



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



Le sperimentazioni del Modulo Cure Intermedie in RSA

Relazione conclusiva

INDICE

1. Premessa	pag. 2
2. Strutture coinvolte nella sperimentazione	pag. 3
3. Monitoraggio: obiettivi e metodologia	pag. 7
4. Risultati	pag. 9
5. Osservazioni conclusive	pag. 12
6. Norme, atti e documenti consultati	pag. 13

1. Premessa

Le continue modificazioni sociali e demografiche, l'allungamento dell'aspettativa di vita, la trasformazione della composizione dei nuclei familiari, l'aumento delle persone sole, soprattutto anziane e spesso non autosufficienti, determinano nuovi bisogni assistenziali sociosanitari e quindi la necessità di nuovi servizi e nuovi modelli operativi.

La Toscana è da diversi anni impegnata nella revisione dei percorsi assistenziali e alcune delle criticità emerse sono relative sia alla fase che intercorre tra la dimissione ospedaliera e il rientro del paziente al proprio domicilio, sia al percorso che dal domicilio, a fronte di un riacutizzarsi delle condizioni di bisogno, porta verso un ricovero ospedaliero, spesso improprio. Le risposte ai bisogni connessi a queste fasi assumono il nome di «Cure Intermedie». Da queste considerazioni ha avuto origine la deliberazione della Giunta regionale n. 1002 del 10 ottobre 2005 «Approvazione di indirizzi per la sperimentazione di Servizi per le Cure Intermedie presso le Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e case di cura convenzionate». La complessità dei bisogni a cui si è inteso rispondere, coniugata con la fase di riordino della Sanità territoriale e l'avvio delle Società della Salute, hanno fatto ritenere opportuna una fase di sperimentazione, che permettesse un confronto dei modelli organizzativi e funzionali per la determinazione di un corretto e appropriato processo programmatico e gestionale delle Cure Intermedie. Lo scopo del progetto è stato quello di offrire un'assistenza sanitaria in ambiente "protetto" a quei pazienti le cui condizioni sono tali da non permettere un'assistenza domiciliare (per complessità di quadro clinico e per difficoltà che investono la sfera sociale), ma neppure così critiche da richiedere un ricovero ospedaliero.

Con successiva deliberazione della Giunta regionale n. 909 del 7 agosto 2017 si è provveduto a riorganizzare l'offerta di posti letto di Cure Intermedie prevedendo l'articolazione

degli interventi di assistenza intermedia residenziale in 3 distinti *setting* differenziati in base alla diversa intensità assistenziale con la quale sono organizzate le risposte alle differenti tipologie di bisogno della persona nella fase di dimissione ospedaliera. Nello specifico, per quanto riguarda il *setting* di "residenzialità assistenziale intermedia" attivabile in RSA, è stata prevista una fase sperimentale fino al 31 dicembre 2018.

Le RSA sono strutture residenziali che, pur rimanendo nell'ambito delle cure primarie, possono fornire, al pari delle case di cura, un'assistenza costante alla persona con una media medicalizzazione delle prestazioni e una maggiore attenzione, anche per i ricoveri di breve durata, agli aspetti della vita di relazione. Spesso infatti, soprattutto nei pazienti anziani, l'ospedalizzazione tradizionale peggiora la qualità della vita.

L'impiego dei servizi per le Cure Intermedie è indirizzato quindi a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale, ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per il quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e sociale, a pazienti, prevalentemente anziani, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente, ma in cui l'ospedalizzazione potrebbe essere ancora evitata. Sono erogati sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che definisce terapie, trattamenti, necessità di ricoveri. Sono orientati al recupero dell'indipendenza e al rientro dei pazienti al loro domicilio e hanno una durata limitata. Il processo assistenziale viene avviato dalla segnalazione del medico di medicina generale o dal medico ospedaliero e si articola sulle necessità del singolo utente.

Nella nostra regione le soluzioni adottate per rispondere a questo tipo di bisogno sono molto diverse, a seconda dei vari territori: si ricorre a ricoveri in case di cura, in case di cura con letti gestiti da medici di famiglia, in strutture di riabilitazione, in ospedali di comunità, in RSA (ricoveri temporanei) con o senza moduli specialistici. La scelta praticata dalle Aziende USL in collaborazione con le direzioni di Zona-Distretto/Società della Salute, è sostanzialmente condizionata dall'offerta prevalente nelle diverse realtà; ciò determina a livello regionale un quadro molto eterogeneo, con differenti risposte assistenziali, a cui si aggiunge anche una disparità di trattamento economico in relazione alla tipologia di struttura di ricovero disponibile.

2. Strutture coinvolte nella sperimentazione

Sulla base dei dati raccolti e delle rilevazioni effettuate dagli uffici regionali¹, ad oggi in Toscana sono attivi 130 posti letto di Cure Intermedie in RSA in 26 strutture².

Le Zone Distretto interessate sono 12 (Tabelle 1 e 2).

1 Fonte dati: Censimento strutture residenziali di assistenza per anziani in Toscana al 31/12/2018 effettuato dal Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria.

2 Presso la RSA Fondazione Turati - Gli Alberi di Gavinana (PT) sono presenti 20 posti letto di Cure Intermedie Setting 2 ovvero Residenzialità sanitaria intermedia ex DGR n. 909/2017 e quindi non oggetto del presente monitoraggio.

