



REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07-08-2017 (punto N 65)

Delibera N 909 del 07-08-2017

Proponente

STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicità'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile Lorenzo ROTI

Estensore MARCO TAGLIAFERRI

Oggetto

Indirizzi regionali per l'organizzazione dei setting assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera.

Presenti

VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI	STEFANO CIUOFFO
FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO	MONICA BARNI

Assenti

ENRICO ROSSI	MARCO REMASCHI	STEFANIA SACCARDI
--------------	----------------	-------------------

ALLEGATI N°2

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	Indirizzi generali
B	Si	Cartaceo+Digitale	Tabella riepilogativa cure intermedie

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge Regionale n.40/2005 "Disciplina del Servizio sanitario regionale" e in particolare l'art.3 sui principi costitutivi, nel quale si afferma l'universalità e la parità di accesso ai servizi sanitari per tutti gli assistiti e la garanzia per l'accesso ai livelli uniformi e essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione nazionale e regionale;

Considerato che il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2012 – 2015, approvato dal Consiglio Regionale con propria deliberazione n.91 del 5 novembre 2014 e ancora in vigore ai sensi dell'articolo 29 comma 1 della L.R. n.1/2015, al punto 2.3.4.2 "Il sistema di Cure Intermedie (CI)" individua come obiettivo della programmazione sanitaria e sociosanitaria integrata quello di determinare i modelli organizzativi, i percorsi professionali ed i livelli di integrazione necessari al pieno sviluppo del sistema di cure intermedie, specificando che tale sistema si colloca all'interno dei percorsi sanitari;

Preso atto che il medesimo PSSIR individua gli interventi clinico assistenziali definiti "Cure Intermedie" come 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;

Considerato che il suddetto Piano, tra le strategie da adottare per mettere effettivamente a regime il sistema di cure intermedie:

- conferma che la multidimensionalità del bisogno espresso dagli utenti eligibili per l'accesso alle CI comporta necessariamente l'azione sinergica di una equipe formata da vari professionisti, evidenziando il ruolo fondamentale del medico di medicina generale;
- richiama espressamente la necessità di individuare e condividere strumenti valutativi multidimensionali, semplici e veloci, in grado di indirizzare la persona nella rete dei servizi e di monitorare nel tempo le sue condizioni cliniche e funzionali;
- prevede la definizione di specifici sistemi informativi a supporto della rilevazione delle attività erogate, finalizzati anche alla definizione di indicatori;

Vista la delibera GR n.1002 del 10 ottobre 2005, che approva indirizzi per la sperimentazione di servizi per le cure intermedie presso le RSA (Residenze sanitarie assistenziale) e le Case di Cura convenzionate;

Vista la delibera GR n.1235 del 28 dicembre 2012, che fornisce indirizzi generali alle Aziende sanitarie ed alle aree vaste in merito alle azioni di riordino del Servizio sanitario regionale;

Vista la delibera GR n.431 del 3 giugno 2013 con la quale vengono approvate progettualità presentate dalle Aziende USL toscane relativi allo sviluppo delle cure intermedie;

Preso atto del Parere n.34/2013 espresso dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR) in merito allo "sviluppo del sistema Cure Intermedie", nel quale vengono esplicitati alcuni criteri per l'individuazione di tale tipologia di intervento e in particolare:

- viene ribadita l'attribuzione territoriale delle cure intermedie;
- viene confermato come obiettivo quello di garantire cure a pazienti post-acuti, ancora in situazione di malattia, non così grave da richiedere una permanenza in reparto ospedaliero, ma ancora non sufficientemente stabilizzati per rientrare al proprio domicilio;
- viene confermata la missione sanitaria delle CI;
- viene evidenziata la possibilità di utilizzare, per la strutturazione dei vari setting residenziali di CI,

posti letto provenienti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e da strutture convenzionate e accreditate;

Visto il Decreto 2 aprile 2015, n.70, adottato dal Ministero della Salute, che fissa gli standard relativi all'assistenza ospedaliera e al punto 10 - Continuità ospedale-territorio afferma, perseguendo una logica di continuità assistenziale, 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, ed evidenzia la necessità dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere al fine di regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale, specificando che, in riferimento a questi ultimi, assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza;

