



Il Contesto Normativo



Luigi Rossi

Direttore Zona Distretto Piana di Lucca AUSL Toscana Nord Ovest Gruppo Lavoro SItI - Primary Health Care Presidente CARD Toscana







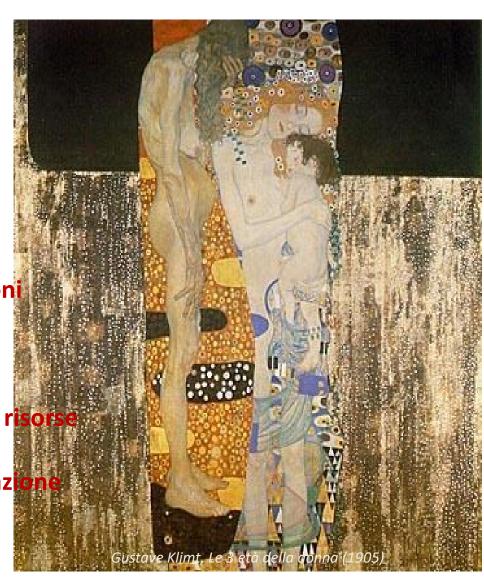
Dinamiche Evolutive



- ☐ Invecchiamento della popolazione
- ☐ Aumento delle condizioni di *Long Term*
- ☐ Aumento delle condizioni di fragilità
- ☐ Innovazione (cure innovative, ecc.)
- Incremento della domanda di prestazioni

- De-finanziamento pubblico e riduzione risor
- Over Use e Under Use dei servizi (dilatazion diseguaglianze)





Lo "tsunami" della cronicità

Invecchiamento della popolazione

"EPIDEMIA" **MALATTIE CRONICHE**

Efficacia tecniche diagnostiche e terapie

RIDUZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI

DILATAZIONE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE

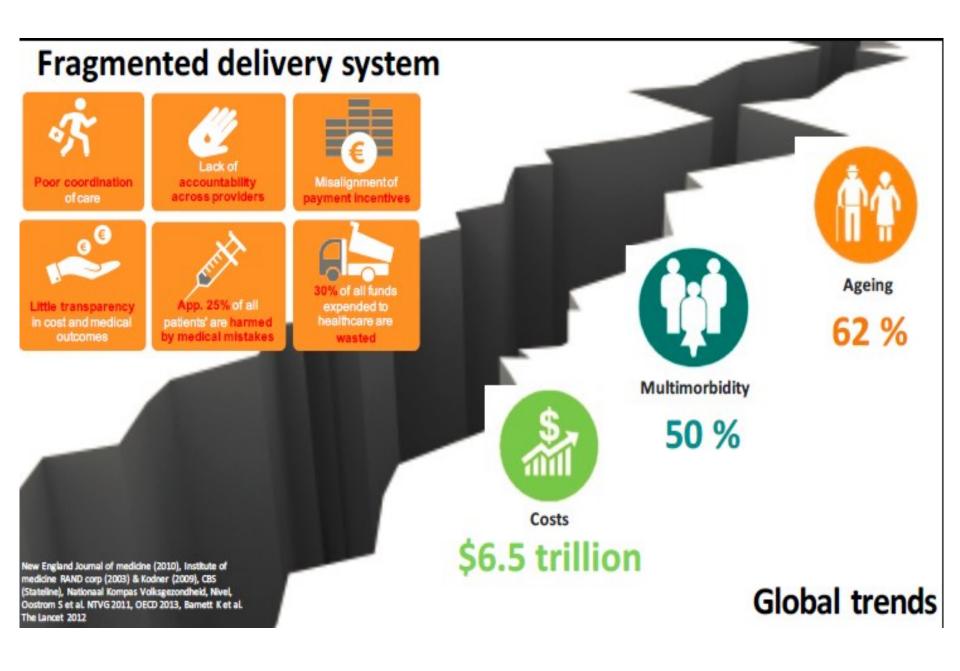
L'espressione tempesta perfetta si riferisce al verificarsi simultaneo di una serie di eventi che, presi singolarmente, sarebbero stati molto meno potenti che nella loro fortuita combinazione.