Tabella 1 – Posti letto di Cure Intermedie in RSA al 31/12/2018

Azienda USL	Zona	n. posti letto
Toscana CENTRO	Mugello	11
	Pistoiese	14
	Valdinievole	12
Toscana N-O	Alta Val di Cecina Valdera	14
	Apuane	14
	Lunigiana	16
	Valle del Serchio	18
Toscana S-E	Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	1
	Amiata Senese e Valdorcia Valdichiana Senese	6
	Aretina Casentino Valtiberina	12
	Senese	6
	Valdarno	6
TOTALE		130

Tabella 2 – Strutture con posti letto di Cure Intermedie in RSA al 31/12/2018

Azienda USL	Zona	Strutture
Toscana CENTRO	Mugello	5
	Pistoiese	1
	Valdinievole	2
Toscana N-O	Alta Val di Cecina Valdera	4
	Apuane	2
	Lunigiana	2
	Valle del Serchio	2
Toscana S-E	Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	1
	Amiata Senese e Valdorcia Valdichiana Senese	1
	Aretina Casentino Valtiberina	4
	Senese	1
	Valdarno	1
TOTALE		26

Da evidenziare che, secondo il monitoraggio condotto nel mese di agosto 2019, i posti letto sono aumentati di 3 unità e dunque la situazione aggiornata risulta la seguente:

Tabella 3 – Posti letto aggiornati al 31/08/2019

Azienda USL	Zona	n. posti letto
Toscana CENTRO	Mugello	11
	Pistoiese	14
	Valdinievole	12
Toscana N-O	Alta Val di Cecina Valdera	13
	Apuane	18
	Lunigiana	16
	Valle del Serchio	18
Toscana S-E	Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	1
	Amiata Senese e Valdorcia Valdichiana Senese	6
	Aretina Casentino Valtiberina	12
	Senese	6
	Valdarno	6
TOTALE		133

Nella successiva tabella (Tabella 4) è riportato l'elenco delle strutture con posti letto di Cure Intermedie suddivise per Azienda USL e per Zona Distretto:

Tabella 4 – Elenco RSA con posti letto di Cure Intermedie al 31/08/2019

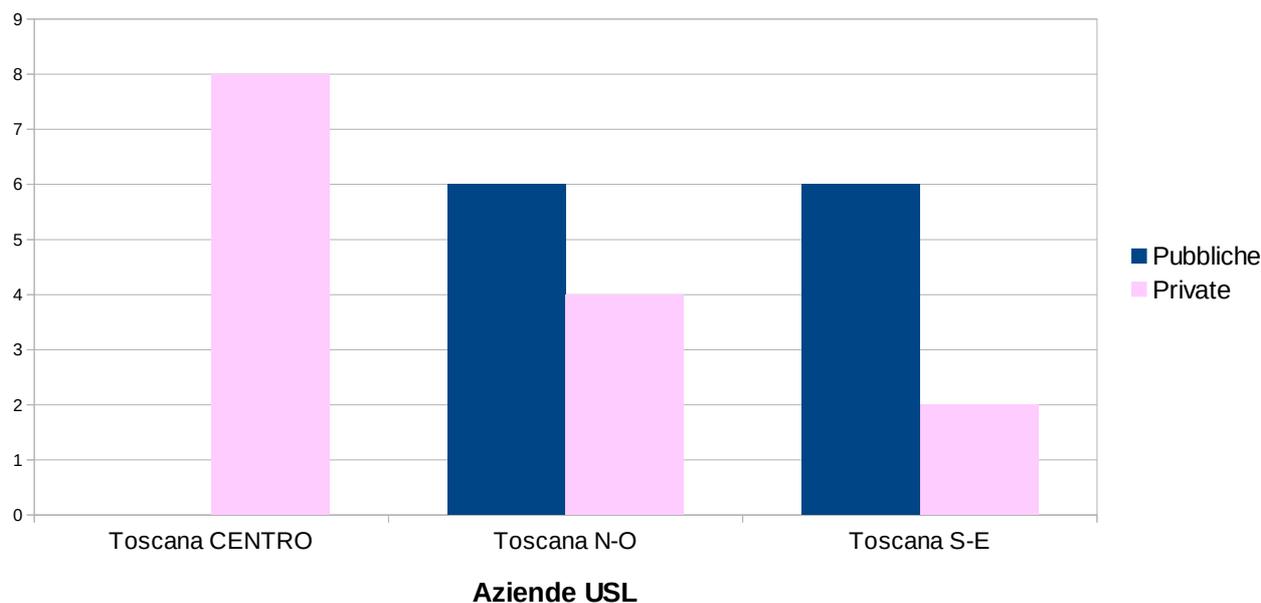
Az. USL	Zona	Nominativo Struttura	POSTI LETTO
Toscana CENTRO	Valdinievole	RSA Sereni Orizzonti Villa Bianca	6
Toscana CENTRO	Valdinievole	RSA Villa Matilde	6
Toscana CENTRO	Pistoiese	Villone Puccini	14
Toscana CENTRO	Mugello	RSA Villa Le Ortensie	2
Toscana CENTRO	Mugello	RSA Fondazione SS. Annunziata - (EXIPAB)	2
Toscana CENTRO	Mugello	RSA Villa Ersilia Marradi	3
Toscana CENTRO	Mugello	RSA Anni Azzurri (Kos Care)	2
Toscana CENTRO	Mugello	RSA Giotto\ La Villa	2
Toscana N-O	Lunigiana	Rsa Madre Cabrini	8
Toscana N-O	Lunigiana	Rsa Sanatrix Sereni Orizzonti	8
Toscana N-O	Apuane	RSA Pelù	8
Toscana N-O	Apuane	RSA Regina Elena	10
Toscana N-O	Valle del Serchio	Roberto Nobili	9
Toscana N-O	Valle del Serchio	Paoli Puccetti	9
Toscana N-O	Alta Val di Cecina Valdera	Rsa Santa Chiara	2
Toscana N-O	Alta Val di Cecina Valdera	Rsa "CASCIANA Terme"	2
Toscana N-O	Alta Val di Cecina Valdera	Rsa "CASA Leoncini Margherita"	6
Toscana N-O	Alta Val di Cecina Valdera	Rsa "CASA Di Riposo Dott. A. Giampieri"	3
Toscana S-E	Amiata Senese e Valdorcia Valdichiana Senese	Rsa Casa Famiglia Cetona	6
Toscana S-E	Senese	Rsa Caccialupi	6
Toscana S-E	Aretina Casentino Valtiberina	Casa Di Riposo Fossombroni	2
Toscana S-E	Aretina Casentino Valtiberina	RSA San Carlo Borromeo - Stia	4
Toscana S-E	Aretina Casentino Valtiberina	Rsa Poppi	4
Toscana S-E	Aretina Casentino Valtiberina	RSA Biozzi	2
Toscana S-E	Valdarno	Fabri Bicoli	6
Toscana S-E	Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	"Casa Albergo Per Anziani"	1

