

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 17 del 02.03.2012

OGGETTO: Linee guida attività di ricovero ospedaliero lungodegenza post –acuzie: recepimento.

PREMESSO:

- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro-tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007, n.159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il nuovo Presidente pro-tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo Programmi operativi di cui all'art. 1, comma 88, della legge n. 191 del 2009;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dott. Mario Morlacco ed il dott. Achille Coppola sono stati nominati sub commissari ad acta con compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di rientro;
- che l'articolo 6 (Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri) del Patto della Salute 2010-2012 stabilisce che: *“Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.”*
- che il decreto del commissario ad acta per il settore sanitario della Regione Campania n. 49 del 27/09/2010 ha fissato in 3,4 posti letto per mille abitanti (di cui 0,7 per lungodegenza e riabilitazione) l'indice programmatico di posti letto sulla base del quale procedere al riassetto della rete ospedaliera campana;
- che lo stesso decreto commissariale n. 49/2010 nel fissare lo standard di posti per acuti e non, sulla base dei quali procedere al riassetto della rete ospedaliera campana, stabilisce: *“..... va tuttavia evidenziato che l'indice programmatico per i posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza deve intendersi come valore da raggiungere in un arco temporale che va oltre quello dell'attuale programmazione, omissis pertanto, si ritiene perseguibile, in un triennio, un indice programmatico per riabilitazione e/o lungodegenza di 0,5 per mille abitantiomissis ...”*.



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

CONSIDERATO:

- che l'attuazione del citato decreto commissariale ha avviato un processo di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri, orientati precipuamente a dare risposte alle emergenze cliniche, a problemi acuti, ad interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità;
- che, pertanto, si rende necessario accelerare il turn-over dei reparti per acuti migliorandone l'efficienza operativa, aumentando, contestualmente, la disponibilità di posti letto finalizzati ad accogliere, con modalità appropriate, pazienti con quadro clinico stabilizzato o in via di stabilizzazione, con iter diagnostico concluso e con terapia impostata, abissognevoli di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore;
- che tra gli obiettivi fissati dai Programmi Operativi per l'anno 2011-2012 relativamente all'azione 2.2.2 "Identificazione macro linee di intervento sulle strutture ospedaliere pubbliche e private coerentemente con le analisi del SiVeAS" è prevista la riduzione della degenza media per le prestazioni di lungodegenza e riabilitazione, coerentemente con il benchmark del SiVeAS nel biennio 2011 - 2012.
- che tra le azioni strategiche da porre in essere al fine di raggiungere gli obiettivi fissati sia dal piano di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, sia dai programmi operativi 2011-2012 è opportuno predisporre nuove linee guida per l'attività di lungodegenza post acuzie;
- che nell'ambito delle azioni strategiche innanzi citate si rende necessario, in primis, intervenire sull'assetto programmatico pubblico e privato definito dal decreto commissariale 49/2010 limitatamente all'attività di lungodegenza post acuzie (cod. 60) e riabilitazione (cod. 56) della provincia di Napoli al fine di renderlo più rispondente ai nuovi bisogni che si registrano in tale vasto territorio, in ragione sia della dell'intervenuta carenza assistenziale dell'offerta privata accreditata di lungodegenza post-acuzie (cod. 60), sia della necessità di ridurre il turnover di posti letto per acuti nei presidi pubblici della provincia di Napoli e segnatamente nell'A.O. Cardarelli di Napoli;
- che tale obiettivo è perseguibile attraverso la trasformazione di una quota di posti letto già programmati di riabilitazione (cod. 56) in altrettanti posti letto di lungodegenza post acuzie (cod. 60), ovvero tramite incremento di posti letto di lungodegenza post acuzie (cod. 60);

RITENUTO:

- che l'Agenzia Regionale per la Sanità della regione Campania (ARSAN) ha provveduto ad elaborare le linee guida regionali per la lungodegenza post-acuzie con la finalità di definire la tipologia di pazienti propria del livello assistenziale, nonché le modalità organizzative, le integrazioni funzionali, gli strumenti per la qualità dell'assistenza e la valutazione dei risultati ed in particolare a:
 - rendere uniformi modelli e metodologie applicative in tutte le strutture operanti sul territorio regionale, nonché garantire l'equità nell'accesso, l'appropriatezza delle prestazioni, l'economicità nell'utilizzo delle risorse e la qualità dell'assistenza nelle unità operative di lungodegenza (codice 60);
 - accelerare il turn-over dei reparti per acuti migliorandone l'efficienza operativa, aumentandone la disponibilità di posti letto finalizzati ad accogliere, con modalità appropriate, pazienti affetti da patologie acute abissognevoli di tempestiva assistenza ospedaliera;

