

ATTIVAZIONE MODULO CURE INTERMEDIE IN RSA**Premessa**

L'invecchiamento della popolazione, caratteristica consolidata dei paesi sviluppati, sta modificando il quadro di morbilità e richiede un adeguamento delle risorse assistenziali, sia a livello clinico che organizzativo-gestionale. La popolazione anziana, che rappresenta la fascia di popolazione a maggior rischio di cronicità, di 65 anni e più, fra il 2015 e il 2065 crescerà dal 21,7% al 32,6%. La popolazione di 85 anni e più, ancora, che nel 2015 rappresenta il 3,2% della popolazione, nel 2065 si dovrebbe attestare al 10,0%.

In Toscana, un cittadino su quattro ha più di 65 anni, un rapporto tra i più alti in Italia dove si va dal 18,8% della Campania al 28,5% della Liguria. Si tratta di circa 940mila persone, delle quali il 57% sono donne, in virtù della loro maggior longevità.

Dai dati raccolti in Toscana dal sistema di sorveglianza PASSI d'Argento (Istituto Superiore di Sanità) emerge che circa 2 anziani su 3 (63%) sono malati cronici, quasi 600mila persone.

L'aumento della popolazione anziana non influenza solamente gli aspetti economici, ma richiede un cambiamento di clinical governance: la gestione del paziente cronico obbliga il sistema ad una inversione di tendenza culturale; la storia della medicina del 20° secolo è infatti caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da situazioni di comorbilità, richiede un approccio integrato e multidisciplinare.

La maggior parte dei bisogni sanitari e sociali dei cittadini è dunque legata alle malattie croniche e alle loro conseguenze. Tali bisogni devono trovare risposta nella nuova organizzazione del territorio per rendere equo e sostenibile il sistema.

La gestione della cronicità richiede nuovi approcci per meglio garantire la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio, con la revisione dell'intera filiera dei servizi, secondo il criterio dell'integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera, specie a bassa intensità.

La rete dei presidi territoriali socio-sanitari, comprende al suo interno il sistema della domiciliarità e della residenzialità (ADI, RSA, Hospice, Ospedali di Comunità, ecc.), i presidi dei servizi sociali, le strutture ambulatoriali, sia dei MMG, sia distrettuali, tutti intesi come setting necessari all'erogazione delle risposte integrate ai bisogni da parte dei professionisti che lavorano in team. Tale rete ovviamente si correla alla rete clinica ospedaliera.

Nell'ambito della nuova filiera, le Cure Intermedie rappresentano un modello più orientato alla flessibilità e all'integrazione e coordinamento dei servizi, con un cambio di visione dall'intensività all'estensività e con una attenzione ai bisogni assistenziali della persona.

Lo scenario di riferimento

Nel corso degli ultimi anni, nella consapevolezza di quanto appaia sempre più evidente che il bisogno espresso dalla fascia di cittadinanza ultra sessantacinquenne è in vertiginoso aumento, ma anche soggetto a cambiamenti sostanziali per quantità e qualità, si è ritenuto essenziale ripensare e quindi sperimentare nuove modalità di presa in carico dei bisogni legati all'età anziana e, in questo quadro, ridefinire il ruolo di ogni componente del sistema di assistenza sociale e socio sanitaria.

L'ottica con cui si è sviluppata l'idea di stimolare l'attivazione di modelli sperimentali da parte del territorio toscano è stata quella del potenziamento dei servizi e delle risposte assistenziali sia a sostegno della prevenzione della non autosufficienza, sia per offrire appropriatezza ai nuovi bisogni.

Di conseguenza uno degli obiettivi è stato quello di ridefinire il ruolo della Residenzialità Assistenziale, prendendo atto dell'alto livello assistenziale che caratterizza le strutture ad oggi esistenti in Toscana e, quindi, affidando loro compiti di continuità assistenziale, prevenzione della non autosufficienza e sostegno alla cronicità.

Aspetti di queste sperimentazioni, che hanno previsto l'arricchimento dell'offerta residenziale con modelli che vanno dalla Bassa Intensità Assistenziale alle Cure Intermedie, hanno riguardato tutti gli elementi della filiera della rilevazione del bisogno / presa in carico / formulazione e/o revisione PAP / erogazione del servizio / continuità assistenziale.

In definitiva la pressante sfida dei prossimi anni sarà quella di riuscire a farsi carico del crescente e diverso bisogno sociale e sanitario, riallocando e razionalizzando le risorse oggi disponibili, situazione che spingerà senz'altro a rafforzare il processo di messa in rete dei soggetti operanti sul territorio, supportati anche dai modelli ispirati alla continuità ospedale/territorio e alla medicina di iniziativa sui quali la Toscana sta focalizzando l'attenzione e sta puntando fortemente, partendo dalla consapevolezza che la mancata adeguatezza nella cura dell'anziano affetto da polipatologia porta infatti rapidamente alla non autosufficienza se non adeguatamente accompagnato da procedure diagnostico-curative e riabilitative-assistenziali in grado di controllare l'evoluzione dei processi biologici. In questo quadro una prima proposta di sperimentazione del servizio è stata delineata con 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».

Successivamente è stata ribadita la funzione delle cure intermedie nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012- 2015 quali percorsi, allocati all'interno della rete territoriale, che assicurano risposte ai bisogni di persone fragili, di età avanzata, spesso con patologie croniche che hanno provocato la compromissione di un delicato equilibrio di salute, in particolare a seguito di ricovero in struttura ospedaliera per evento acuto.

Infine la sperimentazione si è perfezionata con la recente deliberazione della Giunta regionale n. 909 del 7 agosto 2017 con cui 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.

Il modulo Cure Intermedie in RSA

I nuovi bisogni assistenziali: la continuità assistenziale T-H-T

La necessità del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza o la cui mancata organizzazione in rete ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale, è fondamentale. Per questo la necessità degli ultimi anni, attraverso le sperimentazioni attivate, è stata quella di creare una zona intermedia (area grigia) tra queste due realtà, capace da una parte di farsi carico dei dimessi dall'ospedale per intensità di cura e dall'altra di intercettare i casi che in maniera poco appropriata potrebbero fare ingresso proprio in ospedale o restarvi più del necessario.

Le cure intermedie rappresentano il ponte fra l'ospedale, laddove l'intensità clinica delle riacutizzazioni delle patologie croniche necessita di un ricovero ospedaliero, e il domicilio, allorché la situazione clinica si è stabilizzata e può essere adeguatamente trattata in assistenza domiciliare.

Solo il livello di instabilità clinica può determinare il passaggio dall'ospedale per intensità di cura alla rete di cure intermedie, lasciando a quest'ultima il compito di aggredire la complessità assistenziale e recuperare al massimo l'autonomia residua.

Questi passaggi sono garanzia di un rientro al domicilio più facilmente gestibile e, conseguentemente, di un minor rischio di ospedalizzazioni successive.

Caratteristiche del servizio di cure intermedie – Setting 3 – Residenzialità assistenziale intermedia:

Il modulo è finalizzato a:

- garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione dalla struttura ospedaliera per acuti (consentendo anche una riduzione della degenza e i reingressi);
- favorire il recupero funzionale finalizzato alla massima autonomia possibile per l'assistito ed in particolare per la persona fragile o anziana nella fase di dimissione a seguito di evento acuto, coordinando gli interventi sanitari e assistenziali per il rientro al proprio domicilio;
- prevenire ricoveri potenzialmente inappropriati in ospedale e migliorare la performance del livello ospedaliero consentendo un uso più efficiente delle risorse;
- prevenire le dimissioni ospedaliere troppo precoci a domicilio o nelle strutture di lungo assistenza/mantenimento;
- ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti di pazienti con patologie cronicodegenerative riacutizzate;
- assicurare la presa in carico multiprofessionale dei pazienti complessi.

Numero minimo di posti letto per modulo: 8 - eventualmente riducibile a 4 per comprovate esigenze di zone con densità abitativa ridotta e/o condizioni orogeografiche svantaggiate.

Tipologia dell'utenza:

Pazienti anziani e/o fragili in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche e continuare il processo di recupero funzionale durante il post-ricovero e/o che non sono in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per complessità del quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale. Inoltre possono accedervi pazienti con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in cure domiciliari integrate, in quanto richiedenti trattamenti continui per la stabilizzazione del quadro clinico che sono difficili da fornire a domicilio, per i quali il medico di medicina generale richieda un ambiente protetto per le terapie ed evitare così il ricovero in struttura ospedaliera.

In coerenza con le indicazioni di cui alla normativa regionale di riferimento, destinatari delle prestazioni possono essere pazienti dimessi dal reparto per acuti con criticità assistenziali di minore complessità (NEWS 0-2), non ancora in grado di rientrare al proprio domicilio, che necessitano di un'assistenza a bassa intensità di tipo residenziale territoriale; oppure pazienti provenienti dal territorio, segnalati dal medico curante, per la cui condizione clinica le possibilità di assistenza domiciliare non offrano garanzie sufficienti, ma per i quali l'ospedalizzazione può essere evitata.

I pazienti dimessi dagli ospedali per acuti, per i quali si propone il passaggio in Cure Intermedie, devono avere un inquadramento diagnostico completato e un programma terapeutico definitivo.

Modalità di accesso

Per i pazienti dimessi dall'ospedale, in corso di stabilizzazione clinica, l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) garantisce il governo dell'interfaccia Ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa. L'accesso dunque è subordinato alla valutazione della stessa ACOT e successiva autorizzazione da parte della Zona Distretto di residenza dell'assistito.

Anche nel caso di pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale con riacutizzazione di cronicità ma senza necessità di ricovero in ospedale per acuti, l'Agenzia di continuità Ospedale Territorio svolge funzione di riferimento e di organizzazione del servizio in quanto strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio che fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto; l'ACOT coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il MMG anche relativamente alle segnalazioni provenienti dal territorio qualora sia presente richiesta di inserimento in Cure Intermedie Residenziali.

L'ingresso è subordinato alla compilazione della "Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa", di cui all'allegato B della deliberazione della Giunta regionale n. 679 del 12 luglio 2016 (e aggiornata con successiva deliberazione della Giunta regionale n. 995 del 10 settembre 2018), di una scheda di sintesi delle problematiche rilevate completa della descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto a domicilio) e del Piano di assistenza individualizzato (PAI) definito dai professionisti operanti presso la struttura che preveda il successivo rientro a domicilio. In presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'ACOT, in quanto strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio attiva l'UVM zonale competente in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

Prestazioni previste

Lo svolgimento delle attività previste dai percorsi assistenziali all'interno del sistema di cure intermedie presuppone il lavoro in team multidisciplinare dei medici di medicina generale (MMG), dei professionisti sanitari dell'assistenza e della riabilitazione, il pieno coinvolgimento degli operatori socio-sanitari e degli specialisti.

L'organizzazione dell'assistenza è improntata sul lavoro di équipe finalizzato alla condivisione progettuale, alla globalità dell'intervento e alla verifica dei risultati per ogni persona degente.

Assistenza medica

L'assistenza medica in favore dei pazienti in oggetto è demandata ai rispettivi medici di medicina generale, e prevede accessi programmati, secondo la disciplina vigente, sulla base del piano di assistenza individuale strutturato definito dal medico (ospedaliero o territoriale), concordato con le strutture territoriali di riferimento e pertinenti, che dispone il trasferimento del paziente.

Gli accessi, definiti in fase progettuale e rendicontati secondo la normativa vigente, saranno remunerati come da accordi contrattuali.

Ciascuna struttura garantisce l'erogazione dell'assistenza medica necessaria secondo il piano individuale e della reperibilità in caso di necessità.

Il MMG assume il ruolo di responsabile clinico e coordinatore degli interventi sanitari del paziente, sulla base del piano di assistenza individuale. Spetta a lui, in virtù del rapporto di fiducia con il paziente, la responsabilità complessiva della diagnosi, terapia, prevenzione, riabilitazione e dei risultati complessivi dell'attività clinica e assistenziale del team.

Il MMG assume dunque un ruolo determinante anche rispetto alla funzione di governo clinico del sistema, quale funzione di garanzia di appropriatezza, qualità delle cure e di orientamento della attività del team verso obiettivi condivisi.

Il MMG si avvale della consulenza di medici specialisti in modo programmato e del medico di continuità assistenziale.

Assistenza infermieristica

La struttura garantisce l'assistenza infermieristica sulle 24 ore.

L'infermiere viene ad assumere autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente, in maniera concordata con il MMG, sulla base di protocolli condivisi e coerenti con i percorsi assistenziali delineati a livello regionale.

Il ruolo dell'infermiere risulta centrale e fortemente strategico per massimizzare in modo efficace ed efficiente le risposte ai bisogni assistenziali degli utenti ospiti in queste strutture.

Assistenza alla persona

Comprende l'assistenza al paziente nelle attività di base della vita quotidiana e nelle attività strumentali possibili, a seconda del recupero del grado di autonomia.

L'operatore socio-sanitario, costituisce una risorsa rilevante per lo svolgimento di funzioni di supporto alla persona e agisce sulla base del piano di lavoro elaborato dal team assistenziale.

Riattivazione/riabilitazione estensiva

Nei casi di ricovero di pazienti che necessitano di riattivazione funzionale, rappresenta l'intervento preminente ed è attuata secondo un preciso programma di intervento stabilito insieme al medico dopo una valutazione iniziale utilizzando apposite scale e griglie di valutazione e riportato in un'apposita cartella in cui vengono indicati gli obiettivi da raggiungere e le strategie da utilizzare, in linea con il Piano assistenziale elaborato dall'ACOT.

Nel caso di pazienti che non necessitano di riattivazione funzionale ma sono inseriti esclusivamente perché in corso di stabilizzazione clinica, l'assistenza riabilitativa sarà limitata prevalentemente alla impostazione di schemi di posizionamento o comunque impostata su programmi di mantenimento, orientata su specifiche funzioni, in base alla situazione dell'utente (deambulazione, equilibrio, attività motoria degli arti superiori, abilità manuale).

Prestazioni alberghiere

pasti, lavanderia e guardaroba, pulizia ambienti, servizi generali.

Erogazione farmaci

La struttura fornisce farmaci e presidi ordinari secondo le disposizioni vigenti in materia.

Al fine di assicurare in modo ottimale la continuità del percorso assistenziale e l'appropriatezza terapeutica, deve essere garantito l'approvvigionamento, la

somministrazione e la conservazione dei farmaci prescritti dal medico curante, adottando la modalità di erogazione diretta da parte del servizio farmaceutico aziendale che ne assicura la consegna secondo accordi tra l'Azienda USL competente e la struttura, senza oneri a carico della stessa.

In caso di terapie ad alto costo o di difficile reperibilità, la farmacia dell'ospedale provvede a renderle disponibili, su richiesta del medico, in forma nominativa, secondo specifici accordi definiti con l'Azienda USL di riferimento. In caso di necessità di accertamenti diagnostici (strumentali-ematochimici ecc.) si utilizzano le strutture pubbliche con accessi agevolati, secondo specifici accordi definiti con l'Azienda USL di riferimento.

Erogazione Presidi

E' garantita una adeguata dotazione di presidi non personalizzati di tipo assistenziale, come carrozzine, sollevatori, deambulatori, letti con snodi e sponde, materassi e cuscini antidecubito senza alcun onere a carico dell'assistito.

I parametri di riferimento:

La dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi, aggiuntivi rispetto ai parametri previsti per i moduli già presenti in struttura (il personale viene rapportato su 8 ospiti):

Assistenza alla persona: 6.536 ore annue ovvero 1 OSS/OSA/Adb ogni 2 ospiti

Assistenza medica: MMG e

Assistenza medica specialistica: medico specialista in modo programmato e minimo 6 ore settimanali ogni 8 ospiti (312 ore annue)

Assistenza infermieristica: 1.634 ore annue ovvero 1 infermiere ogni 8 ospiti

l'assistenza infermieristica deve essere garantita dalla struttura nelle 24 ore.

Assistenza fisioterapica: 654 ore annue e comunque considerando il piano di assistenza di ogni ospite.

RSA	assistenza infermieristica	assistenza riabilitativa	assistenza di base e alla persona	assistenza specialistica
mod. Cure Intermedie	1.634	654	6.536	312

Tariffa giornaliera

La tariffa giornaliera, a totale carico del Servizio Sanitario Regionale, è pari a € 119,00.