133

Le RSA coinvolte ad oggi nella sperimentazione sono a titolarità pubblica o privata in proporzione diversa nelle 3 Aziende USL. Nello specifico, nell'Azienda Centro sono presenti esclusivamente strutture a titolarità privata; nell'Azienda Nord-Ovest le strutture sono per il 60% pubbliche e per il 40% private mentre nell'Azienda Sud-Est il 75% delle strutture è pubblico e il 25% privato (Grafico 1).

Grafico 1

Titolare attività RSA con posti letto di Cure Intermedie al 31/12/2018



In dettaglio, complessivamente, a livello regionale, 5 strutture sono di proprietà di ASP, 3 di Azienda USL, 4 del Comune, 9 di privato e 5 di soggetti del privato sociale e ONLUS (Tabella 5).

Tabella 5 – Strutture con posti letto di Cure Intermedie per titolare attività

Az. USL	ASP	Azienda USL	Comune	Privato	Privato Sociale e		Totale
					ONLUS		
Toscana CENTRO				7		1	8
Toscana N-O	2	3	1	2		2	10
Toscana S-E	3		3			2	8
Totale	5	3	4	9		5	26

Per quanto riguarda la retta giornaliera applicata, a fronte di una indicazione contenuta nell'Allegato B alla DGR n. 909/2017 che prevede una tariffa per la Residenzialità Assistenziale Intermedia di € 119,00/die, cifra peraltro già indicata quale costo per giornata dall'Allegato "Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012" al Parere del Consiglio Sanitario Regionale n. 34/2013, la situazione è estremamente eterogenea.

Si va da una tariffa giornaliera minima di € 89,77 (Azienda USL Toscana Sud-Est) a una retta giornaliera massima di € 179,20 (Azienda USL Toscana Centro) con una media regionale di € 115,60.

Le RSA che applicano effettivamente una retta giornaliera di € 119,00 sono 9 (il 35% del totale).

Il monitoraggio effettuato nei primi mesi del 2019³ ha quindi permesso di raccogliere ulteriori dati relativi ai posti letto attivati per ogni tipologia di *setting* ad oggi prevista dagli atti regionali vigenti (DGR n. 909/2017), il tipo di gestione, la responsabilità clinica, le persone inserite nel costo dell'anno precedente, le giornate medie di degenza, la provenienza degli assistiti, la destinazione dopo la dimissione e la tariffa giornaliera applicata.

Relativamente al *setting* Residenzialità Assistenziale Intermedia (RSA) il monitoraggio sopra richiamato ha evidenziato che in tutte le strutture la responsabilità clinica del paziente è in capo al medico di medicina generale.

Dal 01.01.2018 al 31.12.2018 risultano transitate in questa tipologia di *setting* 1.695 persone con una degenza media che va da un minimo di 12,27 giorni a un massimo di 50 giorni, una media di 20,54 giorni e una mediana di 18,16 giorni.

Delle persone inserite 1.396 provengono dall'ospedale (82,2%), 270 dal domicilio (15,9%) e 32 da altro (1,9%).

Per quanto riguarda la destinazione dopo la dimissione, 989 persone sono tornate al proprio domicilio (65,4%), 231 sono state inserite in RSA (15,3%), 168 sono state ricoverate in ospedale (11,1%), 91 sono decedute (6,0%) e 33 sono state inviate in altri contesti (2,2%).

3. Monitoraggio: obiettivi e metodologia

L'attività di monitoraggio dei servizi di Cure Intermedie attivati presso le RSA realizzata nel secondo semestre 2019 ha risposto alla finalità di raccogliere elementi e caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali delle diverse realtà operative sul territorio regionale, nonché fornire indicazioni per il passaggio dalla fase sperimentale alla fase di regolamentazione a regime e contribuire alla formulazione delle proposte di modifica della normativa vigente, al fine di aggiornare il quadro normativo regionale, recependo gli esiti più significativi evidenziati.

