



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ADUNANZA N. 247 LEGISLATURA N. IX

delibera
960

DE/ME/SAS Oggetto: Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione
O' NC

Prot. Segr.
1061

Lunedì 4 agosto 2014, presso la sala De Carolis-Palazzo dell'Arengo,
Piazza Arringo n. 7, Ascoli Piceno, si è riunita la Giunta regionale,
regolarmente convocata.

Sono presenti:

- | | |
|----------------------|----------------|
| - GIAN MARIO SPACCA | Presidente |
| - ANTONIO CANZIAN | Vicepresidente |
| - PAOLA GIORGI | Assessore |
| - MARCO LUCHETTI | Assessore |
| - MAURA MALASPINA | Assessore |
| - ALMERINO MEZZOLANI | Assessore |

Sono assenti:

- | | |
|--------------------|-----------|
| - SARA GIANNINI | Assessore |
| - PIETRO MARCOLINI | Assessore |
| - LUIGI VIVENTI | Assessore |

Constatato il numero legale per la validità dell'adunanza, assume la
Presidenza il Presidente della Giunta regionale, Gian Mario Spacca.
Assiste alla seduta il Segretario della Giunta regionale, Elisa Moroni.
Riferisce in qualità di relatore l' Assessore Almerino Mezzolani.
La deliberazione in oggetto è approvata all'unanimità dei presenti.

NOTE DELLA SEGRETERIA DELLA GIUNTA

Inviata per gli adempimenti di competenza

- alla struttura organizzativa: _____
- alla P.O. di spesa: _____
- al Presidente del Consiglio regionale
- alla redazione del Bollettino ufficiale

Proposta o richiesta di parere trasmessa al Presidente
del Consiglio regionale il _____
prot. n. _____

L'INCARICATO

Il _____

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal Servizio Sanità, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Sanità che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

DELIBERA

- Di approvare la regolamentazione delle Cure Intermedie riportata nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- Di mettere a regime entro il 31/10/2014 il Modello Cure Intermedie presso le Strutture di cui alla DGRM 735/2013 e sue modifiche previa formazione dei professionisti sulla compilazione del sistema RUG.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Gian Mario Spacca



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

1. Normativa di riferimento

- DPCM 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- LR 13 /2003.
- Ministero della Salute. Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA. Prestazioni residenziali e semiresidenziali, approvato il 30/05/2007.
- LR 20/2000 e smi.
- DGRM 1889/2001 e smi LR 20/2000 art. 15 - determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie
- Piano Socio Sanitario Regione Marche 2012-2014 approvato con deliberazione dell'assemblea legislativa n°38 del 20/12/2011.
- DGRM 735 del 20/05/2013 Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012.
- DGRM 1195 del 02/08/13 Determinazione delle quote di compartecipazione a carico dell'utente in conformità a quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza) per accesso a strutture sociali e socio-sanitarie per anziani, disabili e salute mentale.
- DGR n. 1345 del 30/09/2013 Riordino delle reti cliniche della Regione Marche.
- DGR N. 280 del 10 marzo 2014 Accordo con le Case di cura private multispecialistiche della Regione Marche per gli anni 2011-2012 ed anni 2013-2014.
- DGRM 452 del 14/04/2014 Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute. Approvazione.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo patto per la Salute per gli anni 2014-2016. Rep 82|CSR del 10 luglio 2014.

2. Motivazione

L'invecchiamento della popolazione, caratteristica consolidata dei paesi sviluppati, tra cui naturalmente l'Italia, 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 cronicità, era pari al 19,8% della popolazione residente nel 2006, arriverà al 23,2% nel 2020 e si attesterà ad oltre il 33% nel 2050.

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 nel XX 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 ed alle loro conseguenze. Questi bisogni devono trovare risposta nella nuova organizzazione del territorio per rendere equo e sostenibile il sistema.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il modello di Sanità necessario per affrontare in maniera sostenibile l'epidemia delle malattie croniche ("non trasmissibili") deve basarsi, però, su **servizi territoriali profondamente rinnovati**, sia sul versante della programmazione, del governo, che su quello della produzione-erogazione dei servizi, per superare l'attuale modalità di lavoro prevalentemente individuale ed autoreferenziale dei vari operatori, e transitare ad un modello di lavoro in Team, che affronti la cronicità in un'ottica di medicina di iniziativa. In particolare l'equità di accesso, presupposto per l'equità di trattamento, deve essere valorizzata nei confronti delle fasce più deboli o svantaggiate della popolazione, quale anziani fragili, immigrati, cittadini in carico ai servizi sociali, nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze.

