



ASSEMBLEA DEI SOCI

Deliberazione n. 09 del 05.03. 2012

OGGETTO: Approvazione Linee di indirizzo per la realizzazione di un presidio di Continuità Assistenziale (c.d. Cure Intermedie) per intensità di cura

Allegato:

Ente rappresentato	Nome e Cognome	Carica	Quote	Presenti	Assenti
AUSL 4	Bruno Cravedi	Direttore generale	33,33	X	
Comune di Prato	Dante Mondanelli	Assessore delegato	50,15	X	
Comune di Montemurlo	Nicola Ciolini	Assessore delegato	4,99	X	
Comune di Cantagallo	Grassulini Elisabetta	Assessore delegato	0,81	X	
Comune di Carmignano	Fabrizio Buricchi	Assessore delegato	3,74	X	
Comune di Poggio a Caiano	Antonio Castellano	Assessore delegato	2,62	X	
Comune di Vaiano	Annalisa Marchi	Sindaco	2,70	X	
Comune di Vernio	Paolo Cecconi	Sindaco	1,66	X	

Il Presidente Dr. Dante Mondanelli

Il Direttore Dr. Riccardo Poli

Ufficio proponente: **Società della Salute Area Pratese**

Estensore: **Vania Mariotti**

Il giorno 05.03. 2012
presso i locali della Società della Salute,
su convocazione del Presidente Dr. Dante Mondanelli

L'Assemblea dei soci

PREMESSO che:

- in data 19.3.2010, con atto ai rogiti del Segretario del Comune di Prato, Dott. Del Regno Vincenzo, repertorio n.31548, gli enti aderenti hanno sottoscritto il nuovo Statuto e la nuova Convenzione della Società della Salute Area Pratese, ai sensi della LRT n. 40/'05 e smi, atti registrati a Prato il 2.4.2010 al n. 17 serie 1 ;
- la forma giuridica è quella del consorzio pubblico senza scopo di lucro ai sensi degli artt. 31 e 113 del D.Lgs. 267/2000, tra l'Azienda Sanitaria di Prato e i 7 Comuni della Provincia Pratese;
- in data 6.4.2010 con deliberazione n.1, dopo aver dato atto dell'approvazione del nuovo statuto e della nuova convenzione consortile, si è insediata l'Assemblea dei Soci;

VISTA

- la LR 40/2005 che richiama la necessità di organizzare i servizi sanitari territoriali e quelli ospedalieri "in rete", garantendo al fruitore un percorso assistenziale appropriato e tempestivamente corrispondente al bisogno accertato;

CONSIDERATO che:

- Gli attuali processi toscani di riorganizzazione e razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, in particolare per ciò che riguarda il cosiddetto "ospedale per intensità di cura", di cui Prato, con il nuovo ospedale che sarà completato entro il 2013, è una delle sedi privilegiate di sperimentazione, hanno evidenziato la necessità di prevedere, anche al fine di strutturare e garantire una moderna funzione di continuità assistenziale, un'offerta più ampia ed articolata di modalità di ricovero extraospedaliero, per quelle condizioni cliniche e patologiche che, in specifici pazienti, richiedono cure sanitarie non appropriate in un ospedale che si deve dedicare a pazienti "acuti", né adeguatamente assicurabili al proprio domicilio.

PRESO ATTO :

- che l'Azienda Usl 4 di Prato, compatibilmente con i vincoli di area vasta, ha evidenziato la necessità di creare posti letto residenziali extraospedalieri di tipo sanitario (livello intermedio) per completare e potenziare la gamma di offerta attualmente presente e modulare le risposte più adeguate in relazione ai diversificati bisogni degli assistiti;
- che a tal fine l'Azienda USL 4 di Prato ha istituito un apposito gruppo di lavoro (Tavoli tecnici AQA 2011 – 2012) Delibera 21 settembre 2011, n. 695;
- che il suddetto gruppo di lavoro al termine dei lavori ha redatto il documento "Linee di indirizzo per la realizzazione di un presidio di Continuità Assistenziale (c.d. Cure Intermedie) per intensità di cura" approvato nel Comitato di Medicina Generale del 29 febbraio 2012 ed allegato a presente atto quale parte integrante e sostanziale;

RITENUTO OPPORTUNO:

- procedere all'approvazione del documento Linee di indirizzo per la realizzazione di un presidio di Continuità Assistenziale (c.d. Cure Intermedie) per intensità di cura, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

VISTO il parere tecnico positivo espresso dal Direttore;

Con le modalità previste dall'art. 8 dello Statuto;

DELIBERA

di approvare la narrativa che precede e conseguentemente:

1. di approvare documento Linee di indirizzo per la realizzazione di un presidio di Continuità Assistenziale (c.d. Cure Intermedie) per intensità di cura, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale.
2. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
3. di trasmettere copia del medesimo agli enti aderenti al Consorzio e al Collegio Sindacale;
4. di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo on line del Consorzio per la durata di giorni 10 consecutivi.