Il monitoraggio⁴ si è sostanziato attraverso la raccolta di informazioni aggiuntive rispetto a quanto già censito dagli uffici regionali nei primi mesi del 2019 e illustrato nel paragrafo precedente, andando ad approfondire alcuni aspetti al fine di conoscere, descrivere e verificare i processi di attivazione dei servizi di Cure Intermedie, attenzionando gli aspetti strutturali, organizzativi, funzionali e di attività delle sperimentazioni.

Gli strumenti adottati a questo fine sono stati principalmente **questionari e report strutturati** mirati a raccogliere le informazioni necessarie e rappresentare i livelli di attività dei servizi nel corso della sperimentazione.

La documentazione raccolta, insieme a quanto già sistematizzato attraverso precedenti rilevazioni, ha rappresentato la fonte informativa primaria a disposizione degli uffici regionali per poter effettuare le valutazioni di competenza sulla sperimentazione in corso.

In riferimento ai posti letto attivati in RSA, in aggiunta alle rilevazioni già concluse, per quanto riguarda gli **aspetti strutturali**, l'attività di monitoraggio ha permesso di conoscere:

1. La dotazione (quantità e tipologia) personale assegnato ai servizi di Cure Intermedie: I.P., OTA, OSS, Fisioterapista, Medico
2. La collocazione strutturale delle unità di Cure Intermedie: separazione funzionale o strutturale
3. L'attivazione/destinazione posti letto per patologie specifiche
4. Le attività sanitarie presenti nel presidio (es. ambulatori specialistici).

3 Fonte dati: Rilevazione stato di applicazione della Delibera n. 909 del 07.08.2017 "Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera"- dati al 31/12/2018 - effettuato dai Settori Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e Organizzazione delle cure e percorsi cronicità.

4 Monitoraggio effettuato dal Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria nel 2° semestre 2019.

Per quanto riguarda gli **aspetti funzionali e organizzativi**, sono stati oggetto di monitoraggio i seguenti domini:

1. Modalità di accesso alla struttura (autorizzazione): chi effettua la richiesta, chi autorizza
2. Modalità di comunicazione tra MMG, Zona distretto, Ospedale e Struttura, Servizi Sociali (fax, contatto telefonico, rete internet ecc.)
3. Modalità di segnalazione e richiesta ricovero da Ospedale o MMG: strumenti valutativi unici
4. Responsabilità clinica del paziente: MMG, Medico Casa di Cura, altro (es. medico richiedente ricovero)
5. Attività riabilitazione: Presente / Assente
6. Modalità Accesso a diagnostica e specialistica: protocolli specifici di accesso
7. Distribuzione farmaci ad alto costo e ausili speciali: protocollo con azienda
8. Protocolli specifici per posti letto di Cure Intermedie: es. emergenze, gestione chemioterapici, ecc.
9. Cartella clinica (documentazione) unica del paziente: (Si, No)
10. Integrazione con UVM: modalità
11. Integrazione con Servizio Sociale: modalità.

Considerato infine che, ai sensi della L.R. n. 40/2005 e ss.mm.ii., le Aziende USL, le Società della Salute e i soggetti comunque individuati dalla vigente normativa quali enti deputati alla programmazione degli interventi socio-sanitari e socio assistenziali, attraverso gli strumenti di loro competenza, così come previsto dalla normativa vigente, hanno la funzione di indirizzo e di governo finalizzata alla definizione delle linee della programmazione operativa e attuativa del territorio, all'interno della quale si inserisce anche la risposta erogata attraverso il servizio di Cure Intermedie, è stato richiesto di delineare le modalità con cui si prevede di **stimare il fabbisogno aziendale** di tali posti letto in RSA.

Tale programmazione, nel definire gli obiettivi di salute a livello aziendale, doveva tener presente l'obiettivo di realizzare una rete di servizi ed interventi in grado di rispondere ai bisogni accertati e migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone con patologie croniche o non autosufficienti definendo le risorse allocate, pianificando il fabbisogno relativo all'offerta assistenziale e la definizione degli strumenti di monitoraggio e valutazione, in coerenza con le disposizioni regionali e in un'ottica di omogeneizzazione dei servizi a livello regionale.

La valutazione finale dei risultati della sperimentazione, coerentemente agli obiettivi generali e specifici della stessa, ha richiesto la disponibilità di informazioni minimamente omogenee in modo da produrre una precisa analisi dell'offerta esistente sul territorio regionale, che tenesse anche conto dei livelli di appropriatezza della stessa in relazione ai profili clinici e assistenziali delle persone in carico, come momento propedeutico ad una valutazione del fabbisogno di posti letto e in considerazione del fatto che tale processo debba essere compiuto nell'ambito e nel rispetto dei modelli della programmazione integrata e debba tenere conto dei livelli di spesa sostenibili da parte del SSR.

A fronte dunque di una valutazione positiva sui risultati conseguiti in termini di efficacia, efficienza ed economicità nonché sugli esiti rispetto all'appropriatezza assistenziale e alla sostenibilità per il sistema dei servizi si procederà alle necessarie modifiche del Regolamento approvato con Decreto del Presidente della Giunta regionale 2/R del 09/01/2018 attuativo dell'articolo 62 della L.R. 41/2005 per l'inserimento del modulo Cure Intermedie tra quelli attivabili in RSA, dando mandato alle Società della Salute, Zone Distretto e Aziende USL della Toscana, in qualità di enti gestori delle sperimentazioni in questione, di porre in essere tutti gli interventi di competenza atti ad assicurare la realizzazione degli adeguamenti strutturali e/o organizzativi

necessari per consentire la successiva messa a regime dei percorsi assistenziali in corso di sperimentazione.