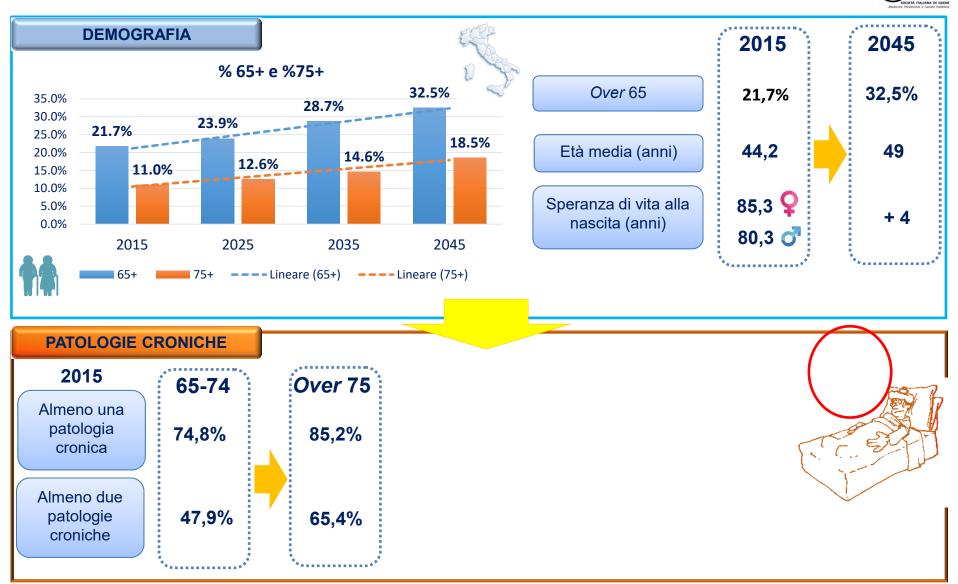






I numeri della longevità in Italia





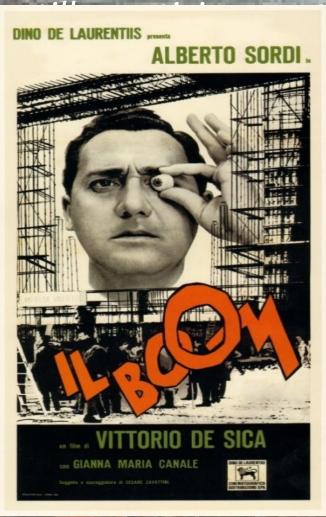
INVECCHIAMENTO, CRONICITÀ, COMPLESSITÀ

Fonte: A. Bussotti, Siena 2016

"Paradox: we are

Gestione integrata

Empowerment dei pz



e care medicine ase" Kane RL.

Cure primarie

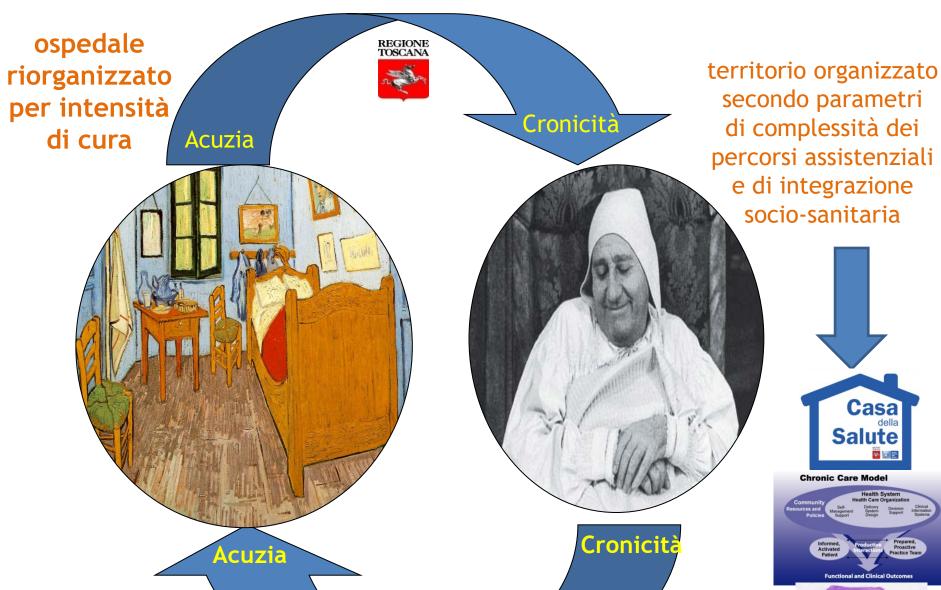
PAI





Toscana: I «nuovi» modelli organizzativi











Sistem

Sistema Ospedaliero "Paradigma dell'attesa" la dimensione verticale

Polo della "Intensività tecno-assistenziale"

Orientato alla produzione di prestazioni e alla soluzione dei problemi clinici

Presidia l'**efficienza** e gli esiti

Tende all'accentramento per realizzare economie c scala

Punta all'eccellenza e alla concentrazione delle conoscenze



'toriale:



Primary Care aradigma dell'iniziativa" dimensione orizzontale

Luogo della "Estensività socio-assistenziale"

Orientato alla gestione di cessi assistenziali e alla rico (Chronic Care Model)

sidia l'efficacia e i risultati

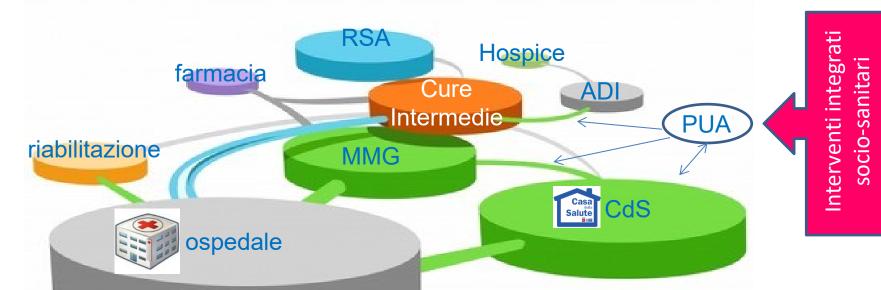
nde al decentramento per izzare il capitale sociale e promuovere azioni di promozione della salute

Punta all'**equità** e alla usione e utilizzazione dei i saperi e del *self* –*care* e *family learning*





Ospedale e Territorio Sarà mai un gioco di Squadra?







Territorio - Ospedale - Territorio



Stabilizzazig



Fine vita
Hospice

Segnalazione

dimissione

Agenzia
Continuità
OspedaleTerritorio

Strutture Socio-Sanitarie Residenziali Semiresidenziali

A.D.