*Regione Campania**Il Presidente**Commissario ad acta per la prosecuzione del**Piano di rientro del settore sanitario**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- offrire assistenza qualificata a pazienti non dimissibili, con quadro clinico stabilizzato o in via di stabilizzazione, con iter diagnostico concluso e con terapia impostata, in stretta integrazione funzionale con le unità operative per acuti di provenienza, con le strutture di riabilitazione ed i servizi territoriali, determinando, così, minor dispendio di risorse;
- che si rende necessario, per le motivazioni innanzi riportate, intervenire sull'assetto programmatico pubblico e privato definito dal decreto commissariale 49/2010, limitatamente all'attività di lungodegenza post acuzie (cod. 60) e riabilitazione (cod. 56) della provincia di Napoli, prevedendo:
 - per la rete ospedaliera privata, fermo restando il numero di posti letto già programmati, la trasformazione di 145 posti letto di riabilitazione (codice 56) in altrettanti posti letto di lungodegenza codice 60;
 - per la rete ospedaliera pubblica l'incremento della dotazione di posti letto dell'A.O. Cardarelli con 30 unità di lungodegenza post acuzie (cod. 60);
- che, per effetto di quanto innanzi riportato, il nuovo standard regionale di posti letto per mille abitanti di lungodegenza si attestata su un valore pari 0,13.

DATO ATTO:

- di dover approvare le linee guida per la lungodegenza post-acuzie di cui all'allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;
- di dover modificare quanto stabilito dal decreto commissariale n. 49/2010 in ordine al fabbisogno programmato della rete ospedaliera privata della provincia di Napoli;
- di dover modificare quanto stabilito dal decreto commissariale n. 37/2011 relativo all'approvazione del Piano attuativo dell'A.O. Cardarelli di Napoli, redatto in conformità a quanto stabilito dal decreto commissariale n. 49/2010, prescrivendo all'Azienda di provvedere ad incrementare la dotazione dei posti letto ospedalieri con 30 unità di lungodegenza post acuzie (cod. 60);

DECRETA

- di recepire le linee guida per la lungodegenza post-acuzie di cui all'allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto.
- di modificare l'assetto programmatico della rete ospedaliera privata definita dal decreto commissariale n. 49/2010 limitatamente all'attività di lungodegenza post acuzie (cod. 60) e riabilitazione (cod. 56) della provincia di Napoli, stabilendo, fermo restando il numero di posti letto già programmati, la trasformazione di 145 posti letto di riabilitazione (codice 56) in altrettanti posti letto di lungodegenza codice 60.
- di modificare il decreto commissariale n. 37/2011 relativo all'approvazione del Piano attuativo dell'A.O. Cardarelli di Napoli, redatto in conformità a quanto stabilito dal decreto commissariale n. 49/2010, prescrivendo all'Azienda di provvedere ad incrementare la dotazione dei posti letto ospedalieri con 30 unità di lungodegenza post acuzie (cod. 60).



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. n. 019 “Piano Sanitario Regionale”, n. 020 “Assistenza Sanitaria”, “Gabinetto Presidente della Giunta Regionale”, all’Azienda Ospedaliera Cardarelli, all’Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN) ed al Settore “Stampa e Documentazione” per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
On. Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole

Il Sub-Commissario
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore AGC 19
Dott. Albino D’Ascoli

Il Coordinatore AGC 20
Dott. Mario Vasco

Il Direttore ARSAN
Dott.ssa Lia Bertoli

LINEE GUIDA PER LA LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

Introduzione

Gli elevati costi di gestione degli ospedali per acuti legati alla concentrazione di tecnologie costose e di risorse umane impone un uso molto efficiente del posto letto e di limitare la degenza alla fase critica e di stabilizzazione clinica.