4. Risultati

Al 20/08/2019 risultava pervenuta presso i competenti uffici della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, la documentazione relativa alla sperimentazione di servizi di Cure Intermedie in RSA di 12 Zone distretto/SdS per un totale di 26 esperienze attivate, coerentemente con le rilevazioni effettuate nei mesi antecedenti.

Come delineato nel precedente paragrafo 3, il monitoraggio oggetto della presente analisi ha riguardato sia gli aspetti strutturali che gli aspetti funzionali e organizzativi delle sperimentazioni attivate partendo dalla dotazione (quantità e tipologia) del personale assegnato al servizio. L'assenza di un dato analitico minimamente omogeneo relativamente al personale non ha consentito la costruzione di un database confrontabile e l'analisi condotta e rappresentata nel presente report presenta necessariamente un carattere di frammentarietà.

Il dato comune rispetto alla **dotazione di personale**, che comunque non è in alcun caso assegnato esclusivamente ai posti letto di Cure Intermedie, è la presenza di personale infermieristico sulle 24 ore, ma non si riscontra alcuna convergenza né sulla tipologia, né sul monte ore di ciascuna figura impiegata. Un dato che pare essere comune a tutte le sperimentazioni oggetto del monitoraggio è che le ore di assistenza sono commisurate ai parametri previsti per i posti di modulo base (evidentemente per la mancanza di indicazioni specifiche in materia nelle disposizioni previgenti).

Per quanto riguarda la **collocazione strutturale** dei posti letto di Cure Intermedie all'interno della RSA, in tutti i casi si è adottata la soluzione della separazione funzionale rispetto ai posti letto di modulo base o di altri moduli specialistici presenti in struttura, presumibilmente a causa dell'esiguità dei numeri.

In tutti i casi si registra la mancata attivazione o destinazione di posti letto per **patologie specifiche** tranne in uno (RSA Anni Azzurri Beato Angelico, SdS Mugello) dove viene segnalata la possibilità di isolamento funzionale per sepsi specifica.

Per quanto concerne la presenza nel presidio di **attività sanitarie ulteriori** rispetto all'ordinario, in 8 casi su 26 è stata fornita una risposta positiva: si registra la presenza di uno specialista dedicato in 5 casi (RSA Madre Cabrini e RSA Sereni Orizzonti, SdS Lunigiana, RSA Regina Elena, Zona Apuane, RSA Villa Matilde, SdS Valdinievole, RSA Anni Azzurri Beato Angelico, SdS Mugello) e in quest'ultima anche dello psicologo mentre in un caso (RSA Villa Ersilia Marradi, SdS Mugello) viene segnalata la presenza della Palestra territoriale di Logopedia aziendale e la Palestra territoriale di Riabilitazione funzionale aziendale. In una delle due RSA della Zona Valle del Serchio viene segnalata la presenza dell'ambulatorio del MMG mentre nell'altra è presente un Punto di Continuità Assistenziale aperto dal venerdì sera al lunedì oltre che durante eventuali festività infrasettimanali.

Rispetto alle **modalità di accesso**, chi effettua la **richiesta di ricovero** in posto letto di Cure Intermedie è nella maggioranza dei casi l'ospedale o il MMG. In 7 Zone/SdS viene indicata anche l'ACOT come possibile soggetto richiedente mentre in una SdS la richiesta può pervenire anche da strutture riabilitative presenti sul territorio. Interessante sottolineare che nella Zona Apuane la richiesta di ricovero perviene solo da ACOT mentre nella SdS Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana solo dal MMG.

L'**autorizzazione al ricovero** nella maggior parte dei casi viene rilasciata dall'ACOT. Nella SdS Lunigiana e nella Zona Apuane è il Direttore di Zona/SdS che autorizza il ricovero. Nelle SdS Pistoiese, Valdinievole e Amita Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese è invece il Medico di Comunità che rilascia l'autorizzazione e, in dettaglio, nella SdS Valdinievole questo avviene tramite

comunicazione inviata alla struttura, all'ACOT, ai servizi territoriali competenti, al medico di medicina generale ed al riferimento aziendale per la gestione economica dei posti letto di Cure Intermedie.

La **comunicazione** tra MMG, Zona distretto, Ospedale, struttura e Servizi Sociali avviene in tutti i casi utilizzando tutti i canali disponibili (contatto telefonico, fax, rete internet) e spesso anche attraverso contatti diretti.

