 20° giorno di permanenza incluso. Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata per il rientro al proprio domicilio, eventualmente inserito in un percorso ADI o per l'accoglimento in strutture residenziali;
 - porre l'obbligo successivo del pagamento della quota parte alberghiera alla persona accolta in struttura negli importi e alle scadenze di seguito specificate:

- € 10,00.= pro die, dal 21° al 40° giorno
 - € 30,00.= pro die, dal 41° al 60° giorno
 - la quota parte alberghiera resta comunque fissata in € 10,00.= pro die, anche dopo il 40° giorno nei riguardi della persona appartenente al nucleo familiare con situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a € 13.503,60.=, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e successive modificazioni e integrazioni. La quota parte alberghiera eccedente rimane a carico delle assegnazioni di fondo indistinto dell'Azienda U.L.S.S.;
 - far carico al Direttore Sanitario dell'Azienda U.L.S.S il monitoraggio della sperimentazione organizzativa, con particolare riferimento alla permanenza media, la quale non deve superare i 60 giorni per più di due trimestri consecutivi. In tale evenienza, il Direttore Sanitario è tenuto a verificare le modalità di gestione della sperimentazione organizzativa e a proporre idonei provvedimenti correttivi;
3. di subordinare l'avvio della sperimentazione organizzativa nelle sedi prescelte alla contestuale riconversione o dismissione delle funzioni ospedaliere;
 4. di disporre che la sperimentazione organizzativa non determinerà alcun onere aggiuntivo a carico del bilancio regionale;
 5. di precisare, in riferimento all'ambito aziendale, che il numero di p.l. complessivi di residenzialità sanitaria in attivazione per la sperimentazione organizzativa, per il periodo definito, saranno da considerarsi aggiuntivi rispetto a quelli ordinariamente previsti dalla vigente programmazione regionale di settore recata dalla D.G.R. n. 751/2000 Tabella 2;
 6. di precisare altresì che la competente Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari provvederà a emettere il relativo decreto di autorizzazione all'esercizio e accreditamento temporaneo delle strutture individuate dall'Azienda U.L.S.S. interessata;
 7. di incaricare congiuntamente la Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari e la Direzione Regionale Servizi Sanitari di monitorare periodicamente la sperimentazione organizzativa.

Il Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore Vice Presidente - Assessore alle Politiche Sanitarie - Avv. Fabio Gava - incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale.

- Visto l'art. 25 della L.R. n. 5/1996;
- Vista la D.G.R. n. 3223/2002,
- Visto il P.D.L. n. 396 "Piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità. Politiche sanitarie, socio sanitarie e sociali della Regione Veneto per il triennio 2003/2005".

DELIBERA

1. di selezionare le sperimentazioni organizzative entro la data del 31/12/2004, richieste con deliberazione dei Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S. n. 1 Belluno, 12 Veneziana, 22 Bussolengo in quanto collocate in aree di specifico interesse (lagunare e montana) e n. 16 Padova per la chiusura dell'ex Ospedale Geriatrico, ritenute congruenti rispetto agli indirizzi e determinazioni della programmazione socio-sanitaria regionale quanto a processi di riconversione o dismissione di funzioni ospedaliere e approvarle con provvedimento di Giunta regionale;

2. di prescrivere le modalità attuative di seguito elencate:
 - riservare in via prioritaria l'ammissione in struttura a persone anagraficamente residenti in Comuni dell'Azienda U.L.S.S.;
 - consentire la permanenza in struttura per un periodo sino a 60 giorni continuativi, non prorogabili, tale da far rilevare un elevato indice di rotazione;
 - valorizzare la tariffa onnicomprensiva giornaliera entro l'importo di € 95,00 (novantacinque/00);
 - esonerare dal pagamento della quota parte alberghiera la persona accolta in struttura sino al 20° giorno di permanenza incluso. Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata per il rientro al proprio domicilio, eventualmente inserito in un percorso ADI o per l'accoglimento in strutture residenziali;
 - porre l'obbligo successivo del pagamento della quota parte alberghiera alla persona accolta in struttura negli importi e alle scadenze di seguito specificate:
 - € 10,00.= pro die, dal 21° al 40° giorno
 - € 30,00.= pro die, dal 41° al 60° giorno
 - la quota parte alberghiera resta comunque fissata in € 10,00.= pro die, anche dopo il 40° giorno nei riguardi della persona appartenente al nucleo familiare con situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a € 13.503,60.=, ai sensi del decreto legislativo n. 109/1998 e successive modificazioni e integrazioni. La quota parte alberghiera eccedente rimane a carico delle assegnazioni di fondo indistinto dell'Azienda U.L.S.S.;
 - far carico al Direttore Sanitario dell'Azienda U.L.S.S. il monitoraggio della sperimentazione organizzativa, con particolare riferimento alla permanenza media, la quale non deve superare i 60 giorni per più di due trimestri consecutivi. In tale evenienza, il Direttore Sanitario è tenuto a verificare le modalità di gestione della sperimentazione organizzativa e a proporre idonei provvedimenti correttivi;

3. di subordinare l'avvio della sperimentazione organizzativa nelle sedi prescelte alla contestuale riconversione o dismissione delle funzioni ospedaliere;

4. di disporre che la sperimentazione organizzativa non determinerà alcun onere aggiuntivo a carico del bilancio regionale;
5. di precisare, in riferimento all'ambito aziendale, che il numero di p.l. complessivi di residenzialità sanitaria in attivazione per la sperimentazione organizzativa, per il periodo definito, saranno da considerarsi aggiuntivi rispetto a quelli ordinariamente previsti dalla vigente programmazione regionale;
6. di precisare altresì che la competente Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari provvederà a emettere il relativo decreto di autorizzazione all'esercizio e accreditamento temporaneo delle strutture individuate dall'Azienda U.L.S.S. interessata;
7. di incaricare congiuntamente la Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari e la Direzione Regionale Servizi Sanitari di monitorare periodicamente la sperimentazione organizzativa.

Sottoposto a votazione, il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan