



Regione Toscana

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020

SCHEDA OPERATIVA N. 19

LE CURE DI TRANSIZIONE: I SERVIZI DOMICILIARI E RESIDENZIALI DI CURE INTERMEDIE

Messaggio chiave

Il riequilibrio e l'integrazione dell'offerta assistenziale fra ospedale e territorio è uno degli obiettivi prioritari di politica sanitaria verso cui indirizzare il nostro sistema: le attività di assistenza intermedia domiciliare e residenziale rappresentano la risposta più appropriata in termini di efficacia e sostenibilità del sistema di fronte agli effetti dei cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali attualmente in corso.

Motivazione

La necessità di dare risposte concrete alle nuove esigenze di salute che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni, producendo un cambiamento dei bisogni espressi, deve comportare un coerente cambiamento strutturale e organizzativo dei Servizi.

Le attività di Assistenza Intermedia possono essere sviluppate a domicilio così come all'interno di strutture con posti letto dedicati, rappresentando una parte complementare del complessivo sistema di Assistenza Territoriale che si integra con gli altri livelli, anche di tipo residenziale, quali quelli riabilitativi o socio-assistenziali.

Il domicilio rappresenta il contesto dove meglio possono trovare integrazione gli interventi sanitari e di supporto sociale ed in cui è più agevole per l'equipe curante, articolata nei Servizi territoriali di Cure Primarie, nelle AFT o nelle UCCP, promuovere l'empowerment del paziente e migliorare la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppare le abilità di auto-cura. Ciononostante una risposta residenziale intermedia territoriale quanto più possibile prossimale e capillare, si rende necessaria a fronte delle condizioni dei nuclei familiari sempre più spesso composti da una sola persona o con un convivente anziano non in grado di svolgere o partecipare alle funzioni di caregiver.

La chiave di lettura territoriale delle Cure Intermedie (C.I.) porta in evidenza la funzione di cerniera bidirezionale della risposta residenziale non solo nei percorsi di dimissione dall'ospedale dopo una fase acuta, ma anche quale risposta alla impossibilità di gestire a domicilio condizioni cliniche complesse non acute per le quali un ricovero ospedaliero non è indicato.

Organizzati e sviluppati correttamente, gli interventi di Assistenza Intermedia possono aumentare l'appropriatezza anche dell'assistenza ospedaliera e potranno avere un impatto significativo sul sistema consentendo un uso più efficiente delle risorse. Al fine di garantire l'appropriatezza, la continuità e l'omogeneità dell'assistenza è necessario che i vari professionisti lavorino in modo

integrato condividendo le strategie operative e le modalità di raccordo.

Descrizione

Gli eventi clinici che si succedono nel tempo in persone con patologie croniche o comunque di età avanzate conducono gradualmente alla rottura di un fragile equilibrio, riducendo nel tempo l'autonomia. Questo accade principalmente subito dopo l'evento acuto, quando l'intervento sanitario ha comunque risolto il nuovo problema, ma spesso ha altrettanto inevitabilmente peggiorato il quadro generale.

I setting di C.I. offrono risposta alla fase post-acuta in ambito territoriale, con mantenimento della caratterizzazione sanitaria, a supporto sia della fase di deospedalizzazione che della gestione delle acutizzazioni a domicilio. Oltre che per la collocazione territoriale le C.I., nel setting residenziale, si differenziano dalla lungodegenza per la loro temporaneità contenuta in 15-20 giorni, funzionale, in attesa della predisposizione della presa in carico multidisciplinare, ad assicurare il consolidamento delle condizioni clinico-fisiche, a supportare la riattivazione della persona, ad accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero.

Il sistema di C.I. previsto dalla programmazione regionale comprende una gamma di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione, facilitare le risposte domiciliari di assistenza integrata. Sono prevalentemente servizi forniti in un arco temporale a breve termine, erogati sia al domicilio che in un ambiente residenziale, il cui obiettivo è sia quello di facilitare la dimissione precoce dall'ospedale, evitando il protrarsi dei ricoveri, sia quello di filtrare gli accessi in ospedale dei pazienti fragili, limitando tali accessi alle situazioni in cui il ricovero è effettivamente la sola modalità di risposta appropriata al bisogno espresso.

Tale impostazione degli interventi di assistenza intermedia è finalizzata a promuovere sempre di più l'avvicinamento delle persone fragili o con patologie croniche al proprio abituale ambiente di vita, nelle migliori condizioni di autonomia e ricevendo le opportune cure in ambiente extra-ospedaliero.

