



REGIONE TOSCANA  
GIUNTA REGIONALE

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 03-06-2013 (punto N 37)**

Delibera

N 431

del 03-06-2013

*Proponente*

LUIGI MARRONI

DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

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

*Dirigente Responsabile ANDREA LETO*

*Estensore GIUSEPPINA ATTARDO*

*Oggetto*

DGR 47/2013. Approvazione progetti delle aziende USL della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva.

*Presenti*

ENRICO ROSSI

SALVATORE ALLOCCA

ANNA MARSON

GIANNI SALVADORI

CRISTINA SCALETTI

GIANFRANCO SIMONCINI

STELLA TARGETTI

LUIGI MARRONI

VITTORIO BUGLI

VINCENZO

CECCARELLI

*Assenti*

ANNA RITA

BRAMERINI

ALLEGATI N°3

ALLEGATI

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Cartaceo+Digitale	INDIRIZZI
B	Si	Cartaceo+Digitale	SINTESI PROGETTI
C	Si	Cartaceo+Digitale	TABELLA RISORSE

*STRUTTURE INTERESSATE*

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE PRESIDENZA
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

*MOVIMENTI CONTABILI*

<i>Capitolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Tipo Mov.</i>	<i>N. Movimento</i>	<i>Variaz.</i>	<i>Importo in Euro</i>
U-24347	2013	Assegnazione a prenotazione			2525000,00

## LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del Servizio Sanitario Regionale”;

Vista la Legge Regionale 27 dicembre 2012 n. 81 “Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla LR 51/2009, alla LR 40/2005 ed alla LR 8/2006”;

Visto il Programma Regionale di Sviluppo 2011-2015 adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n. 49 del 29 giugno 2011;

Visto il Documento di programmazione economica e finanziaria 2013, approvato dal Consiglio Regionale con risoluzione n. 161 del 18 dicembre 2012, che pone tra gli obiettivi per l’Area tematica Diritti di cittadinanza e coesione sociale la riorganizzazione del sistema sanitario regionale, attraverso interventi mirati ed una puntuale revisione dei modelli organizzativi e produttivi;

Visto il Piano Sanitario Regionale 2008-2010, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 53 del 16 luglio 2008, ancora in vigore ai sensi del comma 1 dell’art. 133 della L.R. 27 dicembre 2011 n.66;

Vista la propria deliberazione n. 754 del 10 agosto 2012, che fornisce indirizzi alle aziende e agli enti del SSR in relazione alle azioni immediatamente adottabili in attuazione del DL 95/2012 ed individua ulteriori azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale (SSR);

Visto in particolare l’allegato B della DGR 754/2012, che individua le aree dell’organizzazione sanitaria nelle quali avviare un articolato processo di innovazione, specificando per ogni area gli obiettivi da perseguire e le azioni coordinate;

Vista la propria delibera n. 1235 del 28 dicembre 2012 che fornisce indirizzi alle aziende sanitarie ed alle Aree Vaste in relazione alle azioni di riordino del SSR, di cui al citato allegato B della DGR 754/2012;

Precisato che la citata delibera della Giunta regionale 1235/2012 impegna le aziende sanitarie e le Aree vaste, per quanto di competenza, a dare attuazione alle previste azioni di riordino attraverso protocolli attuativi da stipulare entro il 1 marzo 2013 con gli enti locali, le organizzazioni professionali e sindacali interessate e le Università, destinando a tal fine una somma complessiva pari a € 20.000.000,00;

Vista la propria delibera n. 47 del 29 gennaio 2013, che individua le azioni prioritarie a partire dalle quali le aziende sanitarie della Toscana devono avviare il processo di riordino dei servizi, precisando che le risorse rese disponibili dalla DGR 1235/2012 devono considerarsi quale contributo alle aziende stesse per l’avvio e la realizzazione di tali azioni e definisce, nell’allegato A i criteri di riparto e le modalità di erogazione delle suddette risorse, specificando le somme disponibili in relazione alle azioni prioritarie individuate;

Precisato che tra le suddette azioni prioritarie la DGR 47/2013 indica lo sviluppo delle cure intermedie a partire dalla riconversione dei posti letto per acuti dimessi;

Vista la delibera della Giunta regionale n. 1002 del 10 ottobre 2005 che approva gli indirizzi per la sperimentazione di “Servizi per le cure intermedie” presso le R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali) e le Case di cura convenzionate”;

Preso atto del parere n. 34/2013 del Consiglio Sanitario Regionale sul documento “Sviluppo del Sistema delle cure intermedie al fine dell’utilizzo corretto delle risorse ex DGRT 1235/2012”;

Considerato che sul territorio regionale sono già in atto esperienze di cure intermedie con diverse modalità organizzative dovute alle specificità territoriali, che rappresentano una ricchezza del sistema;