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 residenzialità (RRSSAA, Hospice, Ospedali di Comunità, ADI), i presidi dei servizi sociali, le strutture ambulatoriali, sia dei MMG e dei PLs, sia distrettuali, tutti intesi come *setting* necessari all'erogazione delle risposte integrate ai bisogni da parte dei professionisti che lavorano in *team*. Tale rete comunque si correla alla rete clinica ospedaliera.

La DGR 735/2013 ha ridefinito la rete ospedaliera regionale, introducendo misure per la riduzione della frammentazione, prevedendo la riqualificazione dei piccoli ospedali in Case della Salute composte anche da posti letto di Day Surgery, Lungodegenza/Riabilitazione e Cure Intermedie. Tale riqualificazione, pur nell'ottica di ridurre la frammentazione che caratterizza l'offerta ospedaliera nella Regione Marche, tende comunque a conservare la capillarizzazione dell'offerta nelle diverse aree geografiche garantendo la prossimità ai bisogni dei cittadini, anche in aree a minor densità di popolazione.

La recente approvazione della DGR 452 del 14/4/2014 "linee guida per l'organizzazione delle case della salute. Approvazione" relativa all'istituzione della Casa della Salute, ha ridefinito l'organizzazione delle strutture ex ospedali di polo, prevedendone una suddivisione in tre tipologie:

Tipo A: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate.

Tipo B: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità.

Tipo C: Casa della salute tipo C.

Nell'ambito della nuova filiera, le Cure intermedie (CI) vogliono essere un modello più orientato alla flessibilità e alla integrazione e coordinamento dei servizi, nonché alla connessione tra i professionisti delle Cure Primarie e altri professionisti del SSN con un cambio di visione dall'intensività all'estensività e attenzione ai bisogni assistenziali della persona.

Tra i modelli di Cure Intermedie già adottati in altri contesti regionali, e, anche in via sperimentale nella nostra Regione, sono stati individuati due modelli alternativi su cui disegnare le strutture di Cure Intermedie della Regione.

In particolare, va evidenziato come, tenendo conto anche di quanto disposto dall'art. 8 bis comma 7 della L.R. 13/2003, il quale prevede che "l'ASUR ...promuove intese con l'INRCA per la riqualificazione della rete ospedaliera al fine di assicurare l'integrazione funzionale delle prestazioni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ed il coordinamento operativo relativo alla prevenzione secondaria delle patologie cronico-degenerative degli anziani" l'INRCA ha compiuto una prima sperimentazione di posti letto di Cure Intermedie presso la struttura Residenza Dorica di Ancona, anche al fine di verificare la funzionalità del modello organizzativo proposto dall'AGENAS (2011).

Per quanto concerne il secondo modello individuato, si fa riferimento al modello "Country Hospital" o Ospedale di Comunità, già attivo da anni nelle strutture dell'ASUR di Castelfidardo ed Arcevia. Tale sistema rappresenta un modello di cura proprio delle Cure Primarie, fortemente coordinato dal Distretto, di cui ne potenzia e ne amplifica, in una logica di rete, le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare di quelli anziani oppure affetti da patologie cronico degenerative.

La scelta tra quale dei due modelli applicare ad ogni singola struttura è condizionata dalle situazioni del contesto organizzativo attualmente esistente e potrà essere rivista in futuro sulla base delle esigenze dei bisogni socio-sanitari territoriali così come potranno essere, in sede di applicazione e rivalutazione ASUR, riclassificate come CI le attuali RSA (pubbliche e private convenzionate) che hanno un case mix assistenziale assimilabile al presente livello.

Nell'ambito della riorganizzazione complessiva, in applicazione della DGRM N. 280 del 10 marzo 2014, potranno essere attivati posti letto di Cure Intermedie anche presso Case di Cura Private in seguito ad autorizzazione della Regione Marche nel rispetto del vincolo economico.

Il documento allegato è stato inviato come informativa dal Servizio Sanità, nella logica della collaborazione, alla Direzione sanitaria ASUR, alle Confederazioni sindacali, alle OO.SS. della Dirigenza medica e SPTA, alle OO.SS. del Comparto Sanità e alle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta e della Specialistica ambulatoriale. Le sigle sindacali FIMMG e NURSIND e la Direzione Sanitaria ASUR hanno fatto pervenire suggerimenti e proposte che in parte sono stati accolti.