Il Direttore
Dott. Riccardo Poli

Il Presidente
Dr. Dante Mondanelli

**DELIBERA ASSEMBLEA DEI SOCI n. 9
del 05.03.2012**

Oggetto: Approvazione Linee di indirizzo per la realizzazione di un presidio di Continuità Assistenziale (c.d. Cure Intermedie) per intensità di cura

Ai sensi dell'art. 49 – 1° comma del D.lgs 18.8.2000 n. 267, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica del provvedimento.

Prato, 05 marzo 2012

IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE
Dott. Riccardo Poli



Allegato delibera Assemblea dei Soci Società della Salute area Pratese n.- 9 del 5 marzo 2012

“Linee di indirizzo per la realizzazione di un Presidio di Continuità Assistenziale (c.d. Cure Intermedie) per intensità di cura”

INDICE:

La situazione demografica ed epidemiologica dell'area pratese: bisogni di salute attuali ed emergenti (evidenze da profilo di salute)

Il quadro regionale delle “cure intermedie”

Cure intermedie e dimissioni difficili nell'area pratese

Le priorità nella programmazione pluriennale di sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali dell'Azienda USL 4 di prato

Caratteri della sperimentazione

Durata della sperimentazione

Obiettivi

Target dei pazienti

La struttura: caratteristiche e funzionamento

Modalità di accesso

Modalità di dimissione

Indicatori di efficacia / efficienza

Risultati attesi

LA SITUAZIONE DEMOGRAFICA ED EPIDEMIOLOGICA DELL'AREA PRATESE: BISOGNI DI SALUTE ATTUALI ED EMERGENTI (EVIDENZE DA PROFILO DI SALUTE)

I **mutamenti demografici** sono sicuramente il fattore meglio conosciuto e più utilizzato per prevedere il bisogno sanitario della popolazione. L'età degli individui è, infatti, in stretta correlazione con la frequenza delle diverse malattie, in particolare di quelle cronico-degenerative prevalenti oggi in Italia, così come negli altri Paesi occidentali. In una recente indagine condotta sul territorio nazionale dall'ISTAT (*Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005 – ISTAT*) è stato evidenziato che la probabilità di avere almeno una malattia cronica grave (diabete, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, ictus, BPCO, demenza, ecc.) è direttamente proporzionale all'aumento dell'età della popolazione, con un range che oscilla tra l'1,2% dei soggetti di 0-14 anni e il 53,3% dei soggetti di 85 anni e oltre. Sebbene la provincia di Prato

sia la meno anziana della Toscana, si è osservato in questi anni un progressivo aumento della proporzione di anziani; si stima infatti che, nel 2024, l'indice di vecchiaia raggiungerà il valore di 168,4 anziani ogni 100 ragazzi a fronte dell'attuale 148 anziani ogni 100.

Contemporaneamente all'invecchiamento della popolazione un altro fenomeno che influenzerà i bisogni di salute o, meglio, di assistenza, è la tendenza, già in atto da alcuni anni, all'aumento delle **famiglie "unifamiliari"** (caratterizzate da un ridotto numero di componenti, in media 2,2). Prato ha una percentuale di famiglie "unifamiliari" minore rispetto a quella della Toscana (19,1% vs 24,3%), ma negli ultimi decenni si è osservato un trend in costante aumento, a partire dal 6,4% del 1971, che molto probabilmente tenderà ad aumentare ulteriormente. Si può stimare che per il 60% queste saranno costituite da persone al di sopra di 60 anni, una parte delle quali avrà sicuramente bisogno di assistenza domiciliare e di cure intermedie.

Non esistono dati correnti sulla frequenza di **patologie croniche** nella popolazione anziana presente nella provincia di Prato. L'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, sulla base di alcune indagini ad hoc effettuate nella popolazione toscana (INChianti, ILSA, ICare), ha stimato la prevalenza di anziani con malattie cronico-degenerative nelle varie Aziende Sanitarie della Regione (www.ars.toscana.it/marsupio/parsis/).

Secondo questa stima a Prato vi sarebbero circa 6.957 anziani ad altissimo rischio di non autosufficienza, cosiddetti "*anziani fragili*", in prevalenza di sesso femminile (60,6%).

Gli ultra sessantatreenni *disabili* sarebbero invece 3.668, 990 maschi e 2.678 femmine, pari al 6,5% dei disabili stimati in Toscana. Considerando il grado di disabilità si evidenzia una predominanza di disabilità grave nel sesso femminile e, viceversa, in prevalenza lieve nel sesso maschile. In numeri assoluti una disabilità lieve sarebbe presentata a Prato da 427 maschi e 759 femmine, moderata da 242 maschi e 706 femmine, e grave da 321 maschi e 1.213 femmine.

Le cause più comuni di perdita di autonomia e delle relazioni sociali nell'anziano, che richiedono rilevanti bisogni assistenziali, sono soprattutto alcune patologie neurologiche, come la demenza, il morbo di Parkinson e le malattie cerebrovascolari.