Ritenuto comunque necessario fornire alle aziende USL alcuni elementi di riferimento per la prosecuzione delle esperienze in corso e l’ulteriore sviluppo del sistema delle cure intermedie, anche in relazione all’obiettivo di cui alla citata DGRT 1235/2012;

Visto il documento “Indirizzi per lo sviluppo del Sistema delle cure intermedie”, allegato A alla presente delibera, che rappresenta un quadro di riferimento in tale ambito;

Dato atto che con decreto dirigenziale n. 5702 del 28 novembre 2012 è stato costituito, presso la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, il gruppo di monitoraggio e controllo a supporto della riorganizzazione del SSR, previsto dalla citata DGR 754/2012, indicandone le funzioni e le modalità operative;

Valutato pertanto opportuno che il suddetto gruppo avvii un’attività di monitoraggio e valutazione degli interventi in essere e di quelli che saranno avviati in attuazione della presente delibera, integrando lo stesso con rappresentanti delle aziende ed enti del SSR dotati delle necessarie competenze, al fine di produrre una relazione sull’attività svolta, entro 15 mesi dall’approvazione del presente atto;

Precisato che il monitoraggio e la valutazione, di cui al precedente capoverso, dovranno anche riguardare i seguenti aspetti:

- tipologia di pazienti (complessità assistenziale, severità clinica)
- durata degenza
- standard di personale
- sistema di accreditamento
- sistema informativo
- tipologia di risposta assistenziale in uscita
- risultati di esito in termini di riammissioni, accessi successivi al PS, mortalità, ecc.
- consumo di prestazioni specialistiche, diagnostiche
- consumo di servizi (ad. es. trasporti)
- consumo di farmaci, materiale sanitario (farmaceutica integrativa)
- ulteriori costi diretti e indiretti
- ulteriori elementi necessari alla valutazione;

Vista la propria deliberazione n. 30 del 21 gennaio 2013, che dispone la continuità e l’ampliamento dei rapporti tra le aziende sanitarie e le case di cura private previsti dalla DGR 648/2006, incaricando nel contempo i competenti settori della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di integrare il Regolamento 61/R approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale del 24 dicembre 2010;

Considerato che per la definizione dei requisiti di accreditamento di cui al punto 1 del dispositivo della citata DGR 30/2013, per quanto attiene le cure intermedie, è opportuno attendere le risultanze dell'attività di monitoraggio e valutazione di cui ai precedenti capoversi;

Valutato inoltre necessario dotare il Sistema delle cure intermedie dei sistemi informatici di riferimento, atti a supportare i processi operativi e ad alimentare il sistema informativo di governo regionale;

Rilevato che la sopra citata DGR 47/2013, nell'allegato A, destina alle aziende USL e Ospedaliere Universitarie la quota di €5.900.000,00, per le seguenti azioni:

- ridefinizione posti letto per acuti;
- adeguamento del numero di posti letto di cure intermedie in base a standard regionali, a partire dalla riconversione di posti letto per acuti dimessi;
- individuazione ospedali focalizzati;

Rilevato in particolare che, l'allegato B della citata DGR 47/2013, ripartisce la somma complessiva di cui al punto precedente, come segue:

- € 4.350.000,00 quali quote (base e capitaria pesata) di contributo spettanti alle aziende USL, di cui una quota minima del 50% deve essere destinata alla attivazione di posti letto di cure intermedie;
- € 850.000,00 destinate alle AOU per l'azione relativa all'individuazione degli ospedali focalizzati;
- € 700.000,00 quale quota aggiuntiva ulteriore destinata a supportare interventi delle aziende USL, che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, quantificata in base alla valutazione dei progetti attuativi pervenuti;

Preso atto che, ai sensi della DGR 1235/2012, sono pervenuti alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale da parte delle aziende USL i progetti attuativi dell'azione relativa allo sviluppo delle cure intermedie (numero posti letto e sedi), così come riportati nell'allegato B al presente provvedimento;

Ritenuto di ammettere al finanziamento di cui alla DGR 47/2013 i progetti pervenuti, impegnando le aziende USL a comunicarne l'avvio alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale ai fini della verifica dei tempi di realizzazione dichiarati;

Preso atto che 117 posti letto sul totale di 549 posti letto di cure intermedie da attivare, come individuati nei progetti pervenuti, prevedono la rimodulazione di piccoli ospedali e che l'applicazione del criterio di distribuzione della quota aggiuntiva previsto dalla DGR 47/2013 implicherebbe l'attribuzione di tale quota solo a 8 aziende USL sul totale di 12;