Con delibera G.R. n.909/2017 sono state indicate le caratteristiche richieste alle strutture residenziali di C.I. in relazione alle condizioni di accesso e alla tipologia e l'intensità delle prestazioni assicurate, individuando la possibile collocazione delle stesse in relazione alla intensità delle prestazioni erogate, e valorizzando la potenzialità dell'offerta presente anche nelle rete delle strutture individuate come Residenze Sanitarie Assistenziali. I presidi residenziali di C.I. sono comunque classificati come strutture territoriali.

Con la suddetta delibera sono state individuate, con riferimento alle cure intermedie residenziali, tre tipologie di assistenza, con diversi livelli di intensità:

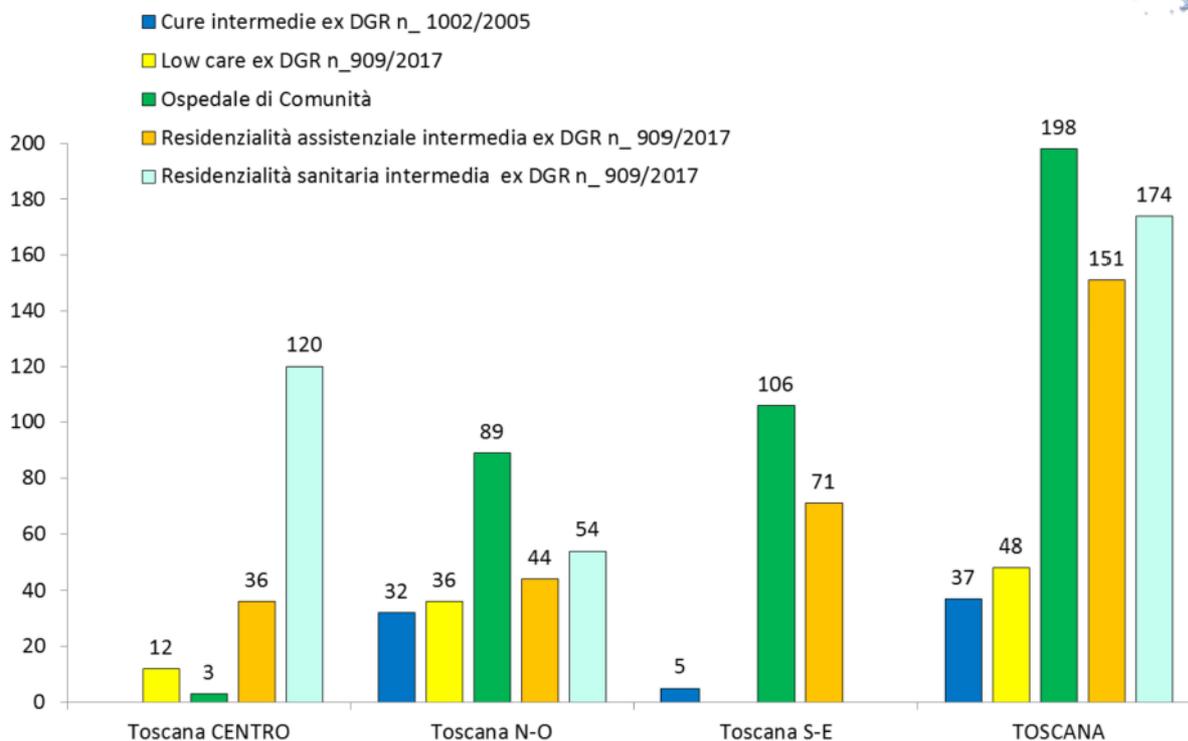
- residenzialità assistenziale intermedia: l'assistenza medica è prestata dal medico di famiglia, che si avvale della consulenza specialistica programmata e dal medico di continuità assistenziale;
- residenzialità sanitaria intermedia: medico specialista di struttura in stretto raccordo con il medico di famiglia;
- low care: medico di struttura.

Oltre ai suddetti assetti completano l'offerta di cure intermedie residenziali gli Ospedali di Comunità e altre precedenti modalità organizzative che dovranno confluire, a regime, nei setting erogativi sopra evidenziati.