Rilevato che il citato DM n.70/2015 definisce quindi le cure intermedie come unità di degenza post acuta, in grado di supportare la fase di deospedalizzazione con l'attivazione di interventi multidisciplinari coordinati con la medicina generale, in strutture a valenza territoriale, anche articolate su moduli diversificati di ricovero e di assistenza idonei ad ospitare pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, in riferimento ai quali è necessario:

- consolidare le condizioni fisiche
- continuare il processo di recupero funzionale
- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero

Rilevato che il medesimo decreto prevede anche il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra struttura equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero;

Vista la delibera GR n.679/2016 con la quale sono approvati gli indirizzi regionali per l'effettiva costituzione in tutte le Zone-Distretto/SdS dell'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio, quale livello operativo territoriale, individuandone funzioni e compiti al fine di rafforzare il processo di handover nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio, sia nell'ambito della gestione del rischio clinico che nell'appropriata individuazione dei setting assistenziali, assicurando il passaggio delle informazioni necessarie alla corretta gestione del paziente;

Evidenziato che la richiamata delibera GR n.679/2016 ha approvato una scheda di valutazione multidisciplinare "Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa", quale strumento unificato di valutazione da utilizzare a regime a livello regionale per il supporto delle dimissioni dall'ospedale, al fine di definire criteri e modalità omogenee di valutazione che contribuiscano ad identificare la graduazione della complessità assistenziale richiesta in fase di dimissione e che assicurino appropriatezza anche nella scelta dei setting assistenziali delle cure intermedie;

Ritenuto che l'utilizzo diffuso, in tutte le Zone-Distretto/SdS, della suddetta scheda di valutazione possa consentire la strutturazione di una valida base dati da utilizzare anche per una determinazione mirata del fabbisogno di posti letto di cure intermedie a livello regionale;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" e in particolare gli artt. 29 e 30, comma 1, lettera a), dove sono individuati rispettivamente:

- i trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale ad elevato impegno sanitario garantiti alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza

infermieristica nelle 24 ore;

- i trattamenti residenziali estensivi di cura e recupero funzionale garantiti alle persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore;

Constatato che i medesimi artt. 29 e 30, comma 1, lettera a) del DPCM 12 gennaio 2017 stabiliscono di garantire con oneri a totale carico del Servizio sanitario nazionale i suddetti trattamenti, e stabiliscono che la loro durata è fissata in base alle condizioni dell'assistito, che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome;

Preso atto della variabilità di offerta, di accessibilità e di setting di cure intermedie attivati nel territorio regionale sulla base degli indirizzi di cui alla delibera GR n.431/2013, come evidenziato anche dalla ricognizione effettuata a livello regionale dalla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale con riferimento all'anno 2016 ;

Ritenuto necessario pertanto emanare nuove indicazioni per assicurare un'omogenea organizzazione a livello regionale del sistema di cure intermedie, prevedendo un'evoluzione e una sistematizzazione dello stesso rispetto a quanto stabilito con precedenti atti di Giunta, e promuovendo una nuova fase programmatica nella quale vengono ridefiniti gli indirizzi generali per l'organizzazione dei setting e dei percorsi di cure intermedie residenziali in uscita dal livello ospedaliero;

Stabilito di rimandare a successive specifiche determinazioni la definizione dei percorsi per l'ingresso degli assistiti dal territorio nei setting di cure intermedie a gestione clinica della medicina generale, previo accordo con le organizzazioni sindacali dei medici convenzionati;

Considerato che presso la Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro, composto anche da professionisti sanitari e sociali delle aziende del Servizio sanitario regionale individuati dalle rispettive direzioni, che ha elaborato proposte per una più razionale strutturazione dei setting residenziali di cure intermedie con riferimento ai percorsi in uscita dall'ospedale;

Tenuto conto delle proposte presentate dal suddetto gruppo di lavoro interaziendale;