Sicuramente gli anziani con *demenza*, sia di tipo Alzheimer che vascolare o secondaria ad altre patologie e forme miste, rappresentano una quota importante dei soggetti non autosufficienti; a Prato sarebbero presenti 4.184 anziani (residenti a domicilio) affetti da queste patologie, 2.759 femmine e 1.425 maschi. Nel periodo 1999-2009 il numero di dementi si è quasi raddoppiato (da 2.919, +43,3%), in accordo con il progressivo aumento della popolazione di età superiore a 64 anni. Considerando il livello di dipendenza funzionale si osserva che, in entrambi i sessi, prevalgono le forme lievi, che rappresentano il 54,5% dei casi di demenza nei maschi e il 55,7% nelle femmine.

Nel 2009 i casi prevalenti di *ictus cerebri* sono stati 2.550, 1309 maschi e 1.241 femmine, 2.024 in soggetti di età superiore a 64 anni. I rapporti standardizzati, utili per il confronto tra aree geografiche, evidenziano a Prato una prevalenza di 13,1 per 1000 a fronte di 11,6 per 100 della media regionale. La prognosi dell'affezione rimane comunque grave, la letalità entro 28 giorni è del 21,4% considerando gli eventi totali e del 13,0% per quelli ospedalizzati: percentuali standardizzate comunque inferiori ai valori medi regionali (rispettivamente 25,5% e 16,4%).

Sulla base della Banca dati MaCro (<https://www.ars.toscana.it/marsupio/macro>), si stima che nella nostra AUSL i casi prevalenti di *diabete mellito* siano 10.769 (anno 2009), 6.707 dei quali in soggetti di età superiore a 64 anni (62,3%). La percentuale standardizzata di diabetici a Prato è risultata di 54,7 per 1000, valore inferiore alla media regionale (58,1 per 1000).

Analogamente i soggetti con *insufficienza cardiaca* presenti nel nostro territorio sono stimati in 4.718, 2.427 femmine e 2.291 maschi, 4.263 (90,4% dei quali hanno un'età superiore a 64 anni). Il rapporto standardizzato è nella nostra AUSL, relativamente ai soggetti di età superiore a 15 anni, di 24,5 per 1000, superiore al valore medio regionale che è risultato di 17,7 per 1000.

I prevalenti con *BPCO* sono stimati 8.938 residenti in età superiore a 16 anni, 4.939 maschi e 3.999 femmine, 5.887 dei quali hanno un'età superiore a 64 anni. Il rapporto standardizzato è risultato di 43,5 per 1000, valore lievemente inferiore rispetto al dato medio regionale (45,7 per 1000).

Nella AUSL 4 tra gli anziani dimessi da una struttura ospedaliera l'89,6% è stato operato per una *frattura di femore*, valore lievemente superiore alla media toscana (85,5%). Nel 2009 la sostituzione dell'anca per artrosi ha coinvolto 375 pratesi, 127 maschi e 248 femmine, con un tasso standardizzato globale di 2,5 per 1000 valore inferiore rispetto alla media toscana (2,7 per 1000).

Il prolungamento della vita media ed il progressivo invecchiamento della popolazione comportano dunque un aumento del carico globale di malattie croniche, che si inserisce in un contesto socio familiare sempre meno protetto e caratterizzato da una crescente debolezza delle reti di solidarietà.

Quando questo fragile equilibrio si rompe per un evento improvviso, la persona giunge in ospedale dove viene rianimata, stabilizzata, curata ed avviata verso la dimissione. Ma, anche se l'evento acuto è stato risolto, quali esiti ha avuto sul fragile equilibrio di partenza e quanto incideranno al momento del ritorno a casa? Sono domande che è difficile porsi all'interno di un ospedale teso al problema ed alla sua risoluzione, in tempi rapidi, efficaci e sostenibili. Tutto questo richiede un aumento del ricorso ai servizi sociosanitari del territorio.

A questo si aggiunga la fragilità sociale e sanitaria dei cittadini immigrati nei difficili percorsi di cittadinanza.

IL QUADRO REGIONALE DELLE “CURE INTERMEDIE”

Gli attuali processi toscani di riorganizzazione e razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, in particolare per ciò che riguarda il cosiddetto “ospedale per intensità di cura”, di cui Prato, con il nuovo ospedale che sarà completato entro il 2013, è una delle sedi privilegiate di sperimentazione, hanno evidenziato la necessità di prevedere, anche al fine di strutturare e garantire una moderna funzione di continuità assistenziale, un'offerta più ampia ed articolata di modalità di ricovero extraospedaliero, per quelle condizioni cliniche e patologiche che, in specifici pazienti, richiedono cure sanitarie non appropriate in un ospedale che si deve dedicare a pazienti “acuti”, né adeguatamente assicurabili al proprio domicilio.

La stessa LR 40/2005 richiama la necessità di organizzare i servizi sanitari territoriali e quelli ospedalieri “in rete”, garantendo al fruitore un percorso assistenziale appropriato e tempestivamente corrispondente al bisogno accertato.

Negli ultimi anni si sono quindi avviate e sviluppate sperimentazioni di diverse tipologie di strutture alternative ad un'ospedalizzazione inappropriata, le cosiddette “strutture intermedie”, fra la modalità di ricovero ospedaliero e l'assistenza al domicilio. Tra queste si ricordano le strutture riabilitative e di lungodegenza, i presidi alternativi all'ospedalizzazione di cui alla deliberazione del Consiglio regionale del 25 novembre 1997, n. 384; i moduli specialistici all'interno delle RSA, di cui alla deliberazione della Giunta regionale 26 aprile 2004, n. 402; i servizi per le cure intermedie presso RSA (moduli temporanei) e strutture di ricovero ospedaliero (c.d. ospedali di comunità e posti letto dedicati in case di cura), di cui alla deliberazione della Giunta regionale del 10 ottobre 2005, n. 1002; la sperimentazione di cui alla deliberazione della Giunta regionale 18 settembre 2006, n. 648. In particolare la ricordata Delibera 402/04 individua come essenziale, nel percorso di assistenza, sia la fase che intercorre tra la dimissione ospedaliera e il rientro al proprio domicilio, sia il percorso che dal domicilio, a fronte di un riacutizzarsi delle condizioni di bisogno, porterebbe verso un ricovero ospedaliero spesso improprio.

Non a caso il recente Documento delle Società Scientifiche mediche e chirurgiche della Regione Toscana sull'Ospedale per Intensità di Cure (2010), approvato dal Consiglio Sanitario Regionale, afferma: “E' necessario sviluppare una rete di servizi con due obiettivi a breve termine: 1) evitare il ricovero nei casi che possono essere gestiti a livello territoriale; 2) dimettere più precocemente possibile i pazienti che hanno ottenuto un inquadramento diagnostico adeguato e una stabilizzazione delle condizioni cliniche”.

Ricordiamo, infine, l'ultimo Documento regionale sulle cure intermedie (2011), che richiama opportunamente l'urgenza di implementare, sistematizzare e promuovere l'attivazione di strutture intermedie, estendendo il concetto dalla esclusiva dimissione ospedaliera alla possibilità di inserimento dal proprio domicilio e dal DEA.

Dunque le strutture di cure intermedie devono essere in grado di fornire risposte flessibili, modulari ed articolate per livelli di cura, collocate in maniera organica e di sistema nella rete delle risposte assistenziali territoriali residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Tale possibilità si inserisce quindi nella rete integrata dei servizi e si configura come uno degli aspetti dell'organizzazione di tipo PULL, volta a garantire una rapida risposta sia ai pazienti con problemi di dimissione dai reparti per acuti che a pazienti ancora al proprio domicilio con esigenze sanitarie e a ridurre il flusso di pazienti ai DEA, per problematiche che possono essere risolte con modalità diverse.

In questo modo da un lato si soddisfano le esigenze assistenziali del paziente, dall'altro si evitano ricoveri ospedalieri impropri e si riduce la durata della degenza.

CURE INTERMEDIE E DIMISSIONI DIFFICILI NELL'AREA PRATESE

L'Azienda Usl 4 di Prato, compatibilmente con i vincoli di area vasta, ha necessità di creare posti letto residenziali extraospedalieri di tipo sanitario (livello intermedio) per completare e potenziare la gamma di

offerta attualmente presente e modulare le risposte più adeguate in relazione ai diversificati bisogni degli assistiti.

L'assenza di un setting post acuto certo e di facile attivazione (nel recente passato per tutti gli inserimenti in RSA, anche in urgenza dall'ospedale, la procedura valutativa e amministrativa era la stessa dell'ordinaria), determinava non soltanto un aumento delle medie delle degenze ospedaliere (tanto è vero che Prato ha avuto una valutazione non buona per l'indicatore del bersaglio MES "indice di performance degenza media" e per "ricoveri superiori ai 30 giorni"), ma anche l'evenienza, sempre più frequente, che l'anziano inserito in RSA alla dimissione, rientrasse in ospedale entro 20 giorni nel 60% dei casi.

Il territorio aziendale ha risposto alla difficoltà di trovare soluzioni residenziali o assistenziali complesse alla dimissione, cercando di anticipare il riconoscimento del bisogno in occasione del ricovero, attivando per questo il Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale – Territorio (SCAHT). Un pool di infermieri, un assistente sociale e un medico di comunità si occupa di gestire attivamente la dimissione durante le fasi precoci dell'episodio di ricovero, prevenendo segnalazioni inappropriate dell'ospedale, riconducendo le attese della famiglia fin da subito nel canale dei LEA e della sostenibilità, attivando precocemente i servizi distrettuali. La realizzazione di strutture assistenziali di tipo intermedio, residenziali e non, temporanee, ad elevata intensità, di diretta e snella attivazione, consentirà di dare continuità e completamento a questa modalità di iniziativa, finalizzata sia a garantire maggiore copertura dei bisogni assistenziali alla dimissione ospedaliera (momento assai critico, come già visto, anche per la tenuta delle capacità assistenziali familiari e sociali) sia un miglioramento dell'utilizzo della risorsa ospedaliera.

Si ricorda, infine, il progetto "Dopo l'ospedale meglio a casa", finanziato dalla Regione Toscana alla Società della Salute dell'Area Pratese, che va in questa direzione. Si tenga conto, comunque, che solo interventi domiciliari non sono sufficienti per rispondere ai bisogni sopra descritti. In letteratura si stima che circa il 3-4% dei ricoveri ospedalieri degli anziani necessiti di una soluzione assistenziale intermedia alla dimissione.