Per tutto quanto sopra esposto si propone pertanto di:

- Di approvare la regolamentazione delle Cure Intermedie riportata nell'allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto.
- Di mettere a regime entro il 31/10/2014 il Modello Cure Intermedie presso le Strutture di cui alla DGRM 735/2013 e sue modifiche previa formazione dei professionisti sulla compilazione del sistema RUG.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Elisabetta Esposito)

Elisabetta Esposito

VISTO
PF Assistenza Territoriale
IL DIRIGENTE
(Carmine di Bernardo)

Carmine di Bernardo

CA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente del Servizio Sanità
Piero Ciccarelli

La presente deliberazione si compone di n. ¹⁵ pagine, di cui n. ³ pagine di allegati che fanno parte integrante e sostanziale della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 1

REGOLAMENTAZIONE CURE INTERMEDIE

1. Premessa

La DGR 735/2013 ha ridefinito la rete ospedaliera regionale, introducendo misure per la riduzione della frammentazione, prevedendo la riqualificazione dei piccoli ospedali in Case della Salute composte anche da posti letto di Day Surgery, Lungodegenza/Riabilitazione e Cure Intermedie.

Tale riqualificazione, pur nell'ottica di ridurre la frammentazione che caratterizza l'offerta ospedaliera nella Regione Marche, tende comunque a conservare la capillarizzazione dell'offerta nelle diverse aree geografiche garantendo la prossimità ai bisogni dei cittadini, anche in aree a minor densità di popolazione.

La recente approvazione della DGR 452 del 14/4/2014 "linee guida per l'organizzazione delle case della salute. Approvazione" relativa all'istituzione della Casa della Salute, ha ridefinito l'organizzazione delle strutture ex ospedali di polo, prevedendone una suddivisione in tre tipologie:

Tipo A: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate.

Tipo B: Casa della Salute per l'erogazione delle cure integrate e residenzialità.

Tipo C: Casa della salute tipo C.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento delle malattie croniche, l'aumentata prevalenza della polipatologia, il progressivo modificarsi del contesto sociale, sono tra le principali motivazioni che spingono ad un cambiamento e riorganizzazione in particolare nell'Area delle Cure Primarie. 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 domicilia-rità e residenzialità (RRSSAA, Hospice, Ospedali di Comunità, ADI), i presidi dei servizi sociali, le strutture ambulatoriali, sia dei MMG e del PLs, sia distrettuali, tutti intesi come *setting* necessari all'erogazione delle risposte integrate ai bisogni da parte dei professionisti che lavorano in *team*.

Nell'ambito della nuova filiera, le Cure intermedie (CI) vogliono essere un modello più orienta-to alla flessibilità e alla integrazione e coordinamento dei servizi, nonché alla connessione tra i pro-fessionisti delle Cure Primarie e altri professionisti del SSN con un cambio di visione dall'intensività all'estensività e attenzione ai bisogni assistenziali della persona.

Tra i modelli di Cure Intermedie già adottati in altri contesti regionali, e, anche in via speri-mentale nella nostra Regione, sono stati individuati due modelli alternativi su cui disegnare le strut-ture di Cure Intermedie della Regione.

In particolare, va evidenziato come, tenendo conto anche di quanto disposto dall'art. 8 bis comma 7 della L.R. 13/2003, il quale prevede che "l'ASUR ...promuove intese con l'INRCA per la riqualificazione della rete ospedaliera al fine di assicurare l'integrazione funzionale delle prestazioni ed il coordinamento operativo relativo alla prevenzione secondaria delle patologie cronicodegenerative degli anziani" l'INRCA ha compiuto una prima sperimentazione di posti letto di Cure Intermedie presso la struttura Residenza Dorica di Ancona, anche al fine di verificare la funzionalità del modello organizzativo proposto dall'AGENAS (2011).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per quanto concerne il secondo modello individuato, si fa riferimento al modello "Country hospital" o Ospedale di Comunità, già attivo da anni nelle strutture dell'ASUR di Castelfidardo ed Arcevia.

Tale sistema rappresenta un modello di cura proprio delle Cure Primarie, fortemente coordinato dal Distretto, di cui ne potenzia e ne amplifica, in una logica di rete, le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare di quelli anziani oppure affetti da patologie cronico degenerative.