D'altra parte con il progressivo invecchiamento della popolazione è aumentata la prevalenza di soggetti con comorbidità multiple e di patologie che dopo una fase acuta richiedono tempi relativamente lunghi per la riabilitazione e il recupero funzionale. Di qui la necessità di predisporre strutture a minore intensità di assistenza in grado di soddisfare, a minor costo, le esigenze assistenziali di questi pazienti.

La lungodegenza postacuta (LPA) rappresenta il livello immediatamente successivo al ricovero per acuti indicato ad accogliere in modo specifico pazienti complessi/fragili in fase di stabilizzazione, ma con diagnosi e piano terapeutico impostato, che hanno necessità di svolgere un programma di recupero e/o riabilitazione che gli consente in uno - due mesi di essere dimesso dall'ospedale. L'instabilità clinica, la complessità dei pazienti e la possibilità di recupero funzionale sono le caratteristiche generali necessarie per accedere alla LPA. Oltre agli aspetti essenzialmente economici la LPA svolge funzioni specifiche non compatibili con l'assistenza in acuto. In particolare una funzione di ponte tra ospedale e territorio per favorire il reinserimento extraospedaliero e la partecipazione sociale ; questa assistenza consente infatti un maggior contatto con i familiari e l'avvio di programmi educativi finalizzati a fornire al paziente e ai suoi familiari gli strumenti per utilizzare in modo efficace i servizi territoriali, gestire al meglio la cronicità e le eventuali disabilità residue.

Oltre alle opportunità le problematiche da affrontare nella regolamentazione e programmazione della LPA in un territorio sono legate soprattutto alla definizione clinica del "paziente tipico", al controllo della variabilità di utilizzo di questo livello di cura, alle modalità con cui si promuove l'integrazione tra LPA e i livelli a maggiore e minore intensità.

Esistono ovviamente degli overlap tra i diversi livelli di assistenza per cui, anche in presenza di criteri generali di accesso, è documentata una notevole variabilità nell'utilizzo di queste strutture. Tra le cause che rivestono un ruolo importante ci sono fattori non clinici quali età, livello socioeconomico e stato coniugale. La stessa disponibilità di queste strutture rappresenta, soprattutto in carenza di alternative, un fattore indipendente di utilizzo. L'uso inappropriato comporta ovviamente ricadute negative sull'obiettivo di ridurre la degenza media negli ospedali per acuti. Per ovviare a questi rischi è opportuno pertanto che per le condizioni cliniche più

importanti per frequenza e gravità vengano definiti in dettaglio percorsi terapeutici al fine di :

- definire caratteristiche cliniche obiettive e misurabili di instabilità clinica, di dipendenza funzionale e complessità del paziente;
- individuare indicatori misurabili di stabilizzazione e valutazione del recupero
- indicare le competenze specifiche necessarie a erogare assistenza qualificata

Scopo di questo documento è definire il quadro normativo di riferimento, gli obiettivi generali, le indicazioni e la tipologia di pazienti, criteri generali e modalità di accesso e dimissione, e i principali indicatori di volume e intensità d'uso delle strutture.

Con successivi provvedimenti saranno istituiti uno o più gruppi multidisciplinari con il compito di predisporre percorsi terapeutici specifici per condizione, criteri di complessità, dipendenza e instabilità, ed indicatori di audit per la valutazione di efficacia.

Quadro normativo

Nazionale:

La legge 412 del 30 dicembre 1991 (finanziaria 1992) prevedeva una dotazione complessiva di 6 posti letto per mille abitanti, di cui lo 0,5 per mille riservato alla Lungodegenza ed alla Riabilitazione.

La legge 537 del 24 dicembre 2003 (finanziaria 1994) ha ridotto lo standard a 5,5 posti letto per mille abitanti, di cui l' 1 per mille riservato alla Riabilitazione e Lungodegenza.

Le linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione emanate dalla Conferenza Stato Regioni e pubblicate sulla G.U. del 30 maggio 1998, .124 hanno fornito ulteriori indicazioni per l'organizzazione della lungodegenza in particolare per quanto attiene l'ambito di assistenza e la tipologia di pazienti.

L'Accordo Stato – Regioni del 8.08.2001, recepito con la Legge 405/2001, ha portato la programmazione nazionale dei posti letto ospedalieri a 5 per mille abitanti, di cui il 4 per mille per acuti e l' 1 per mille di Riabilitazione e Lungodegenza.