La segnalazione dei casi e la richiesta di ricovero dall'ospedale o da parte del MMG non è accompagnata da **strumenti valutativi unici**: nel caso in cui la segnalazione provenga dall'ospedale viene utilizzata sempre la "Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa" approvata con deliberazione della Giunta regionale n. 679 del 12 luglio 2016 (così come aggiornata dalla successiva deliberazione della Giunta regionale n. 995 del 10 settembre 2018) e pensata per l'utilizzo da parte dell'ACOT, mentre se la segnalazione proviene dal territorio (MMG) nella Zona Valle del Serchio ci si attiene ad una ricetta SSN dello stesso MMG, nella SdS Valdinevole è stata predisposta una scheda di segnalazione che lo stesso MMG deve inviare al medico responsabile dell'ACOT per valutazione. Tale scheda contiene: i dati del paziente, i recapiti di un familiare di riferimento, motivazione clinica per cui si richiede inserimento in Cure Intermedie, obiettivi previsti, patologie principali, bisogni infermieristici presenti, accertamenti diagnostici programmati, terapia farmacologica in corso. Questa modalità di attivazione del percorso dal territorio è stata condivisa con i coordinatori di AFT ed è in fase di diffusione. Nella SdS Alta Val di Cecina Valdera, nel caso di segnalazione da parte del MMG viene effettuata una valutazione delle condizioni cliniche, infermieristiche e sociali dell'assistito mentre nella Zona distretto Valdarno si ha solo un contatto telefonico da parte del MMG. Nella SdS Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana la segnalazione da parte del MMG deve seguire il percorso di presa in carico dell'anziano non autosufficiente e quindi passare dal Punto Insieme mentre nella SdS Mugello il MMG effettua la richiesta tramite una modulistica cartacea non specificata.

La **responsabilità clinica** del paziente è in tutti i casi del MMG.

L'**attività di riabilitazione** è presente in 22 casi su 26 (non lo è nelle 4 strutture censite nella Zona Aretina Casentino Valtiberina).

Rispetto alla **modalità di accesso alla diagnostica specialistica**, nella maggior parte dei casi non è stata segnalata l'esistenza di protocolli specifici (in linea di massima le visite specialistiche vengono richieste dal MMG secondo la prassi; nella SdS Amia Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese si segue lo stesso iter del paziente a domicilio e quindi con prenotazione tramite CUP e interfaccia con gli sportelli ticket e nella SdS Pistoiese viene indicata la modalità delle relazioni informali mediate dal MMG) tranne per 3 strutture della SdS Alta Val di Cecina Valdera dove viene evidenziata l'esistenza di un protocollo tra Cure Primarie e Radiologia per facilitare l'esecuzione di esami radiografici in urgenza (nella richiesta viene apposto il timbro delle Cure Intermedie) e che consente un percorso specifico con la Radiologia (per radiografie e ecografie). Nella Zona Valle del Serchio viene segnalata la medesima priorità dei reparti ospedalieri, come da specifico regolamento.

Per quanto concerne l'esistenza di protocolli con l'Azienda USL di riferimento rispetto alla **distribuzione di farmaci ad alto costo e di ausili speciali**, nella maggior parte dei casi è stata fornita risposta negativa tranne nel caso della Zona Valle del Serchio dove per i farmaci ad alto costo e i farmaci ospedalieri si ricorre alla richiesta personalizzata autorizzata dal Medico U.F. Cure Primarie, Intermedie e Residenzialità mentre per gli ausili speciali il MMG o gli specialisti a seconda della tipologia, provvedono alla richiesta e delle SdS Pistoiese e Mugello senza però specificare la modalità di attuazione.

Emerge invece che nella totalità dei casi non esistono **protocolli specifici per i posti letto** di Cure Intermedie relativamente alle emergenze, alla gestione dei chemioterapici, ecc. Nella SdS Pistoiese i protocolli specifici non risultano formalizzati ma sono comunque in atto.

Rispetto alla **visita tempestiva del MMG** al momento dell'ammissione dell'assistito, in circa la metà dei casi non viene segnalata la presenza di protocolli specifici. Nella Zona Valle del Serchio si richiama il Regolamento aziendale degli Ospedali di Comunità; nella SdS Senese si specifica che il MMG apre la cartella clinica del paziente nell'arco della giornata di ammissione; nelle altre Zone si fa riferimento a un contatto (telefonico o per email) con cui si segnala al MMG l'accesso in struttura dell'assistito con richiesta di visita di ammissione. Nella SdS Alta Val di Cecina - Valdera viene specificato che la segnalazione al MMG avviene da parte dell'ACOT.

Per quanto riguarda l'**offerta di ulteriori servizi accessori di continuità** in affiancamento e completamento al servizio di Cure Intermedie, nei casi di risposta affermativa si richiamano: l'assistenza domiciliare e la possibilità di ricovero in RSA previa valutazione dell'UVM, i buoni servizio finanziati dal programma operativo regionale (Por) del fondo sociale europeo (FSE) 2014-2020 asse B, "Inclusione sociale e lotta alla povertà" attività B.2.1.3.A, "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia", il Modulo di Continuità Assistenziale (Mo. di C.A.) nella realtà della Zona Valdarno, altri servizi attivati da ACOT.

Tutte le Zone monitorate confermano l'esistenza di una **cartella clinica unica del paziente**.