Preso atto che la programmazione sanitaria regionale ha già normato, con il "Regolamento di attuazione della Legge Regionale 5 agosto 2009, n.51 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n.79/R, l'organizzazione di due distinte tipologie di offerta nell'ambito dell'assistenza intermedia, che sono rispettivamente un setting di "low care", rappresentato dalle strutture residenziali normate nella sezione D.6 dell'allegato A del suddetto Regolamento n.79/2016, e un setting di "residenzialità sanitaria intermedia", rappresentato dalle strutture residenziali normate nella sezione D.7 dell'allegato A del medesimo Regolamento n.79/2016;

Ritenuto necessario prevedere, a completamento dell'assetto organizzativo individuato nel precedente paragrafo, un'ulteriore declinazione dell'offerta di cure intermedie, individuando in via sperimentale un setting di "residenzialità assistenziale intermedia" in uscita dal livello ospedaliero, descritto nell'allegato A al presente atto;

Stabilito che la nuova organizzazione aziendale e zonale nell'ambito dell'offerta di cure intermedie residenziali sarà quindi indirizzata all'attivazione di tre setting di cure intermedie, indicati nell'allegato A, che si differenziano 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, e che tali setting sono riconducibili a quanto previsto agli artt. n.29 e n.30, comma 1, lettera a), del DPCM 12 gennaio 2017;

Confermato, in armonia con quanto disposto dal citato DPCM 12 gennaio 2017, che l'assistenza erogata nei tre setting di cure intermedie indicati negli allegati al presente atto è a totale carico del Servizio sanitario nazionale;

Stabilito di approvare l'allegato A quale parte integrante del presente atto, nel quale sono riportate le caratteristiche funzionali e organizzative richieste per il setting di "residenzialità assistenziale intermedia" attivabile in via sperimentale e fino al 31 dicembre 2018, in strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti (RSA);

Ritenuto di dover determinare le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di residenzialità rese nei tre setting di cure intermedie sopra individuati, al fine di perseguire un'omogenea modalità gestionale a livello regionale di tale tipologia di interventi e di dare certezza al sistema anche con riferimento ai rapporti con i gestori, sia pubblici che privati accreditati;

Evidenziato che la definizione delle tariffe, riportate nell'allegato B al presente atto, deriva da un'analisi dei costi e delle tariffe effettuata in base ad esperienze gestionali realizzate dalle aziende sanitarie toscane con riferimento all'erogazione di prestazioni di assistenza intermedia attivate nei propri territori;

Ritenuto necessario assicurare la rilevazione degli interventi erogati tramite i setting delle cure intermedie con sistemi informatici in grado di supportare i processi gestionali, alimentare il sistema informativo di governo regionale e soddisfare i debiti informativi richiesti a livello nazionale, secondo quanto indicato negli allegati al presente atto;

Stabilito di approvare l'allegato B, quale parte integrante del presente atto, nel quale sono riepilogate, per ciascuno dei tre setting, le tariffe, i criteri di accesso, la tipologia di interventi erogati, la durata della degenza, il numero minimo di PL per modulo degenza, gli obblighi informativi, i riferimenti normativi per i requisiti autorizzativi;

Stabilito di avvalersi della collaborazione del laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa per il supporto alle attività della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale nell'ambito delle cure intermedie, al fine di monitorare la mappatura della rete e di sviluppare un set specifico di indicatori di monitoraggio e valutazione;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di prendere atto che la programmazione sanitaria regionale ha già normato, con il "Regolamento di attuazione della Legge Regionale 5 agosto 2009, n.51 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n.79/R, l'organizzazione di due distinte tipologie di offerta nell'ambito dell'assistenza intermedia, che sono rispettivamente un setting di "low care", rappresentato dalle strutture residenziali normate nella sezione D.6 dell'allegato A del suddetto Regolamento n.79/2016,

e un setting di "residenzialità sanitaria intermedia", rappresentato dalle strutture residenziali normate nella sezione D.7 dell'allegato A del medesimo Regolamento n.79/2016;