Pagamento del corrispettivo

La struttura provvede mensilmente, entro i primi 10 giorni del mese successivo a quello di riferimento, ad inviare fattura ai servizi competenti secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

La fattura deve specificare le giornate di ospitalità e le eventuali giornate di assenza, considerando le giornate di accettazione e di dimissione come una sola giornata.

Nel caso specifico del decesso dell'ospite si precisa che debba essere fatturata la giornata del decesso in considerazione delle prestazioni assistenziali e non, che la struttura deve comunque garantire.

Ovviamente, nel caso in cui la struttura riuscisse ad occupare, nello stesso giorno, il posto letto con un nuovo ospite, la giornata di ammissione di quest'ultimo non dovrà essere fatturata per non coprire il singolo posto letto con due rette sanitarie.

Il pagamento delle prestazioni avverrà a seguito di verifica sulla congruità delle giornate fatturate e nei termini stabiliti dalla normativa nazionale e regionale in materia di pagamenti della Pubblica Amministrazione.

In caso di ricovero ospedaliero il riconoscimento e conseguente pagamento della tariffa verrà sospeso dal giorno di ricovero ospedaliero dell'assistito. La retta sarà nuovamente corrisposta dal giorno di dimissione ospedaliera e reinserimento in struttura.

Per i periodi di assenza, ivi comprese le giornate di permanenza al pronto soccorso, sono considerate come unica giornata quella di uscita e quella di rientro, quindi dovrà essere corrisposta la tariffa solo per la giornata di rientro.

Tempi di degenza

Di norma il tempo medio di degenza è di 20 giorni.

Le modalità di attivazione del Modulo Cure Intermedie in RSA

Il fabbisogno dei posti letto di Cure Intermedie in RSA dovrà essere determinato da ogni Azienda in accordo con le Zone Distretto e Società della Salute di riferimento, sulla base della specifica programmazione di settore, dei propri modelli organizzativi, della offerta che ogni territorio esprime e considerando le strutture (pubbliche e private) che hanno già posti letto attivi nell'ambito delle sperimentazioni sopra richiamate.

Le suddette strutture provvederanno ad integrare l'autorizzazione e l'accreditamento previgenti con i posti letto dedicati al modulo di Cure Intermedie secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento, nonché a sottoscrivere appositi accordi contrattuali/convenzioni con le Aziende Sanitarie di riferimento al fine di definire i rapporti giuridici ed economici.

I posti individuati o istituiti per le cure intermedie non dovranno incidere sulle liste di attesa per l'ammissione nelle RSA.

Controlli

La commissione multidisciplinare dovrà verificare, con controlli sistematici, che la presenza del personale sia effettivamente commisurata al livello assistenziale degli ospiti presenti nel modulo Cure Intermedie, secondo quanto previsto dalla normativa regionale in materia, nonché riscontrare la sussistenza dei requisiti minimi a carattere strutturale e il rispetto delle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, antisismica, prevenzione incendi, igiene e sicurezza.

Il mancato rispetto dei parametri previsti, determinerà quanto disposto dalla normativa vigente in materia.

Normativa/aspetti contrattuali

Si fa riferimento alla vigente normativa o a specifici atti contrattuali per quanto non indicato (farmaci e prestazioni specialistiche servizi territoriali aziendali, medico di libera scelta, trasporti sociali e sanitari, tabella dietetica della struttura, prelievi ematici e trasporto dei campioni, approvvigionamento, somministrazione e conservazione dei medicinali prescritti dal medico curante, fornitura di presidi e ausili ecc.).

Obblighi informativi

I referenti territoriali (ACOT) sono tenuti all'espletamento degli obblighi informativi di cui al D.M. 5 dicembre 2006 dei "Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle aziende e delle strutture sanitarie" per la rilevazione delle strutture e dell'attività, di cui ai D.M. del 17 Dicembre 2008 di "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" e di "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale" e di cui alla Delibera di Giunta regionale n.773/2009 di "Istituzione del Sistema informativo regionale dell'assistenza domiciliare e residenziale" per la rilevazione dell'attività analitica.