Ma, insieme a queste innovazioni che hanno riguardato gli ultimi due anni, l'Azienda conta sul proprio territorio 731 posti letto in RSA autorizzati, di cui 552 convenzionati e 79 posti autorizzati in Centri Diurni per anziani, di cui 69 convenzionati. Inoltre, non possiamo dimenticare il consistente numero di interventi in Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) attivati nell'ultimo triennio, che hanno interessato circa quasi 5.000 pazienti/anno, quelli in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) che, nel primo semestre 2011, interessavano 871 assistiti, quelli di Assistenza Domiciliare Sociale (SAD), che è passata dai 433 assistiti del 2006 ai 661 del 2010 e, infine, quelli di Assistenti familiari (attualmente 445 assistiti usufruiscono o di una badante o di un *care giver* familiare).

C'è infine, come già ricordato, il problema dei percorsi di tutela sanitaria da garantire anche ai numerosi cittadini stranieri presenti in maniera irregolare sul nostro territorio e che incorrono in gravi problemi di salute che richiedono ospedalizzazione e fase postacuta, resa ancor più critica dalla mancanza di supporto sociale e dalla perdita di autonomia produttiva. Il numero di questi casi difficili alla dimissione è peraltro in drammatico aumento e riguarda anche casi pediatrici e neonatali. Avere strutture che consentano non soltanto una appropriata continuità assistenziale post ricovero e cure adeguate per la convalescenza sanitaria, ma anche diano i tempi per mettere in moto quelle relazioni utili a trovare percorsi di uscita o reinserimento dello straniero STP, diverrà questione sempre più ordinaria.

Per gli Stranieri Temporaneamente Presenti, è stato attivato dall'ASL, ormai da diversi anni, un percorso dedicato, nell'ambito delle "Dimissioni Difficili". Grazie, infatti, alla collaborazione con Solidarietà Caritas - Ramo ONLUS della Diocesi di Prato e col Comune di Prato, è stato allestito un ambiente (presso la struttura Casa Betania di via Pistoiese, 247) dove queste persone possono ricevere le cure e l'assistenza sanitaria necessaria.

Il progetto "Casa d'accoglienza Betania", pur avendo risposto in piccola parte al bisogno rilevato, non può far fronte ai numeri crescenti espressi dall'Ospedale di Prato e comunque non può far fronte a dimissioni che richiedono un prolungamento più o meno intensivo dell'assistenza sanitaria e riabilitativa.

LE PRIORITÀ NELLA PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE DI SVILUPPO DEI SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI TERRITORIALI DELL'AZIENDA USL 4 DI PRATO

Attualmente, a fronte delle problematiche e delle criticità ricordate, le priorità che l'Azienda ha evidenziato e che intende affrontare nel prossimo triennio, si sintetizzano nei seguenti punti:

1. rafforzamento della capacità di risposta extraospedaliera alla dimissione dei pazienti, anche con soluzioni di assistenza residenziale temporanea utili a garantire un continuità del percorso

- assistenziale in sicurezza, secondo un'appropriata graduazione delle risposte sanitarie e sociosanitarie;
2. crescita e strutturazione delle risposte territoriali in termini di intensità di cura, utilizzando come driver di riorganizzazione e di integrazione dei diversi professionisti sanitari e sociali coinvolti (MMG, medici specialisti, infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali) i PDTA della sanità di iniziativa;
 3. la possibilità di affidare agli MMG una funzione più diretta nella gestione di situazioni caratterizzate da acuzie o riacutizzazioni gestibili in ambito extraospedaliero, sia con percorsi ambulatoriali sia con la gestione di posti letto residenziali ad elevata intensità assistenziale ed intensità medica appropriata alla complessità dei PDTA progressivamente sperimentati;
 4. aumento dell'offerta delle attività di riabilitazione residenziale extraospedaliera, rivolte in particolare ai pazienti con esiti di frattura di femore e di ictus;
 5. prevenzione della disabilità e recupero delle funzionalità nei pazienti colpiti da riacutizzazioni di patologie croniche e ospedalizzati.

CARATTERI DELLA SPERIMENTAZIONE

Occorre lavorare ad una progettualità fortemente innovativa per l'area pratese, fornendo l'opportunità di avviare una vera sperimentazione sulle risposte alle complessità sanitarie e sociosanitarie, mediante l'integrazione ed il concorso finalizzato delle competenze specialistiche con quelle delle cure primarie, mediche (MMG e specialisti), infermieristiche e fisioterapiche.

