ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Olbia

PROGETTO DI AMPLIAMENTO DELL'HOSPICE DELLA ASSL DI OLBIA

GENNAIO 2019

INDICE

1.PREMESSA **3**

1.1 Riferimenti normativi: Legge 15 marzo 2010 n° 38 ..... *4*
1.2 Finalità del progetto di ampliamento dell'Hospice *5*
1.3 Analisi del Bisogno assistenziale *5*

2. COSTI INCREMENTO LETTI HOSPICE **7**

2.1 Risorse Umane all'apertura dell'Hospice *7*
2.3 Stima del costo totale per l'ampliamento dell'Hospice *8*
2.5 Vantaggi derivanti dall'ampliamento dell'Hospice *8*

1.Premessa

Le malattie oncologiche sono una priorità in ambito sanitario in ragione dei dati di incidenza (oltre 360.000 nuovi casi/anno in Italia) ma anche di prevalenza. Per il Piano Sanitario Nazionale 2011/2013 è obiettivo prioritario il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore all' interno dei percorsi assistenziali sanitari, lo stesso diritto e specificatamente tutelato dalla legge 38 del 15 marzo 2010.

In particolare è tutelato e garantito l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Tale diritto è assicurato dalle strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapie del dolore in un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, della tutela e promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e di un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia. A garanzia della continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio è opportunamente promossa la rete nazionale per le cure palliative. La rete è costituita dall'insieme delle strutture sanitarie ospedaliere, territoriali e assistenziali e delle figure professionali dedicate alle specifiche cure in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari.

Altresì nella premessa dell'ultimo Piano sanitario della Sardegna si affermava che: "Il Piano è percorso da alcune idee chiave che si ritrovano lungo tutto il documento. La prima è il lavoro di rete: in un *sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei cittadini è indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscano progetti comuni. Lavorare in rete significa lavorare in una logica di sistema, nel quale i processi centrati sulla persona garantiscono una reale presa in carico dei bisogni del paziente e assicurano la continuità dell'assistenza. Centrale è l'idea dello sviluppo delle attività territoriali: obiettivo strategico del Piano è permettere ai cittadini di trovare risposta ai propri bisogni di salute non solo nell'ospedale, ma soprattutto nel territorio di appartenenza, luogo nel quale si realizza concretamente l'integrazione fra il sistema dei servizi sociali e quello dei servizi sanitari".*

Specificatamente nell'ambito degli obiettivi di salute con riferimento alle patologie a rilevanza epidemiologica riserva attenzione alle malattie oncologiche.
Difatti il Piano ha concentrato l'attenzione su tre obiettivi strategici:

- La costituzione di una rete regionale per l'assistenza oncologica;
- Il potenziamento delle cure palliative attraverso una rete territoriale;
- Lo sviluppo di una rete per la radioterapia.

Lo stesso ha definito obiettivo strategico di programmazione garantire, l'erogazione delle cure palliative in tutto il territorio regionale, prioritariamente in regime domiciliare attraverso azioni di potenziamento e qualificazione dei servizi offerti e da integrare con l'attivazione di letti residenziali Hospice.
Le cure Palliative sono un complesso integrato di prestazioni sanitarie, tutelari, assistenziali fornite in maniera continuativa nel proprio domicilio per 24 ore al giorno a malati affetti da malattie inguaribili, in fase avanzata e terminale;
Ancora non è chiaro quanto, in molte parti del nostro Paese, si sia preso coscienza delle difficoltà di sostenere un servizio sanitario nazionale ancora caratterizzato, anche come tendenza culturale, dal ruolo dominante dell'ospedale e dell'ampio vuoto presente sul territorio in tema di strutture alternative allo stesso, ma è certo che sono recenti gli interventi diretti a risolvere concretamente il problema.
L'esigenza di cambiamento, oltre che diretta a rispondere in modo appropriato ai nuovi bisogni di assistenza delle persone, è sollecitata, però, dalla presa d'atto che il nostro sistema sanitario non è più in grado di sostenere costi in continua crescita a fronte della ridotta disponibilità di risorse.
Dovendo limitare le risorse, viene preso atto, finalmente, che a fronte di fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle cronicità, occorre fare delle scelte e assumere delle decisioni.
Non è più possibile centrare sulle tecnologie ospedaliere, risorse e risposte a tutte le malattie e infermità, ma vanno ricercate soluzioni non solo a minore impatto tecnologico ma anche più idonee a rispondere ai fabbisogni di quella quota di popolazione, che ha tenuto occupati posti letto negli ospedali in carenza di una più semplice e certamente più appropriata assistenza sanitaria e sociosanitaria.

1.1 Riferimenti normativi: Legge 15 marzo 2010 n° 38

La legge 15 marzo 2010 n° 38 tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall' art. 2 comma 1, lettera c, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, al fine di assicurare il rispetto

della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all' assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. Per tali fini le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore con equipe multidisciplinare assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia sia in regime domiciliare che in regime residenziale con le strutture Hospice.