La scelta tra quale dei due modelli applicare ad ogni singola struttura è condizionata dalle situazioni del contesto organizzativo attualmente esistente e potrà essere rivista in futuro sulla base delle esigenze dei bisogni socio-sanitari territoriali così come potranno essere, in sede di applicazione e rivalutazione ASUR, riclassificate come CI le attuali RSA che hanno un case mix assistenziale assimilabile al presente livello.

2. Caratteristiche delle cure intermedie

Le Cure Intermedie sono le cure necessarie per quei soggetti fragili, che sono stabilizzati dal punto di vista clinico, che non richiedono ricovero ospedaliero, ma non sono ancora idonei per poter essere trattati in un regime domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento. In queste strutture vengono fornite prestazioni assistenziali di ricovero in regime residenziale extraospedaliero a carattere temporaneo. Le Cure Intermedie ricoprono quell'area di cure che si trova a "metà strada" fra la degenza post-acuzie ospedaliera e la residenzialità assistenziale/protetta.

Esse sono, pertanto, un'area dei servizi integrati, sanitari e sociosanitari, finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione dalla struttura ospedaliera per acuti o post-acuti (consentendo anche una riduzione della degenza ospedaliera);
- favorire il recupero funzionale finalizzato alla massima autonomia possibile per il paziente;
- prevenire i ricoveri potenzialmente inappropriati in ospedale;
- prevenire le dimissioni ospedaliere troppo precoci a domicilio o nelle strutture di lungo assistenza/mantenimento;
- ridurre i ricoveri ospedalieri ripetuti di pazienti con patologie cronico-degenerative riacutizzate.

3. Sede/collocazione

Sulla base della DGR 735/2013 sono previsti posti letto di Cure Intermedie nelle seguenti strutture:

Tabella 1. Strutture in riconversione come da DGRM 735/2013*

Struttura	n. PL di Cure Intermedie	n. PL Degenza post-Acuzie	n. PL di RSA	n. PL di hospice	n. PL RP
CAGLI	5	25			
FOSSOMBRONE	30			10	
SASSOCORVARO	5	25			

At



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SASSOFERRATO	20		20		25
CINGOLI	10	30			
CHIARAVALLE	24		20	10	
LORETO	6	24		8 + 1 Day ho- spice	
RECANATI	5	25	40		
TOLENTINO	20	20			
MONTEGIORGIO	20				
SANT'ELPIDIO A MARE	20				

*La tabella mostra esclusivamente i pl di degenza post acuzie e residenziali

In tabella 2 sono riportati ulteriori pl di CI già esistenti in strutture diverse da quelle della riconversione come da DGRM 735/2013.

Tabella 2. Strutture con pl di CI.

Struttura	n. posti letto CI	n. PL De- genza post- Acuzie	n. PL di RSA
INRCA Residenza Dorica	30		
Castelfidardo	5		35
Arcevia	8		12

Nell'ambito della riorganizzazione complessiva, in applicazione della DGR N. 280 del 10 marzo 2014, potranno essere attivati posti letto di Cure Intermedie anche presso Case di Cura Private in seguito ad autorizzazione della Regione Marche nel rispetto del vincolo economico.

Infatti, la DGRM sopraccitata afferma che "il contrasto della mobilità passiva interregionale rappresenta un obiettivo strategico che la Regione intende perseguire utilizzando appieno le potenzialità delle strutture pubbliche e private. L'attuale debolezza del sistema dell'offerta interna può essere superata anche mediante una più efficiente riorganizzazione delle strutture pubbliche e private secondo i principi di rispetto degli standard scientifici di qualità e sicurezza che sono alla base della riorganizzazione già decisa con la DGR n. 735 del 20/05/2013 e della DGR n. 1345 del 30/09/2013 (riduzione della frammentazione/riduzione posti letto/avvio strutture dedicate alle cure intermedie/reti cliniche), che dovrà trovare compiuta definizione nel settore privato accreditato in una logica di rete complessiva dei servizi offerti".

4. Organizzazione in nuclei

Di norma le strutture devono essere organizzate in moduli assistenziali omogenei secondo l'intensità del trattamento, ed è auspicabile la coesistenza di più moduli che garantiscano le diverse gradualità di intensità assistenziale, in modo da evitare trasferimenti in altre strutture nei casi di modifica del bisogno, al fine di facilitare la continuità del processo di cura e di assistenza.