1. Per la prima volta si va ad attivare un progetto di cure intermedie in una struttura appositamente studiata per soluzioni innovative: il cosiddetto "Presidio di Continuità Assistenziale" inteso come il livello di cura a maggiore intensità tra le cure intermedie (domiciliari, semiresidenziali, ecc.). La struttura potrà essere di proprietà aziendale (ex ospedale) e/o privata. Nel secondo caso verrà individuata con procedure di evidenza pubblica.
2. Il Presidio di Continuità Assistenziale, nelle sue diverse articolazioni, ha, alla sua base, la caratteristica di essere "dinamico": una struttura extraospedaliera, cioè, in cui si entra e si esce in tempi definiti. Il presidio, nel suo insieme, deve essere in grado di dare risposte flessibili e modulari, collocate in maniera organica e di sistema nella rete delle risposte assistenziali, territoriali residenziali (Hospice, RSA, Casa Betania, ecc.), semiresidenziali e domiciliari (ADI, SAD, progetto "Dopo l'Ospedale Meglio a Casa", ecc.). La struttura, quindi, deve rappresentare non soltanto un punto di erogazione aggiuntivo delle cure territoriali, quanto un importante snodo (una rotatoria a tante entrate quante uscite) a servizio della flessibilità e della circolarità dei percorsi di cura della cronicità, trasversali alla rete assistenziale.
3. Si intende mettere in atto un attento processo formativo di tutti gli attori coinvolti (l'iniziativa costituisce un'occasione unica per realizzare un vero e proprio "laboratorio di formazione interprofessionale").
4. È una struttura organizzata per "intensità di cura", tramite l'integrazione e l'articolazione di diversi processi e livelli di assistenza.
5. È una struttura che intende coprire le principali aree della cronicità.
6. La Sanità di Iniziativa si inquadra nella sperimentazione come *driver* della riorganizzazione territoriale e della ridefinizione delle competenze e dei ruoli nella rete delle cure primarie.
7. Si intendono in tale struttura sperimentare *ex novo* i parametri assistenziali e i requisiti di autorizzazione/accreditamento per il Presidio di Continuità Assistenziale (identificazione e descrizione dei potenziali utenti, procedure di accesso, tipologia delle prestazioni erogabili, protocolli di collegamento ospedale/territorio), da proporre alla Regione Toscana.

DURATA DELLA SPERIMENTAZIONE

2 anni

La sperimentazione prevede necessariamente risorse aggiuntive regionali per la fase di start up.

OBIETTIVI

La presente sperimentazione, in linea con quanto ricordato, si pone dunque i seguenti obiettivi:

1. ridurre/eliminare il prolungamento inappropriato dei ricoveri in ospedale, al fine di: a) facilitare un turn over efficiente dei pazienti ricoverati; b) ridurre i rischi per la salute e lo stato funzionale connessi al ricovero in ospedale;
2. favorire la stabilizzazione terapeutica e il recupero funzionale dei pazienti dimessi dall'ospedale per riacutizzazione di patologia cronica o evento acuto;
3. ridurre/annullare i tempi di degenza ospedaliera di pazienti clinicamente stabilizzati;
4. ridurre/eliminare i re-ricoveri a breve – medio termine;
5. consentire interventi riabilitativi a media – bassa intensità nella post acuzie;
6. possibilità di gestire le acuzie territoriali da parte degli MMG.

TARGET DEI PAZIENTI

L'identificazione dei pazienti da assegnare alle cure intermedie rappresenta tuttora un argomento su cui non esistono evidenze certe in letteratura ed unitarietà di pareri da parte dei programmatori sanitari. Considerata la grande quantità di variabili che influiscono sulla decisione di assegnare o no un paziente ad un setting di cure intermedie, è auspicabile che qualsiasi criterio proposto non venga applicato in modo rigido, ma con una certa quota di discrezionalità, a seconda delle situazioni contingenti.

In generale possiamo affermare che, se nel caso di ricovero per acuti in ambiente ospedaliero, l'obiettivo è la stabilizzazione e/o la guarigione clinica del paziente, l'obiettivo delle cure intermedie consiste nel recupero o nel mantenimento dello stato funzionale.

Si tratta, in linea di massima, di pazienti (nella maggior parte anziani "fragili") con patologie acute o croniche riacutizzate e un grado di stabilità clinica che non richiede il ricovero in reparto per acuti, ma non consente nemmeno la permanenza o il ritorno a domicilio, che necessitano ancora di una fase di osservazione e/o di continuità terapeutico – riabilitativa e debbono recuperare la loro autonomia personale.

- Pazienti con situazione clinica stabilizzata in dimissione dall'ospedale o di provenienza territoriale, da reinserire a domicilio dopo stabilizzazione terapeutica/recupero funzionale, in raccordo con gli MMG;
 - Durata ricoveri: max. 15 giorni.
- Pazienti con situazione clinica stabilizzata in dimissione dall'ospedale o di provenienza territoriale, da reinserire in percorsi riabilitativi domiciliari, dopo un periodo di recupero funzionale per esiti di frattura, di ictus, di traumi cranici, in raccordo con gli MMG;
 - Durata ricoveri: max. 30 giorni.
- Pazienti affetti da patologia acuta o cronica riacutizzata, con situazione clinica stabilizzata (non abbia caratteristiche di gravità, complessità e instabilità da richiedere il ricovero ospedaliero), in dimissione dall'ospedale o con provenienza dal territorio, in carico ai PDTA della sanità "d'iniziativa";
 - Durata dei ricoveri: max. 10 giorni.