L'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 ha portato il numero dei posti letto per mille abitanti a 4,5, senza specificare la quota spettante alla Riabilitazione ed alla Lungodegenza.

Per ultimo il patto della salute del 03.12.2009 – “Patto per salute 2010-2012” - ha ridotto ulteriormente lo standard di posti letto ospedalieri a 4 per mille abitanti di cui 0,7 dedicati a riabilitazione e lungo degenza post acuzie.

Regionale:

La DGRC del 25 maggio 2004 n. 482 con quale sono state adottate le Linee guida per la riabilitazione in Campania.

Il decreto commissariale n. 49/2010 che ha fissato in 3,4 posti letto per mille abitanti (di cui 0,7 per lungodegenza e riabilitazione) l'indice programmatico di posti letto sulla base del quale procedere al riassetto della rete ospedaliera campana. Lo stesso

decreto commissariale n. 49/2010 nel fissare lo standard di posti per acuti e non, sulla base dei quali procedere al riassetto della rete ospedaliera campana, ha stabilito che: *“..... va tuttavia evidenziato che l’indice programmatico per i posti letto di riabilitazione e/o lungodegenza deve intendersi come valore da raggiungere in un arco temporale che va oltre quello dell’attuale programmazione, omissis pertanto, si ritiene perseguibile, in un triennio, un indice programmatico per riabilitazione e/o lungodegenza di 0,5 per mille abitantiomissis ...).*

Obiettivi generali e criteri di ammissione

Funzione generale della Lungodegenza è quella di promuovere le condizioni cliniche, ambientali e sociali, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta che non consentano l’immediata dimissione, possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extraospedaliero.

Gli obiettivi principali della presa in carico del paziente in tali strutture sono:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbidità) tale da consentire la deospedalizzazione;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extraospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalla malattia;
- fornire al paziente e ai suoi familiari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.

In questa prospettiva si giustifica il fatto che l’accesso a tali aree di degenza avvenga solo da unità operative per acuti o unità di riabilitazione intensiva, nei casi in cui siano necessari ancora interventi assistenziali o riabilitativi ad un minore livello di intensività.

A modifica di quanto previsto dalle Linee guida regionali sulla riabilitazione DGRC n. 482 del 25/03/2004 e dal decreto commissariale n. 6 del 17/01/2011 non sono ammessi ricoveri dal domicilio.

Gli aspetti sopra descritti conferiscono alle strutture di Lungodegenza una particolare caratteristica di “ponte” fra ospedale e territorio, spesso con aspetti riabilitativi.

Questo comporta per tali strutture la definizione di collegamenti funzionali espliciti e condivisi con le strutture sanitarie, sociosanitarie distrettuali e con l’area della residenzialità protetta extraospedaliera, per favorire la continuità assistenziale e la effettiva praticabilità dei percorsi di reinserimento.

Una volta delineata la funzione generale della Lungodegenza ed il suo ruolo nella rete dei servizi sanitari, è altresì possibile effettuare una distinzione, al suo interno, fra due tipologie di bisogno e di offerta, che appaiono aderenti alla maggior parte delle situazioni cliniche rilevabili nella pratica quotidiana.

Tali due tipologie, pur presentando aspetti di parziale sovrapposizione, presentano alcune differenze in termini di obiettivi e strumenti operativi, e si possono pertanto schematicamente ricondurre a:

1. Funzione di Lungodegenza a valenza prevalentemente internistica, per soddisfare il bisogno di stabilizzazione clinica, di gestione delle eventuali complicanze e comorbidità, e di completamento dell'iter terapeutico come necessaria premessa alla deospedalizzazione;
2. Funzione di Lungodegenza a valenza prevalentemente riabilitativa, per un bisogno di presa in carico riabilitativa estensiva con interventi individualizzati e non erogabili in regime alternativo al ricovero. Tale presa in carico può, ove necessario, includere anche la fase di stabilizzazione clinica.