È pertanto necessario che le Strutture vengano organizzate in più unità erogatrici, dette *nuclei*, intese come aree distributive delle degenze, tendenti all'autonomia di dotazioni e servizi, dimensio-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

nati su almeno 20 posti letto, e comunque nel rispetto dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento.

Ciascuna struttura, potrà prevedere la coesistenza di più nuclei che erogano diversi livelli di assistenza.

Per le CI possono essere previsti nuclei con meno di 20 pl purché coesistente all'interno della stessa struttura un altro nucleo, anche di diverso livello assistenziale, che garantisca i livelli minimi di efficienza organizzativa e gestionale.

All'interno della struttura, dove sono collocati pl di CI, al fine di garantire la continuità assistenziale e terapeutica, è possibile effettuare cicli di terapia non erogabili al domicilio.

All'interno dei pl di CI, all'occorrenza, e comunque in un numero tale (10% dei pl del modulo) da non mettere in crisi l'organizzazione interna del nucleo, possono essere accolti pazienti che necessitano di un livello assistenziale superiore del R2, e quindi afferenti al profilo R1, di cui al documento della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA, approvato il 30/05/2007, nel rispetto degli standard assistenziali ivi indicati.

5. Tipologia di pazienti e criteri di inclusione

I requisiti indispensabili per la selezione dei pazienti sono:

- Pazienti post acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.
- Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero.

Si tratta di:

- Pazienti, senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti.
- Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico, ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.
- Pazienti provenienti dal domicilio (o strutture residenziali di più bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non potere essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate.
- Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (*disease-related*) o dell'inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (*disuse-related*).
- Pazienti con necessità di terapia con farmaci H, ma stabili da un punto di vista clinico.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

6. Criteri di esclusione

- Paziente con instabilità clinica
- Paziente con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito.
- Paziente terminale proveniente da altra struttura (ammissibile solo nel caso non possano essere attuate altre forme assistenziali).
- Paziente psichiatrico o con demenza con severi disturbi del comportamento non controllati con le terapie.
- Paziente assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare o *caregiver*.

7. Tipologia di modelli

In queste strutture l'esito funzionale è il determinante principale delle necessità assistenziali e della futura traiettoria del paziente tipicamente in transizione da un *setting* di cura ad un altro (es. ospedale-territorio).

Pertanto queste strutture di Cure Intermedie devono essere in grado di offrire risposta polifunzionale a carattere temporaneo con possibilità di offerta di una o più traiettorie prognostiche.

Si prevedono due modelli di Cure Intermedie:

- 1) Country Hospital (Ospedale di Comunità)
- 2) Struttura Intermedia Integrata (SII)

8. Classificazione

Con riferimento alla DGRM 1011/2013 il livello assistenziale viene codificato all'interno dell'R2.

Attesi i livelli di intensità di assistenza garantiti, come di seguito specificati al punto 12, risulta necessario modificare e differenziare all'interno dell'R2 due livelli: R2.1 le Cure Intermedie (SII e CH) e R2.2 livello già previsto dalla DGRM 1011/2013 (140 min/pz/die).

9. Modalità di ammissione

Per un utilizzo più efficiente e "facilitato" di questi modelli, senza ulteriori passaggi intermedi (PS, PPI), l'ammissione avviene dalle unità operative per acuti ospedaliero o dalle Degenze Post-acute-riabilitazione, dalla residenzialità o dal domicilio previo assenso UVI, tramite la compilazione di una apposita scheda di richiesta di ammissione alle Cure Intermedie.

La scheda va compilata dal medico richiedente che ha in cura il paziente (sia ospedaliero che territoriale).

In caso di trasferimento da struttura ospedaliera, l'accesso viene concordato tra quest'ultima e la struttura di Cure Intermedie previo assenso UVI.

I professionisti della struttura di Cure Intermedie devono definire gli obiettivi da raggiungere nel periodo di permanenza e lo scadenario delle verifiche sugli obiettivi (PAI).



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

10. Durata del ricovero e valutazione

Di norma per la SII e CH il tempo medio di permanenza è di circa 30 giorni continuativi. In caso di comprovate situazioni di carattere eccezionale può essere concessa una proroga, su richiesta del medico della SII o MMG, in seguito a valutazione dell'UVI, al 30° giorno fino ad un massimo di ulteriori 30 giorni (tempo complessivo totale 60 giorni non superabili nell'anno solare).