Post-Acuzie

Strutture Riabilitative Assistenza Post-Acuzie



Post-Acuzie/Stabilizzazione

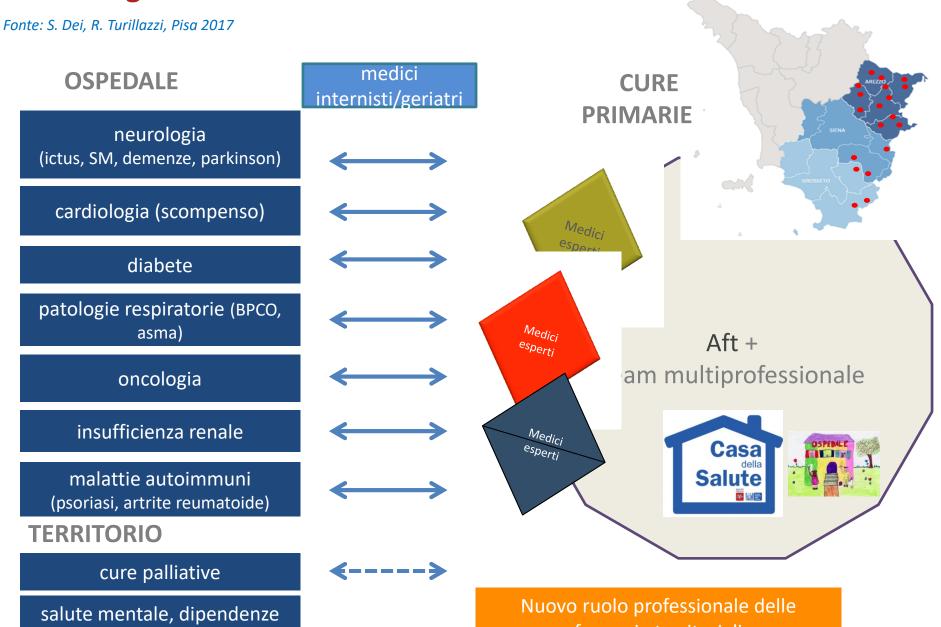
A.D.I.



Cure Intermedie
Ospedale di Comunità



Per ogni Zona Distretto: RETI CLINICHE INTEGRATE E STRUTTURATE



farmacie territoriali





Integrazione : ottiche settoriali





Chiede al territorio di risolvergli i problemi che non controlla

Il territorio "scarica" sull'ospedale i problemi che non controlla



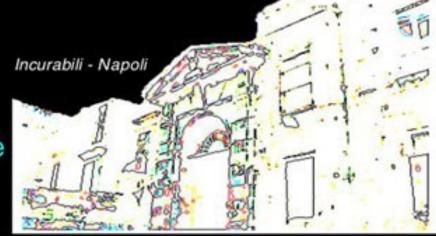


Integrazione: ottica globale



Il percorso assistenziale è programmato e gestito



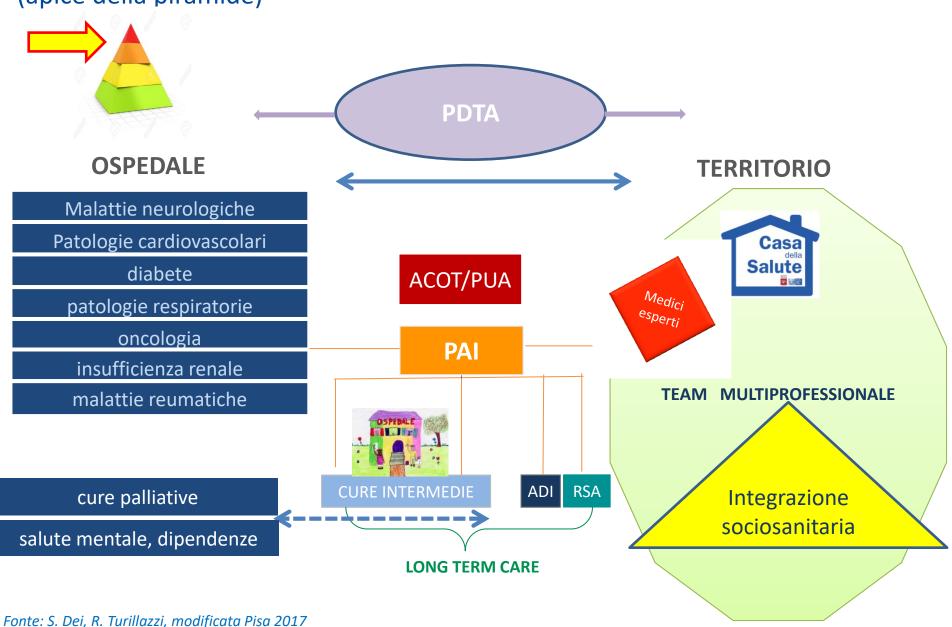




INTEGRAZIONE T-H-T



(apice della piramide)











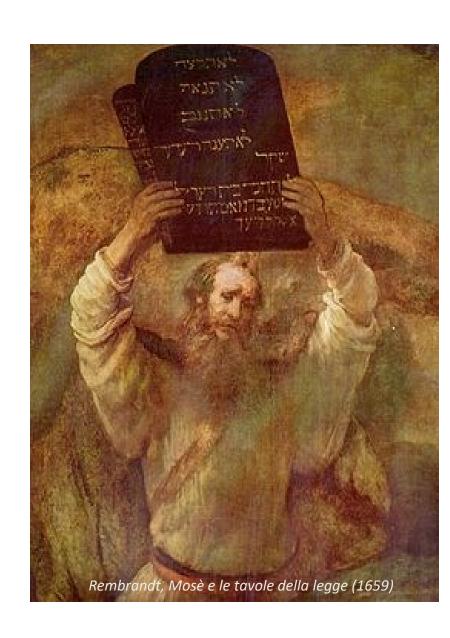


La normativa nazionale



PSN 2006-2008: indica nell'Ospedale di Comunita' lo strumento di sviluppo delle cure intermedie, intese come punto di raccordo fra cure primarie e cure ospedaliere, là dove ne ricorrano le condizioni secondo l'organizzazione dei servizi regionali, indicandolo come

la struttura dedicata all'attuazione delle cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti.