Le due funzioni innanzi riportate della Lungodegenza (prevalentemente internistica e prevalentemente riabilitativa) hanno alcuni aspetti comuni e altri che si differenziano in termini di obiettivi, struttura, setting, organizzazione delle attività e precisamente:

1. Per i pazienti con fabbisogno prevalentemente internistico, la presa in carico nell'area di degenza post-acuzie ha i seguenti obiettivi:
 - favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è raggiunta;
 - prevenire le complicanze secondarie e favorire la espressione della autonomia residua attraverso attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa;
 - informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i care givers;
 - nei casi in cui la evoluzione sia sfavorevole, definire un piano di assistenza adeguato;
 - definire e realizzare il piano di dimissione/reinserimento con criteri temporali definiti ed esplicitati nel Piano Terapeutico Assistenziale.

Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un piano terapeutico-assistenziale individuale.

2. Per i pazienti con fabbisogno prevalentemente riabilitativo la presa in carico nell'area di Lungodegenza ha i seguenti obiettivi:
 - favorire il raggiungimento della stabilizzazione clinica o mantenerla quando essa è raggiunta;
 - prevenire o limitare le complicanze secondarie, e favorire la espressione

della autonomia residua o, ove possibile, intervenire per ridurre la disabilità conseguenti alla malattia, favorendo il massimo recupero di autonomia funzionale consentito, attraverso:

- interventi riabilitativi specifici individuali di rieducazione delle funzioni sensomotorie e cognitive;
- attività di nursing dedicato a valenza riabilitativa e una organizzazione dell'intera giornata che favorisca la autonomia del paziente e la sua socializzazione (progetto riabilitativo di struttura);
- informare, sostenere e addestrare correttamente il paziente e i caregivers;
- nei casi in cui la evoluzione sia sfavorevole, definire un piano di assistenza adeguato;
- definire e realizzare il piano di dimissione/reinserimento.

Per la realizzazione di questi interventi, è necessario predisporre e realizzare un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente, ed una disponibilità ed una organizzazione degli spazi che, oltre a quelli necessari alle ordinarie attività diagnostico-terapeutico-assistenziali, permetta:

- lo svolgimento adeguato delle attività riabilitative specifiche (palestre e spazi per rieducazione funzionale);
- una adeguata integrazione del team curante e informazione e addestramento rivolto ai familiari e a quanti, a vario titolo, possono essere coinvolti nella assistenza del paziente dopo la deospedalizzazione.

E' importante inoltre sottolineare come il termine "Lungodegenza" risulti per molti aspetti poco adeguato, in quanto dà maggiore rilievo alla componente del ricovero relativa al protrarsi della ospedalizzazione al di là della fase acuta, senza essere esplicativo degli altri ben più importanti aspetti correlati con l'assistenza al paziente garantita dal ricovero in tali Unità Operative. Il termine, invece, di lungodegenza post-acuzie definisce con relativa chiarezza quel complesso di cure che vengono erogate una volta superata la fase di acuzie della malattia, che sono necessariamente caratterizzate da precisi denominatori in ordine alla successione temporale ed agli obiettivi da perseguire.

Modalità di accesso

L'unità operativa che dimette il paziente provvede alla compilazione della scheda di dimissione ospedaliera relativa al ricovero ed alla stesura di una relazione di dimissione corredata da informazioni sui problemi clinici ed assistenziali persistenti, sul piano terapeutico proposto, sui controlli specialistici programmati.

Il paziente viene preso in carico dall'equipe della struttura di Lungodegenza post-acuzie con le seguenti modalità:

1. valutazione del bisogno assistenziale del singolo paziente;
2. stesura di un programma assistenziale individualizzato con definizione dei tempi e degli obiettivi previsti;
3. valutazione periodica del programma di assistenza individualizzato.

Le strutture di lungodegenza

La durata massima della degenza è stabilita in 60 giorni con un abbattimento tariffario come definito dalla citata DGRC n. 401/2007

Il tasso di utilizzo minimo dei posti letto è del 75%, il tasso di utilizzo ottimale è del 90%.

La produzione di percorsi assistenziali e terapeutici espliciti può favorire la predisposizione di risorse umane e strutturali necessario a garantire assistenza di elevata qualità.

Modalità assistenziali

Per ogni paziente ammesso in Lungodegenza post-acuzie deve essere redatto un programma assistenziale individualizzato con l'apporto di tutte le professionalità coinvolte nella gestione del paziente. Il programma deve essere verificato a cadenza periodica.