11. Modalità di remunerazione

La tariffa giornaliera della SII e CH a totale carico SSR è pari a 145,00 €. Questo livello di ricovero non può in alcun caso superare i 60 giorni nell'anno solare. I giorni di ricovero in questo regime contribuiscono al tetto dei 60 gg, superati i quali il cittadino contribuisce per la quota alberghiera in percentuale analoga alle strutture residenziali. Si fa riferimento alla tipologia R2 come previsto dalla DGRM 1195/2013.

12. Standard assistenziali

Sulla base del modello organizzativo precedentemente esposto dovranno essere garantiti i seguenti standard minimi assistenziali.

Per strutture con dotazione di PL inferiore o superiore, gli standard assistenziali vanno riproporzionati in base al numero effettivo di posti, garantendo in ogni caso la presenza h24 degli infermieri e degli OSS e la visita medica giornaliera almeno su 6 giorni settimanali.

Sulla base del dimensionamento della struttura, l'assistenza dovrà essere organizzata da un coordinatore infermieristico che garantisca in un'ottica di integrazione e del miglioramento dell'efficiamento del sistema, l'assistenza tra diversi nuclei o all'interno di singoli moduli e diverse tipologie di livello assistenziale sia ospedaliero che extraospedaliero (DPA, SII, Country Hospital, RSA, RP).

13. Standard minimi clinico-assistenziale di personale SII e CH

	SII	CH
Inf + OSS minuti /paziente/die	>160	>160
Fisioterapista minuti/paziente/die*	15	15
Medico minuti/paziente/die*	15	15

*Su 6 giorni settimanali

14. Modello operativo

Le Strutture di Cure Intermedie assicurano:

- assistenza medica nell'arco dell'orario diurno su 6 giorni settimanali (15 min/pz/die),
- assistenza infermieristica e OSS diurna e notturna (h24),
- assistenza fisioterapista (15 min/paziente/die per 6 giorni). Tale minutaggio va considerato in maniera flessibile rispetto le necessità dell'assistito (circa il 50% dei presenti possono avere bisogno di prestazioni riabilitative),



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- assistenza specialistica garantita in regime di consulenza, ove necessaria, dal personale della struttura ospedaliera di riferimento o dagli specialisti ambulatoriali,
- assistenza di altri professionisti sanitari in base alla necessità dell'assistito.

L'assistenza medica nelle CI viene garantita 15 min/die/paziente articolato, anche su due turni (mattina e pomeriggio), dal lunedì al venerdì e sabato mattina. Come previsto dal comma 18 articolo 5 del Patto per la Salute, l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina Generale, Continuità Assistenziale o dai PLS o da altri medici dipendenti, preferibilmente specialisti dell'Area medica e dell'Area Distrettuale.

Sono possibili soluzioni organizzative gestionali alternative, anche in integrazione pubblico-privato.

La continuità assistenziale viene garantita secondo le modalità previste per l'assistenza primaria.

In caso di urgenza-emergenza verrà attivato il Sistema dell'Emergenza Territoriale (SET) tramite CO118.

L'assistenza fornita è definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) definito dai professionisti operanti presso la struttura intermedia. L'organizzazione dell'assistenza è improntata sul lavoro d'équipe finalizzato alla condivisione progettuale, alla globalità dell'intervento e alla verifica dei risultati per ogni persona degente.

Sono formalizzate le procedure per la gestione delle emergenze ed altri adempimenti sanitari per l'integrazione con le altre strutture presenti nella Casa della Salute.

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

La presenza del MMG e dell'infermiere conferiscono un nuovo modello più centrato sull'asse della estensività delle cure e della massima attenzione ai bisogni della persona.

Deve essere identificato il *case-manager* per ogni ospite e per ogni paziente ci deve essere il *care-giver* di riferimento.

Vanno promosse attività di telemedicina in linea con le vigenti disposizioni in materia.

15. Gestione farmaci, dispositivi, presidi e ausili

La gestione di farmaci (ivi compreso l'Ossigeno), dispositivi, presidi ed ausili, avviene per le strutture pubbliche con procedure analoghe a quelle delle unità operative ospedaliere al fine di semplificare le procedure amministrative, fermo restando che i costi sostenuti derivanti dall'attività di tali strutture dovranno essere attribuite al capitolo di spesa della farmaceutica territoriale.