La normativa nazionale



• Il PSN 2011-13 «il potenziamento della rete assistenziale territoriale si dovrà avvalere della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria (Case della Salute) e di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l'attivazione di posti letto sanitari territoriali (Ospedali di Comunità)».

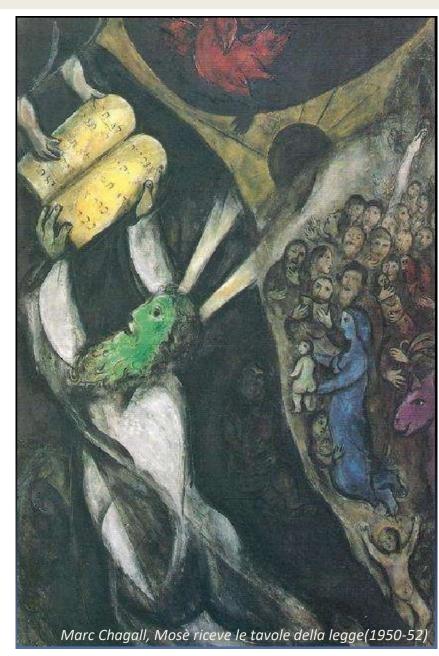




La normativa nazionale



- Bozza Decreto del Ministero della Salute del 21/7/2014(Intesa Stato Regioni 5/8/2014) «Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»
- Patto per la Salute 2014-2016
 «promuovere la riduzione dei
 ricoveri inappropriati ed i percorsi di
 deospedalizzazione» (OsCo)
- DM 70/2015 «Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» Allegato 1 al punto 10 «Continuità ospedaleterritorio» e al punto 10.1 «Ospedale di Comunità».











Presidenza Onsiglio dei Ministri





Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Indica alla regioni l'obiettivo di perseguire operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.







CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016

ART.5

Assistenza territoriale

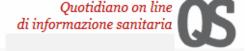
Presidi territoriali/Ospedali di comunità

- 17. Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135", e si conviene di stipulare, entro il 31 ottobre 2014, un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:
- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare),
- <u>di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a</u> domicilio,

L'intesa definisce altresì gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture, nonché gli standard dei posti letto territoriali.

quotidianosanità.it

Governo e Parlamento



Home Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Professioni Farmaci Studi e Archivio Cerca

Ospedali, si cambia. Presto in Gazzetta i nuovi standard. Arrivano gli "ospedali di comunità" gestiti dagli infermieri e le grandi reti per patologia. Stop ai privati con meno di 60 letti. Ecco il

Gli ospedali gestiti dagli infermieri. Ultimo capitolo del regolamento quella sugli ospedali di comunità nell'ambito del processo di integrazione ospedale territorio per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza. L'ospedale di comunità, al quale è affidato il compito di "interfacciarsi" con l'ospedale ordinario per la presa in carico di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano del ricovero per impedimenti di varia natura (logistici o familiari) ad essere erogate a casa del paziente. Questi ospedali saranno gestiti dagli infermieri, avranno dai 15 ai 20 posti letto e l'assistenza medica sarà assicurata da medici di medicina generale o pediatri o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn secondo modalità scelte localmente. A livello gestionale questi ospedali faranno capo ai distretti sanitari.

14 febbraio 2015







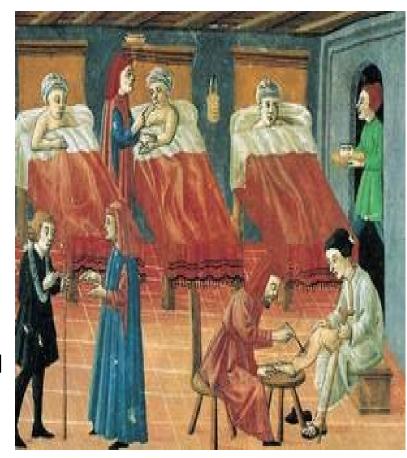


Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

10. Continuità ospedale-territorio

Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni

Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare 1) pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali e 2) pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto

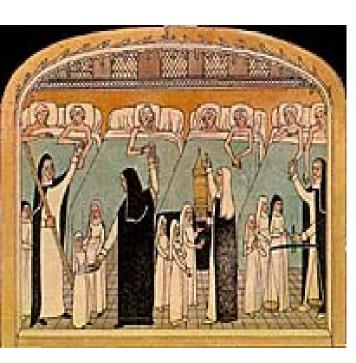






Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

10.1 Ospedale di Comunità



E' una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestita da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

- -di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
- -di sorveglianza infermieristica continuativa.





Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

10.1 Ospedale di Comunità

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.







Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

PUNTI DI FORZA

- Struttura sanitaria
- 24h di assistenza
- Gestione territoriale
- Definizione periodo di degenza
- Riconversione strutture
- Possibili modelli diversificati

PUNTI DI DEBOLEZZA

- Livello clinico di ammissione
- Intensità cure e/o assistenza
- Diagnostica
- Specialistica









Lo zibaldone delle cure intermedie: così cambia l'offerta sotto la spinta delle riforme

27 dic 2016

di Verdiana Morando e Valeria D. Tozzi (Cergas e Sda Bocconi)

L'analisi esplorativa mostra come il quadro nazionale presenti oggi 3 movimenti nella direzione delle cure intermedie: Regioni che hanno avviato politiche esplicite e organizzato modelli specifici di offerta (Lombardia e Veneto dal 2012, Toscana dal 2013 e Marche dal 2015); Regioni con esperienze aziendali avanzate (Emilia Romagna) o in sviluppo (**Piemonte**); Regioni (Calabria e Umbria) con interventi su alcuni target specifici (ad esempio gli stati vegetativi) che a tendere potranno rappresentare la base per future elaborazioni sulle cure intermedie.