1.2 Finalità del progetto di ampliamento dell'Hospice

Il progetto di ampliamento dell'Hospice si colloca nel programma di potenziamento della capacità di risposta residenziale della rete delle cure palliative in seguito al rilievo di persistente domanda, superiore alla capacità di ricezione della Struttura, che in molte occasioni ha portato a ricoveri impropri e/o degenze prolungate nei letti ospedalieri per acuti.

1.3 Analisi del Bisogno assistenziale

In Sardegna ogni anno circa 5000 persone muoiono di cancro (4847 nel 2014 "dati Istat) di cui 4500 necessitano di cure palliative negli ultimi 3 mesi di vita, tuttavia la rete di cure palliative appare ancora disomogenea e i letti Hospice attivi sono insufficienti. Il fabbisogno stimato per la Sardegna è di 100 posti letto Hospice di cui 30 nel Nord, dove sono stati attivati solo 8 posti dall'ASSL di Olbia nel comune di Tempio nell'aprile 2017. L'attivazione dei letti Hospice ha ampliato l'offerta e migliorato la qualità delle Cure Palliative attive nel nostro Territorio dal 2006 (Progetto ODO ASL 2 Olbia) e potenziate con il progetto CPDO (Cure Palliative Domiciliari Oncologiche del 2013. L'ASSL di Olbia per completare l'offerta della Rete di cure palliative nel Territorio ha predisposto l'apertura dei letti Hospice nel 2016 e avuto l'autorizzazione regionale all'esercizio nell'aprile del 2017. Dal 20/04/2017 al 31/12/2017 negli 8 posti letto sono stati accolti 75 pazienti per un totale di 1.695 giornate di degenza (degenza media di 23 giorni). Nel 2018 sono stati accolti 101 pazienti per un totale di 2.775 giornate degenza. Il progetto di ampliamento dei letti Hospice è conseguente all'analisi della domanda, verificatasi nel periodo di attività, che è sempre stata superiore alla capacità di offerta, nonostante la struttura operasse a pieno regime e le cure palliative domiciliari non avessero subito flessioni rispetto al 2016 e ai mesi precedenti l'apertura dell'Hospice nel 2017. Si ritiene che il problema rilevato sia conseguente ad una lieve sottostima dei letti necessari per la popolazione della nostra ASSL (8 invece dei 10 che costituiscono il fabbisogno, 0,6 ogni 10.000 abitanti) e all'assenza di letti Hospice nelle altre aree del Nord Sardegna alle quali per

quanto possibile si è comunque cercato di dare risposta. Il progetto di ampliamento dei posti letto si basa sui dati statistici, sull'attività dei 7 mesi del 2017 e dell'anno 2018 e sulla domanda inevasa per assenza di posti disponibili di cui alla tabella seguente:

Abitanti ASSL 2	**160.672**
Tumori maligni attesi ASSL 2 x anno	**900**
Pazienti in fase terminale che necessitano di Cure Palliative x anno	**450**
Pazienti che possono essere assistiti a domicilio x anno	**270**
Pazienti che necessitano di assistenza in Hospice per anno	
• pazienti gestibili solo in Hospice	100
• ricoveri per stabilizzazione clinica o sollievo della famiglia di pazienti in CPDO (circa 30% di assistiti in CPDO).	80
• Pazienti provenienti da altre ASSL	70
Totale ricoveri attesi	**250**
Degenza media attesa in giorni	**26**
Giornate degenza attese per anno in Hospice	**6.500**
Numero letti Hospice necessari	**18**

Dai dati riportati in tabella si può rilevare che sono attesi circa 180 ricoveri Hospice/anno per pazienti oncologici provenienti dalla nostra ASSL e una piccola quota di ricoveri per pazienti che provengono dalla ASSL di Sassari da cui riceviamo numerose richieste di inserimento. L'analisi del fabbisogno assistenziale si ritiene congrua per le seguenti considerazioni:

- oltre il 20% dei pazienti che necessitano di cure palliative negli ultimi 3 mesi di vita non hanno una famiglia idonea per l'inserimento in un percorso di cure palliative domiciliari.
- circa il 30% dei pazienti inseriti in CPDO necessitano di periodi di assistenza residenziale per sollievo della famiglia o trattamenti terapeutici non gestibili a domicilio.

Si ritiene inoltre che la posizione geografica di Tempio Pausania in cui ha sede la Struttura, favorisca il ricovero di pazienti provenienti da comuni confinanti della ASSL di Sassari i cui abitanti storicamente hanno sempre fatto riferimento all'Ospedale Paolo Dettori per le prime cure.

Nel Nord Sardegna attualmente è l'unico Hospice attivo ed è facilmente raggiungibile da gran parte dei comuni dell'Area Nord-Ovest di cui rimane riferimento in attesa dell'apertura di un Hospice nella ASSL di Sassari. Da diversi mesi non siamo in grado di dare risposta a richieste di aiuto di numerosi pazienti che inevitabilmente finiscono per essere ricoverati nei letti per acuti dei diversi Ospedali.