Per quanto riguarda le strutture private, la dispensazione dei farmaci, dispositivi, presidi ed ausili avviene con le stesse modalità previste per le R2.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

16. Prestazioni erogabili

Presso tali strutture sono erogabili tutte le prestazioni clinico-assistenziali ricomprese nella categoria R2. Di seguito si riporta un elenco a solo titolo esemplificativo delle principali prestazioni erogabili:

- Prelievi ematici (compreso anche l'emogas analisi) ;
- Medicazioni;
- Terapia infusiva (anche farmaci H) ed emotrasfusionale;
- Gestione del CVC e CVP;
- Gestione delle stomie;
- Ossigenoterapia;
- Aspirazione tracheale (h24);
- Gestione dei respiratori;
- Nutrizione parenterale/enterale;
- Dialisi peritoneale;
- Prevenzione lesioni da pressione;
- Prevenzione immobilizzazione generale o segmentaria;
- Prevenzione cadute;
- Rilevazione, monitoraggio e terapia del dolore e palliazione;
- Interventi di *family learning* ed educazione del paziente e del *care giver professionale e non professionale*.

L'elenco sovra riportato non vuole essere esaustivo e potrà essere ampliato secondo protocolli condivisi e validati.

17. Registrazione dell'attività

Per ogni paziente deve essere aperta, al momento dell'ingresso, una cartella clinico - assistenziale integrata. Tale documentazione contiene almeno le seguenti informazioni:

- dati personali;
- dati sanitari;
- particolari caratteristiche/specificità;
- il piano assistenziale individualizzato (PAI) integrato;
- relazione sociale (se necessaria);
- il diario assistenziale;
- la scheda unica di terapia secondo i requisiti di tracciabilità e sicurezza;
- spazi dedicati alla registrazione delle attività discusse nel piano assistenziale individualizzato;
- spazi per le consulenze, annotazioni, ecc...

La conservazione e la gestione della cartella clinico - assistenziale integrata deve rispettare i requisiti formali e sostanziali della documentazione sanitaria.

CLP



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

18. Valutazioni periodiche dell'attività assistenziale (Sistema RUG)

L'attività è documentata e monitorata obbligatoriamente tramite l'utilizzo dell'apposito applicativo informatico comune tra le strutture pubbliche e private. Attualmente il dispositivo, per la rilevazione dell'assistenza residenziale basato sulla compilazione della scheda RUG, è in dotazione all'ASUR. Tale applicativo verrà fornito alle strutture private accreditate e convenzionate a titolo gratuito dall'ASUR. Eventuali allineamenti ad indicazioni ministeriali del flusso informativo, come previsto dal comma 18 art. 5 del Patto per la Salute, verranno determinate da apposito decreto del Dirigente del Servizio Sanità.

L'efficacia dell'attività, è altresì valutata attraverso il monitoraggio di indicatori che riguardano le seguenti aree:

- mantenimento e recupero delle autonomie funzionali;
- lesioni da decubito;
- cadute e contenzione;
- ICPA (Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali).

Verranno infine monitorati i seguenti parametri:

- N° ricoveri
- Età media
- % trasferimenti reparti per acuti
- % decessi
- % dimessi a domicilio
- N° pz dimessi in Cure Domiciliari
- N° pz. in nutrizione parenterale
- N° pz. con stomie
- N° pz. con medicazioni (Idd o compromissione integrità cutanea)
- N° pz con catetere vescicale
- N° pz. in ossigenoterapia
- N° pz. con fornitura di presidi
- N° ritrasferimenti presso ospedale per acuti
- N° pz trasferiti in RSA (R2.2) e RP
- N° interventi del Servizio Sociale
- Verifica/valutazione risultati generali (relazione)

19. Requisiti Minimi Autorizzativi

Nelle more della definizione dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento specifici per le Cure Intermedie, i requisiti di riferimento, per quanto non previsto dal documento, si rifanno ai requisiti di cui alla DGRM 20/2000 e smi (scheda 7.6) e DGRM 1889/2001 per le RSA (scheda 10.1) e rimangono validi i tempi di adeguamento ai requisiti autorizzativi previsti dalla vigente normativa regionale.

La Regione si riserva di adottare specifico atto in ottemperanza al comma 18 dell'art.5 del Patto per la Salute.