Le differenze hanno un peccato originale di base:

nascono e si inseriscono nelle trasformazioni dell'organizzazione territoriale e ospedaliera

Le Cure intermedie sono figlie di necessità specifiche, differenti e disomogenee, e quindi esse stesse sono specifiche, differenti e disomogenee

Fonte: G. Caruso, Bologna 2017





Le diverse denominazioni delle cure intermedie

DENOMINAZIONI DELLE CURE INTERMEDIE								
Campania	Ospedali di comunità							
E. Romagna	Ospedali di comunità							
Lazio	Nuclei di assistenza residenziale estensiva							
Liguria	Strutture di cure intermedie (SCI)							
Lombardia	Cure intermedie							
Marche	Cure intermedie: 1) country hospital (CH); 2) struttura intermedia integrata (SII)							
Piemonte	Continuità assistenziale a valenza sanitaria							
Sardegna	Strutture di cure intermedie (SCI)							
Toscana	 a) moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute; b) strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la sub acuzie, a valenza sanitaria (Cure intermedie) 							
Umbria	Cure intermedie							
Veneto	Strutture di ricovero intermedie: a) Ospedale di comunità; b) Unità riabilitativa territoriale.							



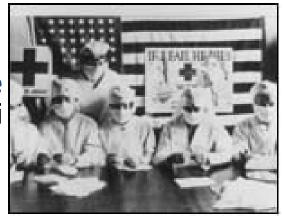
Cure Intermedie: il modello assistenziale



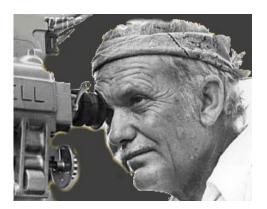
Il MMG è il responsabile clinico del caso



L'infermiere ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla gestione assistenziale del paziente individuate sulla base di percorsi condivisi, con l'aiuto dell'OSS, per quanto di competenza, nell'assistenza alla persona.



Il **Distretto** garantisce il **governo dei servizi** per la presa in carico e la verifica dell'andamento delle attività del progetto di modulo e coordina entrata/uscita dal modulo CI.





Cure Intermedie



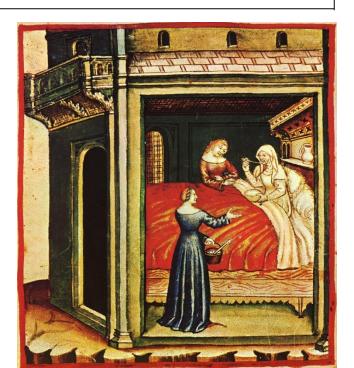
1) Chi è accettato



- a) Pazienti dimessi dall'ospedale in corso di stabilizzazione clinica;
- b) pazienti inviati dal Medico di Medicina Generale con riacutizzazione di cronicità ma senza necessità di ricovero in ospedali per acuti.

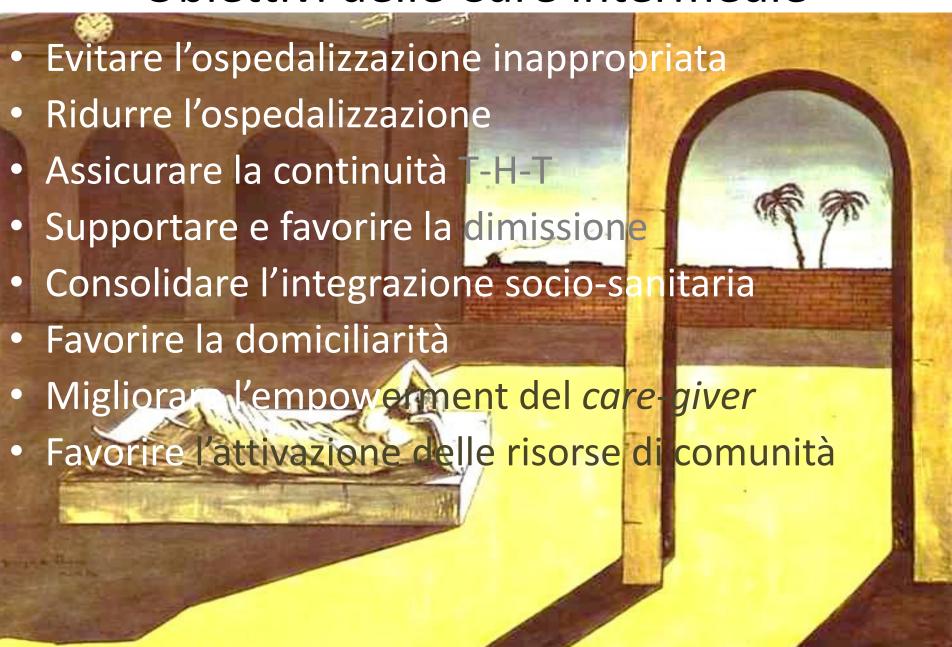








Obiettivi delle Cure intermedie









Le Cure Intermedie in Toscana

- Delibera Regione Toscana 1002/2005
- Indirizzi per la sperimentazione di servizi per le cure intermedie presso le RSA (Residenze sanitarie assistenziale) e le Case di Cura Convenzionate
- Delibera Regione Toscana 1235/2012

Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale. Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo

- Parere Consiglio Regionale 34/2013
- Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012
- Delibera Regione Toscana 431/2013
- Indirizzi per lo sviluppo del sistema delle Cure Intermedie
- Decreto Presidente Giunta Regione Toscana 79R del 17/11/2016

Regolamento di attuazione della LR 51/2009 in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie

- Delibera Regione Toscana 909/2017
- Indirizzi regionali per l'organizzazione dei *setting* assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera



REGIONE TOSCANA ELEVELE LUNARUM



DI TRENTO E DI BOLZANO

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME

sa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge oni e le Province autonome di Trento e di Bolza 2014-2016

32/csRdel to lughto 2011

Presidi territoriali/Ospedali di comunità

CARD TOSCARD

Primi objetivi: le dimissioni precoci e i trattamenti a bassa intensita tre infermedie allo starter

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 28-12-2012 (punto N 53)

Delibera

N 1235

del 28-12-2012

Proponente LUIGI MARRONI

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD) Dirigente Responsabile ANDREA LETO

Estensore ELISA SCOPETANI

Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo

Assenti

ENRICO ROSSI ANNA MARSON STELLA TARGETTI SALVATORE ALLOCCA LUCA CECCOBAO GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

LUIGI MARRONI

ANNA RITA

Le nanotecnologie applicate alla medicina

Qualità della vita, conservazione della fertilità e chirurgia mini-invasiva in ginecologia oncologica S. Guaschino, M. Fambrini, A. Mattel, E. Landoni, E. Vizza, G. Scambia

A. Arcangeli, S. Ferrati, M. Ferrari

AOSCANA Medica

Appropriatezza delle cure

L. Gabbani, C. Pozzi, E. Piattoli Barghini

dei pazienti anziani complessi

delle risorse ex DGR 1235/2012

Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto

SOTTOLINEA

l'importanza del prosieguo dei lavori del gruppo che, su mandato della Direzione Generale, dovranno

ESPRIME PARERE

FAVOREVOLE al documento "Sviluppo del Sistema Cure Intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex DGR 1235/2012" che in allegato costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto

PARERE 34/2013 Seduta del 06 marzo 2018

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 974 del 27 agosto 2001 "Consiglio sanitario regio

Visto il regolamento del Consiglio Sanitario Regionale approvato nella seduta assembleare del 12

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale" Vista la L.R. 14 dicembre 2005, n. 67 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 4 vizio sanitario regionale). Interpretazione autentica dell'articolo 59 della l.r. 40/2005 e s.m.i.;

Visto l'Ordine del giorno predisposto dal Consiglio Sanitario Regionale (CSR); Vista la richiesta di parere n. 05/2018 "Delibera di Giunta Regionale 1235/2012";

Ascoltate le precisazioni formulate dai membri dell'Ufficio di Presidenza

d'atto del regolamento e modifica delibera n. 922/00°:

Vista la normativa statale e regionale in materia

All'unanimità

SERRITORAL TREALERELL SERVICE BELL BLOW HAT James H. T.

BRAMERINI

GIUNTA REGIONALE

REGIONE TOSCANA

DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale".

Presenti

RICCARDO NENCINI

CRISTINA SCALETTI

ALLEGATI Nº2





Cure Intermedie



Il termine"cura" serve ad indicare che le "Cure Intermedie" definiscono come sanitaria la loro missione, che pertanto deve essere svolta in ambienti di assistenza accreditati come "sanitari", nel rispetto della L. R. 51/2009 e del Regolamento 61/2010, che comunque ad oggi non contengono riferimenti specifici alle Cure Intermedie.

Il paziente che fruisce delle "Cure Intermedie" è in situazione di malattia, ma non tanto grave da avere necessità di risiedere in un Ospedale, anche se organizzato per Intensità di Cure, e ancora **non è sufficientemente stabilizzato** per vivere al proprio domicilio.

- Stabilizzazione e/o miglioramento clinico del paziente;
- Dimissione in tempi relativamente brevi con programmazione del percorso post-dimissione in ottemperanza alla continuità assistenziale:





Cure Intermedie







Chi non può accedere

- a) Pazienti Terminali
- b) Pazienti che per motivi sociali prolungano il ricovero
- c) Lungodegenti
- d) Pazienti che hanno in corso programmi riabilitativi intensivi
- e) Pazienti con gravi disturbi cognitivi e comportamentali
- f) Pazienti affetti da malattie infettive e diffusive

Criteri per l'accesso

- a) N.E.W.S. = 0-1
- b) Diagnosi già definita
- c) Prognosi già definita
- d) Processo di stabilizzazione clinica non ancora consolidato
- e) Programma di trattamento predisposto e concordato tra MMG e Ospedale o tra MMG
- f) Tempo di permanenza 7 e 20 gg (media 14 gg)



Delibera Regione Toscana 909/2017 : Indirizzi regionali per l'organizzazione dei *setting* assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera

Il setting 1 - LOW CARE in strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera (riferimenti normativi nella sezione D.6 dell'allegato A del "Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" approvato con DPGR 17/11/2016 n.79/R);

Il **setting 2 - RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA** in strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale, (riferimenti normativi nella **sezione D.7** dell'allegato A del «Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" approvato con DPGR 17/11/2016 n.79/R);

Il setting 3 - RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA attivato in via sperimentale, e fino al 31 dicembre 2018, in strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti (RSA):

Intensità assistenziale: bassa intensità di tipo residenziale territoriale

Tipologia del bisogno degli assistiti: assistenziale **Criteri di accesso:** criticità assistenziale NEWS 0 - 1

Interventi/attività erogate: assistenza infermieristica 24 h - riattivazione/riabilitazione estensiva

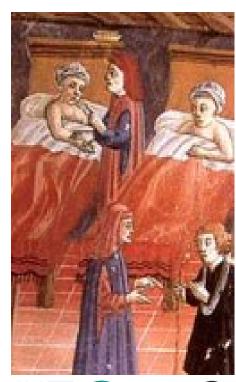
Assistenza medica: MMG, con accessi programmati, che si avvale della consulenza degli specialisti (minimo 6 ore settimanali ogni 8 posti letto) e medico continuità assistenziale

Numero minimo posti letto per modulo: 8 posti letto

Tempi di degenza: massimo 20 giorni

Erogazione farmaci: è garantito l'approvvigionamento, la somministrazione e la conservazione dei farmaci prescritti dal medico curante, adottando la modalità di erogazione diretta, senza oneri a carico della struttura.