2. COSTI INCREMENTO LETTI HOSPICE

Il progetto di incremento dei letti richiede un incremento di risorse limitato se confrontato alla capacità di risposta assistenziale e al valore della produzione stimata. L'ampliamento consentirebbe di dare assistenza a circa 240 pazienti attesi per anno, rispetto ai 100 previsti nel progetto iniziale, mantenendo gli indici di qualità registrati nel periodo di apertura con ulteriore risparmio legato alla riduzione dei ricoveri ospedalieri delle Aree Socio Sanitarie di Olbia e di Sassari.

2.1 Risorse Umane all'apertura dell'Hospice

PERSONALE HOSPICE			
QUALIFICA PERSONALE	NUMERO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
MEDICI	2	75.000,00	150.000,00
INFERMIERI	8	34.000,00	272.000,00
OSS	8	22.000,00	176.000,00
TOTALE COSTO PERSONALE HOSPICE 8 letti	**18**		**624.000,00**
GIORNATE DEGENZA ATTESE			**2.920**
STIMA VALORE PRODUZIONE HOSPICE 8 letti			**876.000,00**

Come risulta dalla tabella l'incremento di risorse è limitato a un dirigente medico, in modo da garantire un turno al mattino, uno pomeridiano e la reperibilità notturna, 1 coordinatore infermieristico, 4 infermieri professionali, 3 OSS e uno psiconcologo.

Risorse umane necessarie per 18 letti.

PERSONALE HOSPICE			
QUALIFICA PERSONALE	NUMERO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTALE
MEDICI	3	75.000,00	225.000,00
INFERMIERI	12	34.000,00	408.000,00
OSS	11	22.000,00	242.000,00
PSICOLOGI	1	63.000,00	63.000,00
COORDINATORE INFERMIERISTICO	1	34.000,00	34.000,00
TOTALE COSTO PERSONALE HOSPICE	**28**		**972.000,00**
GIORNATE DEGENZA ATTESE			**6.570**
STIMA VALORE PRODUZIONE HOSPICE 18 letti			**1.971.000,00**

I **18 posti letto di Hospice** permetterebbero di erogare oltre 6.500 giornate degenza rispetto alle 2.920 erogabili attualmente, con una stima del valore di produzione di 1.971.000,00 euro rispetto agli 876.000,00 possibili con 8 posti letto (valore della giornata effettiva di degenza definita in 300,00 euro al giorno dalla RAS).

DELTA COSTO PERSONALE 8 POSTI LETTO/18 POSTI LETTO		
	NUMERO RISORSE UMANE	COSTO TOTALE
COSTO PERSONALE PER 8 POSTI LETTO	18	€ 624.000,00
COSTO PERSONALE PER 18 POSTI LETTO	28	€ 972.000,00
DELTA		€ 348.000,00

2.3 Stima del costo totale per l'ampliamento dell'Hospice

Da un punto di vista economico i costi necessari sono contenuti se rapportati all' alta intensità assistenziale delle prestazioni residenziali, il progetto non richiede infatti per il momento grossi investimenti in quanto la struttura è attiva nei locali della RSA di Tempio. La tabella seguente riassume la distribuzione dei costi di gestione della struttura.

STIMA COSTO ANNUO	HOSPICE
	Hospice 18 PL
LAVANDERIA	53.016
PULIZIA	19.715
MENSA	137.267
SMALTIMENTO RIFIUTI	2.427
UTENZE TELEFONICHE	7.000
ELETTRICITA'	60.000
ACQUA	3.000
PERSONALE	972.000
TOTALE COSTI	1.254.425

L'incremento del numero di posti letto dal punto di vista strutturale ha costo zero poiché la struttura è stata progettata, costruita e arredata per ospitare 18 pazienti in camera singola.

2.5 Vantaggi derivanti dall'ampliamento dell'Hospice

Il progetto consente di aumentare la nostra risposta a quanto disposto dalla **Legge n° 38 del 15/03/2010** che tutela e garantisce il diritto del cittadino ad accedere alle Cure Palliative erogate da équipe multidisciplinari presso strutture Hospice ma soprattutto ci consente di avere maggiore aderenza al **NUOVO PATTO DELLA SALUTE 2014 – 2016** che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza agevolando i processi di deospedalizzazione. L'attuazione del progetto inoltre permette da un punto

di vista economico gestionale una ottimizzazione dell'uso dei posti letto per acuti determinando un rilevante risparmio di spesa derivante da:

- **da un incremento del turn over dei pazienti nei reparti per acuti;**
- **aumento della valorizzazione dei DRG prodotti nel medesimo arco temporale dalle giornate degenza resesi disponibili per pazienti acuti;**

oltre che un notevole contenimento dei costi per l'erogazione delle giornate degenza che sono necessarie per garantire la continuità assistenziale specialistica per i pazienti attesi.