La sperimentazione mirata iniziale prevederà l'inserimento di pazienti, provenienti dall'ospedale, necessitanti di riabilitazione post acuta intensiva extraospedaliera per esiti di frattura di femore e di ictus e di pazienti provenienti dal proprio domicilio affetti da patologie inserite in appositi PDTA (es. BPCO riacutizzata, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, polmonite, colica renale, ecc.).

Un apposito Gruppo di Progetto dovrà costantemente e strettamente monitorare l'andamento della sperimentazione e valutarne l'andamento, anche al fine di evidenziare le eventuali criticità e proporre le soluzioni più appropriate in vista dell'assetto definitivo della struttura.

LA STRUTTURA: CARATTERISTICHE E FUNZIONAMENTO

La struttura consente di lavorare nelle aree di bisogno, articolando il funzionamento attraverso linee o livelli di processo assistenziale per intensità di cura:

- Cronicità riacutizzata e/o scompensata
- Cronicità o post acuzie con necessità di medio - bassa intensità riabilitativa
- Cronicità riacutizzata e/o scompensata in pazienti in carico ai PDTA della Sanità di Iniziativa
- Percorsi per acuzie territoriali.

Il modello prescelto è quello cosiddetto *patient – based*:

- approccio multidisciplinare, centrato sul malato, per processi e obiettivi (linee guida e protocolli condivisi);
- aree di degenza “aperte e variabili” (moduli), orientati per modalità ed intensità di bisogno assistenziale.

Non è una struttura per pazienti in fase terminale o con gravi demenze.

Non è una struttura per assistiti in cui si rivelino predominanti e determinanti per il ricovero problematiche di tipo sociale.

LE CARATTERISTICHE

- Media – bassa intensità di cura clinica per ciò che riguarda le attrezzature diagnostico – terapeutiche e l’assistenza medica.
- Alta intensità di cure infermieristiche (assistenziale) nelle 24 ore, qualificate e di assistenza alla persona, con presa in carico personalizzata (favorire la mobilitazione, migliorare lo stato nutrizionale, monitorare i parametri vitali e le condizioni cliniche, garantire la somministrazione delle terapie).

La valorizzazione delle potenzialità organizzative proprie della professione infermieristica dovrà consentire un modello gestionale moderno e sostenibile, in grado di coniugare gli aspetti dell’efficienza organizzativa con quelli della modularità per diversi livelli di cura.

Gli infermieri presenti in struttura dovranno possedere:

- esperienza lavorativa di almeno 3 anni in reparto di degenza (medicina, geriatria, ortopedia, neurologia, cardiologia), RSA, assistenza domiciliare;
- conoscenza dei modelli assistenziali e pianificazione di diagnosi infermieristiche;
- conoscenza delle procedure e dei protocolli assistenziali in uso.

L’inserimento del personale prevede:

- un corso di formazione specifico per il personale da inserire con argomenti riguardanti: l’ospedale per intensità di cura, l’assistenza territoriale, la non autosufficienza, i LEA, la normativa vigente in materia.
- La valutazione del personale neoinserito (Schede di valutazione).

La struttura aziendale nella quale si inserisce la sperimentazione sarà organizzata in moduli flessibili di 12 posti letto, per un massimo complessivo di 36 posti letto e sarà dotata di appositi e dedicati spazi ambulatoriali e riabilitativi.

La Farmacia dell’Ospedale provvede a rendere disponibili i farmaci, su richiesta del medico, secondo specifici accordi definiti con l’Azienda USL 4.

Possibilità di eseguire in sede alcuni accertamenti (esami ematochimici, urinari, ECG, ecc.).

Per la rimanente diagnostica sarà necessario attivare rapporti innovativi, qualificati e agevolati con le strutture pubbliche e/o private accreditate e già convenzionate con la nostra Azienda.

FABBISOGNO PERSONALE ASSISTENZA

Per quanto riguarda la quantità di personale, prendendo in considerazione il fabbisogno delle risorse infermieristiche per struttura a medio – alta complessità assistenziale, si propone:

case mix 0,92 – medio-alta intensità assistenziale – indice 0,35

Corrispondente alla presenza di almeno uno dei fattori di complessità assistenziale:

- Instabilità clinica
- Dipendenza
- Problemi cognitivi e scelte inadeguate

N° infermieri presenti nelle 24 ore 9

Fabbisogno infermieristico N° 18.

N° OSS presenti nelle 24 ore 9

Fabbisogno personale di supporto N° 18

Il calcolo corrisponde alle ore previste per l’alta intensità residenziale (non autosufficienza).