Al 31/12/2018 risultano presenti sul territorio regionale complessivamente 60 strutture che mettono a disposizione circa 600 posti letto con le caratteristiche previste. La presenza di strutture di C.I. è ancora disomogenea sul territorio regionale, con un indice medio di 0,16 posti letto x 1000 abi-

tanti e con una distribuzione dei posti letto per tipologia di setting erogativo come evidenziato nella seguente tabella:

POSTI LETTO DI CURE INTERMEDIE ATTIVATI IN TOSCANA PER SETTING ASSISTENZIALE - RIEPILOGO



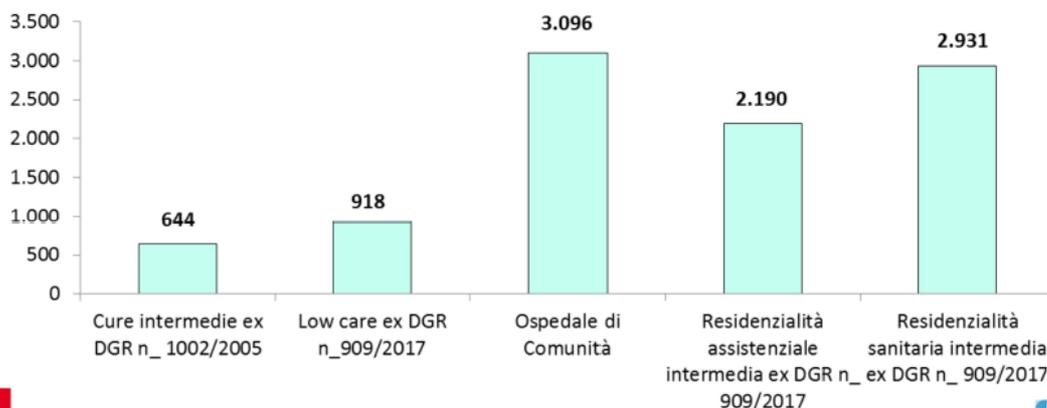
Il numero di persone prese in carico nell'anno 2018, a seguito di una valutazione multidisciplinare e di attivazione di un Piano individualizzato, è stata di oltre 9.700 persone.

N. PERSONE INSERITE DAL 01.01.2018 AL 31.12.2018 PER SETTING ASSISTENZIALE



Az USL	Cure intermedie ex DGR n_ 1002/2005	Low care ex DGR n_909/2017	Ospedale di Comunità	Residenzialità assistenziale intermedia ex DGR n_ 909/2017	Residenzialità sanitaria intermedia ex DGR n_ 909/2017
Toscana CENTRO		175	34	449	2.071
Toscana N-O	586	743	1.479	610	860
Toscana S-E	58		1.583	1.131	
TOSCANA	644	918	3.096	2.190	2.931

Toscana 9.779 persone



Regione Toscana



Le C.I. richiedono due sostanziali elementi di integrazione in relazione alla loro funzione di cerniera fra ospedale e domicilio:

- 1) La presenza di un organismo, identificabile nell'ACOT, che rafforzi il processo di handover nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio sia nell'ambito della gestione del rischio clinico che nella appropriata individuazione dei setting assistenziali, ed assicuri il passaggio delle informazioni necessarie alla corretta gestione del paziente.
- 2) La presenza di una prassi di integrazione fra le strutture operative e professionali presenti sul territorio che assicuri le risposte, di base e specialistiche, ai bisogni della popolazione anziana e/o fragile orientate a promuoverne l'indipendenza e a supportarne il mantenimento a domicilio il più a lungo possibile.

Beneficiari

L'assistenza intermedia assicura risposte ai bisogni di persone fragili, prevalentemente 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.

Le Cure Intermedie assicurano cure a pazienti post-acuti, ancora in situazione di malattia, non così grave da richiedere una permanenza in reparto ospedaliero, ma con un quadro di instabilità clinica che non consente il rientro o la permanenza a domicilio, per i quali è necessario un intervento di stabilizzazione e/o di riattivazione.

Azioni da sviluppare

L'inserimento della risposta di C.I. all'interno delle disponibilità delle ACOT, istituite con delibera G.R. n. 679/16, contribuisce nella fase di dimissione dall'ospedale all'incremento dell'appropriatezza della dimissione, sottolineando anche in questo contesto la necessità di un investimento peculiare sulle modalità di trasmissione e condivisione delle informazioni relative al paziente.