2.di emanare nuove indicazioni per assicurare un'omogenea organizzazione a livello regionale del sistema di cure intermedie, prevedendo un'evoluzione e una sistematizzazione dello stesso rispetto a quanto stabilito con precedenti atti di Giunta, e promuovendo una nuova fase programmatoria nella quale vengono ridefiniti gli indirizzi generali per l'organizzazione dei setting e dei percorsi di cure intermedie residenziali in uscita dal livello ospedaliero;

3. di rimandare a successive specifiche determinazioni la definizione dei percorsi per l'ingresso degli assistiti dal territorio nei setting di cure intermedie a gestione clinica della medicina generale, previo accordo con le organizzazioni sindacali dei medici convenzionati;

4.di prevedere, a completamento dell'assetto organizzativo individuato al punto 1, un'ulteriore declinazione dell'offerta di cure intermedie, individuando in via sperimentale un setting di "residenzialità assistenziale intermedia" in uscita dal livello ospedaliero, descritto nell'allegato A al presente atto;

5.di stabilire che la nuova organizzazione aziendale e zonale nell'ambito dell'offerta di cure intermedie residenziali sarà quindi indirizzata all'attivazione di tre setting di cure intermedie, indicati nell'allegato A, che si differenziano 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, e che tali setting sono riconducibili a quanto previsto agli artt. n.29 e n.30, comma 1, lettera a), del DPCM 12 gennaio 2017;

6.di confermare, in armonia con quanto disposto dal citato DPCM 12 gennaio 2017, che l'assistenza erogata nei tre setting di cure intermedie indicati negli allegati al presente atto è a totale carico del Servizio sanitario nazionale;

7.di approvare l'allegato A quale parte integrante del presente atto, nel quale sono riportate le caratteristiche funzionali e organizzative richieste per il setting di "residenzialità assistenziale intermedia" attivabile in via sperimentale e fino al 31 dicembre 2018, in strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti (RSA);

8.di determinare le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di residenzialità rese nei tre setting di cure intermedie sopra individuati, al fine di perseguire un'omogenea modalità gestionale a livello regionale di tale tipologia di interventi e di dare certezza al sistema anche con riferimento ai rapporti con i gestori, sia pubblici che privati accreditati;

9.di confermare che la definizione delle tariffe, riportate nell'allegato B al presente atto, deriva da un'analisi dei costi e delle tariffe effettuata in base ad esperienze gestionali realizzate dalle aziende sanitarie toscane con riferimento all'erogazione di prestazioni di assistenza intermedia attivate nei propri territori;

10.di approvare l'allegato B, quale parte integrante del presente atto, nel quale sono riepilogate, per ciascuno dei tre setting, le tariffe, i criteri di accesso, la tipologia di interventi erogati, la durata della degenza, il numero minimo di PL per modulo degenza, gli obblighi informativi, i riferimenti normativi per i requisiti autorizzativi;

11.di assicurare la rilevazione degli interventi erogati tramite i setting delle cure intermedie con sistemi informatici in grado di supportare i processi gestionali, alimentare il sistema informativo di governo regionale e soddisfare i debiti informativi richiesti a livello nazionale, secondo quanto

indicato negli allegati al presente atto;

12.di confermare la scheda di valutazione multidisciplinare “Modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa”, approvata con delibera GR n.679/2016, quale strumento unificato di valutazione da utilizzare a livello regionale a supporto delle dimissioni dall’ospedale, per definire criteri e modalità omogenee di valutazione che contribuiscano ad identificare la graduazione della complessità assistenziale richiesta in fase di dimissione e che assicurino appropriatezza anche nella scelta dei setting assistenziali delle cure intermedie;

13.di avvalersi della collaborazione del laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa per il supporto alle attività della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale nell’ambito delle cure intermedie, al fine di monitorare la mappatura della rete e di sviluppare un set specifico di indicatori di monitoraggio e valutazione;

14.di confermare che l’adozione del presente provvedimento non produce oneri a carico del bilancio regionale;

15.di dare mandato ai competenti settori della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale per l’adozione degli atti conseguenti;

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell’articolo 18 della L.R. n.23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile
LORENZO ROTI

Il Direttore
MONICA PIOVI