Erogazione presidi: garantita un'adeguata dotazione di presidi non personalizzati di tipo assistenziale, senza alcun onere a carico dell'assistito.





Delibera Regione Toscana 909/2017: Indirizzi regionali per l'organizzazione dei *setting* assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera

ALLEGATO B - TABELLA RIEPILOGATIVA SETTING CURE INTERMEDIE RESIDENZIALI

Definizione setting	Tipologia bisogno del paziente	Criterio accesso	Intensità assistenziale	Interventi/attività erogati	Assistenza Medica	Durata degenza	Tariffa giornaliera	N° min p.l. per modulo	Riferimenti normativi regionali
LOW CARE	Assistenziale Clinico	Alto rischio instabilità clinica NEWS 3-4	Alta intensità di tipo residenziale	Assistenza clinica Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	Medico di struttura	Max 20 gg	€ 154,00 comprensiva di prestazioni specialistiche e terapia farmacologica	8	Regolamento 79/R DPGR del 17/11/16, allegato A, strutture D. 6 Strutture residenziali destinate ad accogliere i pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera
RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA	Assistenziale Clinico	Basso rischio instabilità clinica NEWS 2-3	Media intensità di tipo residenziale	Assistenza clinica Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	Medico specialista di struttura in stretto raccordo con la medicina generale	Max 20 gg	€ 132,00 comprensiva di prestazioni specialistiche e terapia farmacologica	8	Regolamento 79/R DPGR del 17/11/16, allegato A strutture D. 7 Strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale (C.I.)
RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA	Assistenziale	Criticità assistenziali NEWS 0-1	Bassa intensità di tipo residenziale	Assistenza infermieristica Riattivazione / Riabilitazione estensiva	MMG che si avvale della consulenza specialistica programmata e medico di continuità assistenziale	Max 20 gg	€ 119,00	8	sperimentazione in atto fino al 31-12-2018 con riferimento agli aspetti funzionali e organizzativi previsti nell'allegato A

OBBLIGHI INFORMATIVI: Con riferimento a tutti e tre i setting di cure intermedie residenziali evidenziati nella presente tabella, le strutture erogatrici sono tenute all'espletamento degli obblighi informativi di cui al D.M. 5 dicembre 2006 dei "Modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle aziende e delle strutture sanitarie" per la rilevazione delle strutture e dell'attività, di cui ai D.M. del 17 Dicembre 2008 di "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare" e di "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale" e di cui alla Delibera di Giunta regionale n.773/2009 di "Istituzione del Sistema informativo regionale dell'assistenza domiciliare e residenziale" per la rilevazione dell'attività analitica.



Delibera Regione Toscana 909/2017: Indirizzi regionali per l'organizzazione dei *setting* assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera

D - REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E TECNOLOGICI SPECIFICI PRESTAZIONI A CICLO CONTINUATIVO E DIURNO IN FASE POST-ACUTA

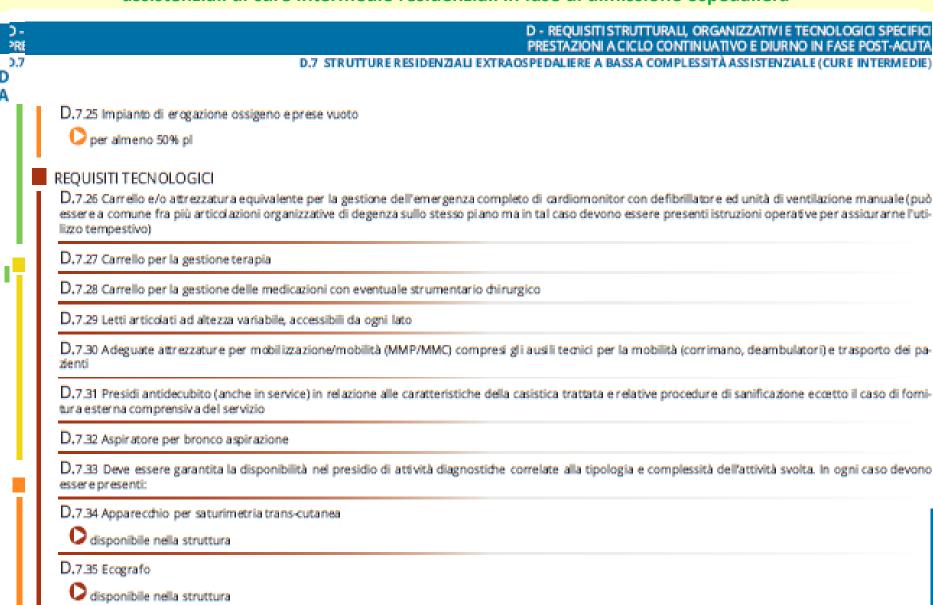
l'utilizzo efficace)

D.6 STRUTTURE RESIDENZIALI DESTINATE AD ACCOGLIERE I PAZIENTI NELLA FASE POST-ACUTA ALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA

D,6.24 Carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale (può essere a comune fra più articolazioni organizzative di degenza sullo stesso pi ano ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assigurar ne l'utilizzo tempestivo) D.6.25 Letti articolati ad altezza variabile, accessibili da ogni lato D.6.26 Adeguate attrezzature per mobilizzazione/mobilità (Mmp/MMC) compresi gli ausili tecnici per la mobilità (corrimano, deambulatori) e trasporto dei pazienti D.6.27 Presidi antidecubito (anche in service) in relazione alle caratteristiche della casistica trattata e relative procedure di sanificazione eccetto il caso di fornitura esterna comprensiva del servizio D.6.28 Aspiratore per bronco aspirazione D.6.29 Apparecchio radiologico per RX standard disponibile nella struttura D.6.30 Deve essere garantita nell'arco delle 24 ore, la disponibilità nel presidio di attività diagnostiche correlate alla tipologia e complessità dell'attività svolta. In ogni caso devono essere presenti: D.6.31 Apparecchio per saturimetria trans-cutanea disponibile nella struttura D.6.32 Ecografo disponibile nella struttura D.6.33 Elettrocardi ografo (può essere a comune fra più articolazioni organi zzative, ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarme



Delibera Regione Toscana 909/2017: Indirizzi regionali per l'organizzazione dei *setting* assistenziali di cure intermedie residenziali in fase di dimissione ospedaliera



D.7.36 Elettrocardiografo (può essere a comune fra più articolazioni organizzative, ma in tal caso devono essere presenti istruzioni operative per assicurarne l'utilizzo efficace)

Le Cure Intermedie in Emilia Romagna

Quadro regionale Emilia -Romagna

- •DGR 284/2013: «strutture sanitarie territoriali intermedie di degenza temporanea»
- •DGR n.221/2015: «Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure primarie»
- •DGR n.2040/2015: recepimento del DM 70 con impulso allo sviluppo di OsCo nella «Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dal DM 70/2015»
- DGR n. 2128/2016
- capitolo specifico sullo sviluppo degli ospedali di comunità "La Regione intende offrire attraverso gli Ospedali di Comunità un nuovo setting assistenziale a supporto della integrazione ospedale-territorio e della continuità delle cure».
- •Documento programmatico Emilia Romagna 2013-2015 del 7/1/2014 «un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione degli Ospedali di Comunità».





Le Cure Intermedie in Veneto





giunta regionale

Deliberazione della Giunta n. 2481 del 06/08/2004

Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della L.R. 03/02/1996, n. 5: "Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissioni ospedaliere".

L'Ospedale di Comunità

- 1) requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per le RSA dal DPR 14.01.1997 e dalla LR 22/02.
- 2) dotazione standard per un modulo di 20 p.l. nelle 24 hh., in 1 infermiere coordinatore, 5,5 infermieri e 7, 5 OTAA.
- 3) funzione clinico-assistenziale garantita dal MMG con fascia oraria di presenza attiva
- 4) entro 20gg dall'ammissione progetto da UVMD per assistenza territoriale



- 1. pazienti clinicamente stabilizzati, anche con forme morbose "a lenta risoluzione", comunque assistibili in struttura di degenza intermedia, in dimissione da reparti ospedalieri, per i quali è necessario prevedere un ulteriore periodo di residenzialità temporanea con assistenza sanitaria di tipo medio-alto;
- 2. pazienti assistibili seguiti in assistenza domiciliare integrata che necessitino di un periodo di tutela sanitaria correlata a problematiche non altrimenti gestibili a domicilio.



Le Cure Intermedie in Veneto





giunta regionale

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE n. 2718 del 24 dicembre 2012

Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di **strutture di ricovero intermedie** e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22.

«..... struttura atta a garantire le «cure intermedie" necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo (indicativamente 4-6 settimane)"

Pazienti post-acuti o cronici riacutizzati con basso margine di instabilità e/o imprevedibilità clinica, adulti e anziani e profilo SVAMA > 2.

ALLEGATO F alla Dgr n. 1112 del 01 luglio 2014

Garantire la continuità assistenziale dell'anziano fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali.

- Determina per le strutture di ricovero intermedie lo standard complessivo ottimale di 1,2% posti letto/abitanti.
- Ospedale di Comunità (ODC)
- 2. Unità Riabilitativa Territoriale (URT)

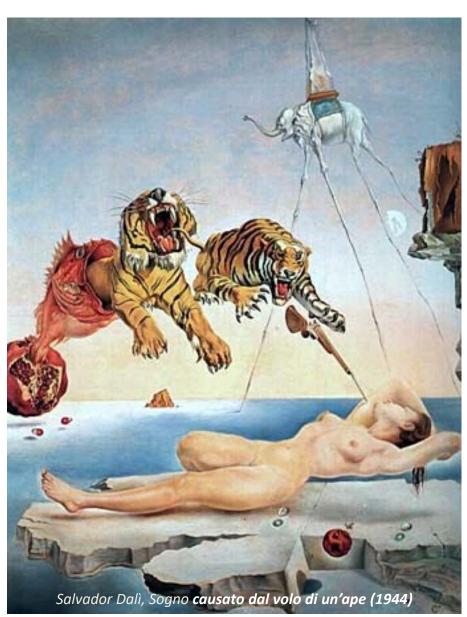




Conclusioni – Parole chiave



- Struttura sanitaria a valenza territoriale
- Intensità assistenziale medio-bassa su 24 ore
- Governo distrettuale (ruolo AFT)
- Gestione assistenziale infermieristica
- MMG responsabile clinico
- TEAM multiprofessionale
- Rete territoriale
- PAI (PAP) e programmazione percorso successivo
- Pazienti target provenienti da ospedale o da territorio (in particolare anziani, con pluripatologie, in stato di fragilità)
- Durata di degenza <3 settimane
- Riferimento DM 70/2015 e Atti Regionali in materia







«QUANDO GUARDATE, GUARDATE LONTANO; E ANCHE QUANDO CREDETE DI GUARDARE LONTANO, GUARDATE ANCORA PIU' LONTANO»

Robert Baden-Powell