IL FUNZIONAMENTO

La struttura nel suo complesso è affidata, come responsabilità organizzativa, all’UF Cure primarie e prevede:

- Un Medico responsabile del Presidio che:
 - a. garantisce l'operatività, l'idoneità, l'accessibilità e l'agibilità funzionale di ciascun edificio presente nel territorio di competenza;
 - b. assicura la sorveglianza degli edifici, degli impianti e delle attrezzature connesse;
 - c. assolve a tutti i compiti previsti dal vigente Regolamento aziendale "Schema tipo di Regolamento di Presidio";
 - d. provvede alla segnalazione immediata delle anomalie e delle criticità sopraggiunte e, nelle more dell'adozione degli opportuni provvedimenti, adotta tutte le iniziative finalizzate ad assicurare la prosecuzione delle attività in sicurezza;
 - e. gestisce le emergenze, salvaguardando operatori ed utenti;
 - f. provvede alla designazione degli operatori incaricati della gestione delle emergenze;
 - g. garantisce l'osservanza di:
 - D. Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.;
 - Regolamento aziendale Divieto di Fumo;
 - Regolamento aziendale Privacy.
- Un Infermiere Coordinatore con:
 - esperienza lavorativa nel campo del management da almeno 3 anni;
 - esperienza in reparto degenza/RSA;
 - abilità nell'utilizzo e gestione delle risorse.
- Un Medico responsabile clinico dei pazienti ricoverati, sarà presente in struttura per 6 ore e comunque reperibile sino dalle 8 alle 20. Tale medico, in grado di impostare il percorso diagnostico-terapeutico, verificarne lo svolgimento e relazionarsi con paziente e familiari:
 - prende in carico il paziente dopo l'accettazione dello stesso;
 - possiede un'adeguata esperienza e competenza rispetto alla comunicazione con i pazienti ed i familiari ed alla gestione dei percorsi assistenziali (formazione);
 - risponde da un punto di vista organizzativo al Medico Responsabile di presidio e, da un punto di vista tecnico – professionale, all'MMG del paziente e allo specialista di riferimento, che costantemente tiene informati, con cui collabora e con i quali si fa carico di concordare il piano assistenziale e il percorso per la dimissione dalla struttura;
 - si raccorda con l'infermiere referente nella definizione e nell'attuazione degli obiettivi assistenziali;
 - cura e verifica la corretta compilazione del diario clinico.
 - MMG del paziente e specialista di riferimento possono effettuare accessi concordati in struttura sul modello dell'ADI.
- In orario notturno (20,00 – 08,00) e nei giorni festivi e prefestivi, l'assistenza sarà garantita dai Medici della continuità assistenziale (guardia medica), secondo le forme che si stanno elaborando a livello regionale.
- Un Infermiere referente, che:
 - è responsabile dell'assistenza al paziente affidatogli e del risultato del progetto assistenziale sul piano infermieristico;
 - risponde da un punto di vista organizzativo all'Infermiere Coordinatore e al Medico Responsabile di Presidio e, da un punto di vista tecnico – professionale, al Medico responsabile clinico, all'MMG del paziente o allo specialista di riferimento.
- Medici specialisti in proiezione, forniti dall'Azienda, saranno presenti in struttura, in base alle necessità rilevate (neurologi, geriatri, fisiatristi).

MODALITA' DI ACCESSO

- Dall'ospedale
 - Inserimento tramite SCAHT, condiviso con MMG, Medico responsabile clinico e Infermiere Coordinatore che dovranno prendere in carico il paziente.
 - Presa in carico (Piano assistenziale personalizzato e cartella clinica informatizzata che permetta di condividere le informazioni medico – infermieristiche in qualunque momento).
- Dal domicilio, compresa l'RSA (alternativa al ricovero ospedaliero)
 - Inserimento su proposta dell'MMG, condiviso con Medico responsabile clinico e Infermiere Coordinatore che dovranno prendere in carico il paziente.

- Presa in carico (Piano assistenziale personalizzato, ecc.).
- Dal DEA e Osservazione Breve
 - Inserimento tramite SCAHT.
 - Presa in carico (Piano assistenziale personalizzato, ecc.).
- Dallo specialista del SSN
 - Inserimento condiviso con MMG, Medico responsabile clinico e Infermiere Coordinatore che dovranno prendere in carico il paziente.
 - Presa in carico (Piano assistenziale personalizzato, ecc.).

MODALITA' DI DIMISSIONE (concordata con l'MMG dell'assistito)

1. Domicilio.
2. Trattamenti riabilitativi ambulatoriali.
3. Sanità d'iniziativa e PDTA.
4. Intervento temporaneo in RSA/RSD.
5. Se non autosufficienza stabilizzata, tramite UVM, SAD, ADI, centro diurno, RSA, ecc..

INDICATORI DI EFFICACIA / EFFICIENZA

- Costi di degenza
- Durata della degenza
- Tasso di occupazione del posto letto
- Percentuale di dimessi a domicilio e in RSA
- Percentuale di ricoveri ripetuti (reingressi) in ospedale
- Sopravvivenza dei pazienti
- Stato funzionale a breve e medio termine
- Assistenziali:
 - N° UDP di nuova insorgenza
 - N° ricoveri ripetuti
 - Valutazione gradimento tramite questionario (Aree indagate: accoglienza, comunicazione, comfort, relazione).

RISULTATI ATTESI (revisione trimestrale)

- Incremento di risposte positive alle “dimissioni difficili”
- Riduzione dei costi di degenza ospedaliera
- Miglioramento della percentuale di dimessi a domicilio
- Riduzione della percentuale di ricoveri ripetuti (reingressi) in ospedale e degli accessi in ospedale relativi alle patologie supportate da appositi PDTA
- Riduzione degli accessi al pronto soccorso per le patologie supportate da appositi PDTA
- Miglioramento dello stato funzionale a breve e medio termine.