Ciò richiede che siano sostenute azioni specifiche :

- 1) Definizione dell'offerta aziendale di p.l. di C.I. e attivazione omogenea, in ogni Azienda USL, di tutti i setting assistenziali previsti con riferimento alla DGR n. 909/2017, con relativo accreditamento delle strutture;
- 2) Conclusione sperimentazione setting "residenzialità assistenziale intermedia" e messa a regime modulo in RSA previa modifica del Regolamento approvato con DPGR n.2/R del 9 gennaio 2018;
- 3) Consolidamento utilizzo scheda di valutazione multidimensionale attraverso interventi di formazione mirata sui professionisti;
- 4) Disponibilità di un sistema informativo a supporto della trasmissione delle informazioni clinico-assistenziali, funzionali e sociali relative al paziente, compresi gli aspetti della "conciliazione terapeutica";
- 5) Rafforzamento del coinvolgimento del MMG e delle AFT nell'ambito dell'azione multidisciplinare propria delle equipe territoriali, e adozione linee generali di indirizzo per l'accesso ai vari setting assistenziali dal territorio;
- 6) Definizione assetto omogeneo sul territorio regionale per gli Ospedali di Comunità.

Matrice delle responsabilità ed indicatori connessi

Azioni	Livello responsabilità regionale	Livello responsabilità Azienda-USL Zona Distretto/SdS	Indicatori di risultato
Definizione dell'offerta aziendale di p.l. di C.I. e attivazione omogenea, in ogni Azienda USL, di tutti i setting assistenziali previsti con riferimento alla DGR n. 909/2017	- Definizione indice di copertura di posti letto di riferimento per i setting di C.I. - Monitoraggio DGR 909/2017 e valutazione esiti	- Attivazione di tutti i setting di C.I. previsti dalla programmazione regionale - Azioni di adeguamento agli indici di copertura p.l. per ciascun setting	- Attivazione, in tutte le Aziende USL, delle tre tipologie di setting di cui alla DGR 909/2017 - Numero di posti letto attivati a livello aziendale per tipologia di setting o equivalenti = 80% indice programmato
Conclusione sperimentazione setting "residenzialità assistenziale intermedia" e messa a regime modulo in RSA previa modifica del Regolamento approvato con DPGR n.2/R del 9 gennaio 2018	- Verifica assetti territoriali esistenti - Indirizzi a conclusione della sperimentazione	- Recepimento indirizzi in tutti i contesti territoriali di Zona Distretto /SdS	- Adozione delibera regionale conclusione sperimentazione - Modifica del Regolamento approvato con DPGR n.2/R del 9 gennaio 2018 - Messa a regime del setting in tutte le strutture
Consolidamento utilizzo scheda di valutazione multidimensionale con interventi di formazione mirata sui professionisti	- Monitoraggio utilizzo scheda - Coordinamento interventi formativi	- verifica utilizzo della scheda in tutti i presidi ospedalieri - organizzazione eventi formativi dedicati	- Numero di presidi nei quali viene utilizzata della scheda di valutazione multidimensionale.=100% - Attuazione eventi formativi per i professionisti di tutte le Aziende USL
Disponibilità di un sistema informativo a supporto della trasmissione delle informazioni	- Avvio gruppo di lavoro interdirezionale per la definizione di una cartella unica sociosanitaria e	- Supporto da parte degli operatori dei servizi territoriali (professioni sanitarie e sociali e ICT) - adeguamento dei relativi sistemi	- Presentazione procedura dedicata per validazione di una cartella unica sociosanitaria a livello RT

	strutturazione di sistema informativo unitario a livello regionale	informativi	
Rafforzamento del coinvolgimento del MMG e delle AFT nell'ambito delle equipe territoriali, e adozione linee generali di indirizzo per l'accesso ai vari setting assistenziali dal territorio	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento con i referenti AFT per definizione obiettivi - Proposta di indirizzi per il governo dei percorsi con accesso dal territorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Azioni mirate per il coinvolgimento e la formazione dei MMG - Proposta di indirizzi per il governo dei percorsi con accesso dal territorio 	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di AFT coinvolte nel processo di diffusione degli assetti organizzativi dei percorsi di C.I. = 70% - Implementazione indirizzi regionali sui percorsi
Definizione assetto omogeneo sul territorio regionale per gli Ospedali di Comunità.	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione gruppo di lavoro dedicato - Coordinamento attività di analisi stato attuale 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio e verifica realtà locali - Analisi del fabbisogno e proposte di assetto 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentazione alla Giunta di proposta condivisa di assetto per gli Ospedali di Comunità

Indicatori già previsti nel piano

Indicatore relativo all'obiettivo specifico n.4 (pag. 223 PSSIR 2018-2020)