Relativamente alla **modalità di integrazione con la UVM**, nella SdS Lunigiana dopo la stesura del PAI in struttura, se il Gruppo di Progetto lo ritiene opportuno, attiva l'UVM; in quasi tutti gli altri casi è l'ACOT che, così come previsto dalle disposizioni in materia, in caso di bisogno socio-assistenziale complesso, attiva l'UVM con le diverse modalità (contatti diretti, email, contatti telefonici). Talvolta la segnalazione è anticipata da parte dell'assistente sociale dell'ACOT mentre talvolta si ha l'intervento diretto dell'operatore dell'ACOT in RSA o viceversa. Nella SdS Pistoiese avviene un passaggio di consegne da ACOT a UVM al momento dell'invio del paziente in Cure Intermedie. Nella Zona Valle del Serchio si richiama anche il Punto Insieme come tramite per la segnalazione dei casi complessi tra la struttura e l'UVM. Nella Zona Valdarno i pazienti ricoverati nei posti letto di Cure Intermedie vengono segnalati direttamente al PUA e poi valutati in UVM. Infine la SdS Valdinievole ha dettagliato circostanziatamente la modalità di integrazione con la UVM specificando che gli ingressi in Cure Intermedie che sono associati a motivazioni di tipo sociale sono valutati dall'assistente sociale dell'ACOT che fornisce all'utente e/o ai suoi familiari le informazioni relative ai percorsi socio-sanitari presenti e alle modalità con cui accedervi, tra cui la richiesta di valutazione socio-sanitaria della commissione UVM in caso di anziano non autosufficiente. Se si verificano le condizioni per una valutazione socio-sanitaria di ufficio, anche durante il periodo di degenza in Cure Intermedie, può essere effettuata la valutazione socio-sanitaria in modo da elaborare un progetto assistenziale personalizzato da attivare in continuità con l'uscita dalle Cure Intermedie. Per utenti già in carico all'UVM, gli operatori che seguono il caso sono informati dell'ingresso in Cure Intermedie del loro assistito, in modo da poter mettere in atto le necessarie modifiche al progetto assistenziale attivo.

Per quanto concerne le **modalità di integrazione con il Servizio Sociale**, praticamente in tutti i casi viene richiamata l'ACOT che, attraverso i canali previsti e solitamente da parte dell'Assistente Sociale che ne fa parte, si mette in contatto con l'Assistente Sociale di riferimento dell'assistito. In alcuni casi si richiama l'Assistente Sociale presente direttamente in ACOT come componente. La SdS Lunigiana precisa che l'Assistente Sociale fa parte dell'equipe che elabora il piano assistenziale personalizzato e che la SdS stessa gestisce l'assistenza socio/sanitaria e socio/assistenziale in modo integrato. La SdS Valdinievole ha delineato in modo particolareggiato la modalità di integrazione con il Servizio Sociale precisando che gli ingressi in Cure Intermedie che sono associati a motivazioni di tipo sociale sono valutati dall'assistente sociale dell'ACOT che fornisce all'utente e/o ai suoi familiari le informazioni relative ai percorsi sociali presenti e alle modalità con cui accedervi. Se si verificano le condizioni per una valutazione sociale di ufficio, anche durante il periodo di degenza in Cure Intermedie, può essere effettuata la valutazione sociale in modo da elaborare un progetto assistenziale personalizzato da attivare in continuità con l'uscita dalle Cure Intermedie. Gli ingressi in Cure Intermedie di utenti già in carico ai Servizi Sociali

vengono segnalati agli operatori che seguono il caso in modo da mettere in atto eventuali modifiche sul progetto assistenziale.

Infine, rispetto alle principali **criticità gestionali** segnalate, anche in rapporto all'ospedale di provenienza, si evidenzia innanzitutto il problema legato alle dimissioni da presidi ospedalieri fuori regione. Una problematica piuttosto diffusa risulta quella della fornitura di farmaci alla dimissione del paziente dall'ospedale che spesso non perviene alla struttura e legata a questa viene evidenziata la difficoltà nell'approvvigionamento tramite la farmacia ospedaliera. Viene segnalato anche il fatto che le prescrizioni di Ossigeno spesso sono mancanti. Spesso viene effettuata la distribuzione diretta dal reparto ma occasionalmente viene fornita una quantità inferiore a quanto necessario per l'approvvigionamento dalla farmacia interna. Viene segnalata anche l'impossibilità di somministrazione di farmaci ospedalieri per l'assenza di procedura aziendale. Tutto ciò ovviamente comporta una conseguente difficoltà nel garantire continuità terapeutica all'accesso in struttura. Alcune Zone hanno dettagliato maggiormente le criticità rilevate ovvero in un caso si segnala il ritardo nella segnalazione di ricovero in Cure Intermedie, inferiore alle 24 ore previste da protocollo e frequentemente in prossimità dell'arrivo del paziente in struttura e si rileva incompletezza della documentazione clinica, scheda terapia assente o non corrispondente a quella in atto. Viene altresì segnalato il mancato invio di farmaci particolari per i quali il protocollo prevede la fornitura da parte dell'ospedale per i primi tre giorni di ricovero in Cure Intermedie, considerata la probabilità che la struttura non ne abbia di scorta ed i tempi necessari per approvvigionamento. Un'altra Zona evidenzia che la disponibilità di posti letto richiederebbe una maggiore flessibilità in modo da rispondere alla variabilità del fabbisogno espresso dai reparti ospedalieri in fase di dimissione (spesso infatti la disponibilità dei posti letto previsti da parte delle strutture del territorio risulta discontinua) e segnala come problematica anche la gestione di richieste di proroghe da parte di MMG e degli stessi utenti. Altra criticità è rappresentata dalle dimissioni effettuate il venerdì o nei giorni prefestivi in assenza del MMG e comunque talvolta l'arrivo in tarda serata dei pazienti rende difficile l'accesso tempestivo del MMG. Si riporta anche la segnalazione del mancato rispetto dei tempi di trasferimento dall'ospedale e il mancato invio di documentazione sanitaria adeguata. In particolare al momento dell'accesso in struttura, talvolta dal reparto non viene inviata la lettera di dimissione ospedaliera e spesso si registra la difficoltà nella chiusura delle cartelle cliniche a seguito della dimissione per il mancato accesso del MMG. Altra criticità infine è rappresentata dal fatto che il paziente in dimissione viene inserito in Cure Intermedie con la richiesta di controlli specialistici senza però che gli stessi siano stati prenotati al momento della prescrizione.