Allee U.O. di lungodegenza è fatto obbligo adottare protocolli per la corretta gestione del paziente. Tali protocolli devono prevedere:

1. la prevenzione della sindrome da immobilizzazione (mobilizzazione attiva e passiva, massima riduzione del tempo trascorso a letto, trasferimento da letto a poltrona o carrozzella);
2. la prevenzione delle piaghe da decubito (trattamento programmato della cute, uso di letti speciali, mobilizzazione);
3. la prevenzione del tromboembolismo venoso;
4. la prevenzione delle cadute (fornitura di ausili per la deambulazione);
5. la procedure di corretta pratica assistenziale (ad esempio cateterismo vescicale);
6. la gestione degli ausili visivi e delle protesi acustiche;
7. l'assistenza per l'integrazione psico-sociale, per il trattamento con tecniche psicologiche di rimotivazione.

Nella cartella clinica particolare rilievo deve essere dato alla documentazione dell'attività riabilitativa e dell'attività infermieristica

Dimissione

La dimissione dalla struttura di Lungodegenza post-acuzie deve avvenire nel momento in cui cessa la necessità di una sorveglianza medica continuativa, conformemente alla tipologia di pazienti precedentemente riportata nel paragrafo specifico.

Ogni unità operativa di Lungodegenza post-acuzie, al fine di garantire la continuità assistenziale, deve essere dotata di una procedura di dimissione protetta in stretta integrazione funzionale con il Distretto (dimissione protetta in assistenza domiciliare, residenziale o semiresidenziale).

Contestualmente alla dimissione deve essere redatta una relazione clinica per il medico curante che deve riportare:

- 1) una sintesi dei problemi clinici che hanno condotto al ricovero nel reparto per acuti ed al trasferimento in Lungodegenza post-acuzie;
- 2) le procedure assistenziali diagnostiche, terapeutiche, riabilitative effettuate durante la degenza;
- 3) le condizioni cliniche alla dimissione;
- 4) la terapia consigliata a domicilio;
- 5) gli eventuali controlli specialistici programmati.

Trasferimento in Unità operativa per acuti

In caso di riesacerbazione della patologia di base e/o di insorgenza di complicanze l'unità di LPA deve garantire il tempestivo trasferimento in una unità operativa per acuti in grado di fornire l'assistenza più adeguata al caso.

Valutazione delle attività

La direzione aziendale nella quale sono presenti reparti di lungodegenza deve procedere, con cadenza minima annuale, anche avvalendosi di un gruppo di valutazione designato con atto formale, al monitoraggio di specifici parametri di efficacia e di efficienza.

Si suggerisce di seguito un elenco di indicatori eventualmente integrabile in base alle specificità delle singole strutture.

- 1) rapporto pazienti ricoverati con criteri di ammissione conformi alle Linee guida / totale pazienti ricoverati;
- 2) rapporto dimessi con giornate di degenza inferiori al 5 giorni/totale dimessi;
- 3) rapporto dimessi con giornate di degenza superiori a 60 giorni/totale dimessi;
- 4) rapporto dimessi con giornate di degenza superiori a 90 giorni/totale dimessi;
- 5) degenza media;
- 6) tasso di occupazione;
- 7) indice di rotazione;

- 8) indice di turn-over;
- 9) rapporto pazienti nuovamente trasferiti nel reparto per acuti di provenienza/ totale pazienti ricoverati;
- 10) rapporto pazienti trasferiti in altro reparto per acuti/totale pazienti ricoverati;
- 11) rapporto pazienti dimessi "in carico" al Distretto (Assistenza domiciliare, Residenza sanitaria assistenziale, Hospice)/totale pazienti ricoverati;
- 12) rapporto pazienti dimessi a domicilio/totale pazienti ricoverati;
- 13) rapporto pazienti deceduti/totale pazienti ricoverati;
- 14) rapporto pazienti riammessi a 6 mesi dalla dimissione/totale pazienti dimessi;
- 15) valutazione della variazione della performance funzionale e delle abilità residue all'ingresso e alla dimissione;
- 16) incidenza di piaghe da decubito;
- 17) incidenza di infezioni ospedaliere.

E' necessario inoltre che le strutture di Lungodegenza post-acuzie adottino un sistema di valutazione del gradimento complessivo dei pazienti e dei loro congiunti.