5. Osservazioni conclusive

L'invecchiamento della popolazione e l'emergenza della fragilità connessa alle condizioni croniche ha riportato l'attenzione sul presidio dei servizi per la stabilizzazione e il recupero funzionale del paziente che sempre più si collocano in un spazio di confusione e sovrapposizione tra le diverse soluzioni definite come post acuzie e le Cure Intermedie, laddove presenti. Le scelte di presa in carico per la stabilizzazione, in questo momento in Toscana, risultano determinate dall'offerta piuttosto che dalla domanda e dal bisogno assistenziale.

E' stato necessario uno sforzo analitico descrittivo per comprendere cosa sta accadendo sul territorio regionale per leggere soprattutto quanto i diversi ambiti territoriali hanno messo in campo in tempi recenti in cui la divaricazione tra le diverse configurazioni è assai ampia. Di conseguenza, si intuisce che la tassonomia, i contenuti, i target e le regole di funzionamento di tali servizi possano essere fisiologicamente eterogenei poiché sono chiamati a intermediare due poli (l'ospedale e il territorio) molto differenti tra zona e zona.

La programmazione sul territorio dei posti letto di Cure Intermedie una volta a regime dovrà dunque essere orientata al superamento della visione retorica che relegava la gestione delle

condizioni croniche al territorio e di quelle acute all'ospedale. Le Cure Intermedie oggi colmano il bisogno assistenziale delle cronicità a largo spettro, mostrando piuttosto il rischio di diventare una soluzione unica al "fallimento" tanto della riorganizzazione dell'ospedale quanto dei servizi territoriali, essendo esse stesse definite in modo ambiguo dal decreto ministeriale 70/2015 come una formula di servizio territoriale (extraospedaliera) a vocazione sanitaria.

Gli obiettivi delle sperimentazioni effettuate sono stati essenzialmente tre: facilitare la dimissione precoce e tempestiva, ovvero funzione sub-acuta in dimissione delle Cure Intermedie; evitare i ricoveri non necessari e quindi inappropriati, ovvero funzione sub-acuta in ingresso delle Cure Intermedie; ridurre l'utilizzo evitabile della lungodegenza e della istituzionalizzazione (riducendo le sindromi da immobilizzazione, il disorientamento dell'anziano fino alla demenza ecc.).

All'interno del quadro eterogeneo precedentemente descritto, nel quale vengono fornite le risposte di Cure Intermedie adeguate, è fondamentale per la sicurezza del paziente garantire standard minimi, affinché, una volta a regime, i pazienti possano ricevere lo stesso tipo di trattamento qualitativamente e quantitativamente adeguato al bisogno di salute su tutto il territorio regionale. Anticipando sinteticamente quanto è dettagliato più accuratamente nel documento "Attivazione modulo Cure Intermedie in RSA", dovranno sicuramente essere previste l'assistenza infermieristica sulle 24 ore, la gestione interdisciplinare dell'assistito e essere definita la responsabilità clinica medica.

E' indispensabile inoltre definire le relazioni fra le fasi di vita delle persone assistite prima e dopo il periodo di Cure Intermedie (rapporti con ospedale/servizi territoriali/fondo non autosufficienza) e realizzare il passaggio da una fase all'altra tramite strumenti semplici, rapidi e condivisi, garantendo la reale presa in carico degli utenti da parte del sistema attraverso appropriati percorsi di salute.

6. Norme, atti e documenti consultati

DGR 10 settembre 2018, n. 995 DGR n. 679/2016 - Agenzia di Continuità Ospedale - Territorio: aggiornamento della scheda di valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa.

L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 – Il Tempo delle risposte. A cura di NNA (Network Non Autosufficienza) – Cap. 5 Le cure intermedie di Franco Pesaresi.

DGR 7 agosto 2017, n. 909 Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera.

DGR 12 luglio 2016, n. 679 Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Il Sole 24 Ore Sanità Toscana - supplemento al n. 24 anno XVI del 25 giu.-1 lug. 2013 – Via libera della Giunta ai progetti di "assistenza ponte" nel territorio. Cure intermedie allo starter. Primi obiettivi: le dimissioni precoci e i trattamenti a bassa intensità di Piero Salvadori.

DGR 3 giugno 2013, n. 431 DGR 47/2013. Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva.

Parere del Consiglio Sanitario Regionale n. 34/2013 "Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012"

DGR 28 dicembre 2012, n.1235 DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo

Parere del Consiglio Sanitario Regionale n. 22/2011 "Cure intermedie"

DGR 22 marzo 2010, n. 370. Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente".

Il Sole 24 Ore Sanità Toscana - supplemento al n. 43 anno VIII dell'8-14 novembre 2005 - Parte la sperimentazione che fino al 31 marzo 2006 coinvolge le residenze sanitarie e le case di cura convenzionate della Regione. Terza età, la Rsa apre le porte alle cure intermedie. Medici di famiglia e ospedalieri potranno chiedere il ricovero nei casi in cui i pazienti non possono essere seguiti a casa di Michele Lanzi

DGR 10 ottobre 2005, n. 1002. Approvazione indirizzi per la sperimentazione di "Servizi per le cure intermedie" presso le R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali) e le Case di cura convenzionate.

DGR 26 aprile 2004, n. 402. Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delib. C.R.T n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle R.S.A.