Ritenuto pertanto, per le motivazioni sopra descritte, di modificare parzialmente il criterio di ripartizione della quota aggiuntiva di cui alla DGR 47/2013 (pari a € 700.000,00), stabilendo l'assegnazione di una quota di € 350.000,00 a supporto degli interventi che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, in proporzione ai posti letto attivati e la ripartizione dei restanti € 350.000,00 in parti uguali tra tutte le aziende USL, finalizzati alla ulteriore implementazione del modello assistenziale Case della salute;

Precisato infine, sulla base di quanto specificato ai punti precedenti, che la quota complessiva destinata alle aziende USL per l'adeguamento del numero di posti letto di cure intermedie è pari a € 2.525.000,00 ripartiti come indicato nell'allegato C al presente provvedimento;

Ritenuto di stabilire che l'erogazione della quota spettante a ciascuna azienda per attivazione di posti letto di cure intermedie avvenga in due tranches, di cui la prima (pari al 75% del totale) successivamente alla comunicazione di avvio degli interventi previsti e la seconda (pari al 25% del totale) a seguito di comunicazione della realizzazione degli interventi stessi;

Dato atto che, nella definizione dei progetti in argomento, le aziende USL e le Aree vaste hanno garantito il coinvolgimento dei Comuni e degli altri soggetti interessati;

Vista la L.R. n. 78 del 27.12.2012 che approva il bilancio di previsione per l'anno finanziario 2013 ed il bilancio pluriennale 2013-2015;

Vista la DGR n. 1260 del 28.12.2012 che approva il bilancio gestionale 2013 ed il bilancio pluriennale 2013-2015;

A VOTI UNANIMI

### DELIBERA

1. di approvare, per i motivi esposti in narrativa, gli "Indirizzi per lo sviluppo del Sistema delle cure intermedie", di cui all'allegato A alla presente delibera, che rappresentano un quadro di riferimento in tale ambito;
2. di dare mandato al gruppo di monitoraggio, previsto dalla DGR 754/2012, di avviare un'attività di monitoraggio e valutazione degli interventi in essere e di quelli che saranno avviati in attuazione della presente delibera, integrando lo stesso con rappresentanti delle aziende ed enti del SSR dotati delle necessarie competenze, al fine di produrre una relazione sull'attività svolta, entro 15 mesi dall'approvazione del presente atto;
3. di precisare che il monitoraggio e la valutazione, di cui al precedente capoverso, dovranno anche riguardare i seguenti aspetti:
  - tipologia di pazienti (complessità assistenziale, severità clinica)
  - durata degenza
  - standard di personale
  - sistema di accreditamento
  - sistema informativo
  - tipologia di risposta assistenziale in uscita
  - risultati di esito in termini di riammissioni, accessi successivi al PS, mortalità, ecc.
  - consumo di prestazioni specialistiche, diagnostiche
  - consumo di servizi (ad. es. trasporti)
  - consumo di farmaci, materiale sanitario (farmaceutica integrativa)
  - ulteriori costi diretti e indiretti
  - ulteriori elementi necessari alla valutazione;
4. di precisare che per la definizione dei requisiti di accreditamento di cui al punto 1 del dispositivo della citata DGR 30/2013, per quanto attiene le cure intermedie, è opportuno attendere le risultanze dell'attività di monitoraggio e valutazione di cui ai precedenti capoversi;
5. di prevedere per il Sistema delle cure intermedie dei sistemi informatici di riferimento, atti a supportare i processi operativi e ad alimentare il sistema informativo di governo regionale;

6. di modificare parzialmente il criterio di ripartizione della quota aggiuntiva di cui alla DGR 47/2013 (pari a € 700.000,00), stabilendo l'assegnazione di una quota di € 350.000,00 a supporto degli interventi che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, in proporzione ai posti letto attivati e la ripartizione dei restanti € 350.000,00 in parti uguali tra tutte le aziende USL, finalizzati alla ulteriore implementazione del modello assistenziale Case della salute, rinviandone a successivo atto la destinazione;
7. di approvare e ammettere al finanziamento i progetti pervenuti (numero posti letto da attivare e sedi), come riportati nell'allegato B parte integrante della presente deliberazione, destinando le risorse previste dalla DGR 47/2013 per la suddetta azione, pari ad € 2.525.000,00, ripartiti come indicati nell'allegato C alla presente deliberazione, a valere sulla prenotazione n. 2013646 assunta sul capitolo 24347 del bilancio 2013 con la DGR 1235/2012;
8. di impegnare le aziende USL a comunicare l'avvio dei progetti di cui al punto precedente, alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, ai fini della verifica dei tempi di realizzazione dichiarati;
9. di stabilire che l'erogazione della quota spettante a ciascuna azienda per attivazione di posti letto di cure intermedie avvenga in due tranches, di cui la prima (pari al 75% del totale) successivamente alla comunicazione di avvio degli interventi previsti e la seconda (pari al 25% del totale) a seguito di comunicazione della realizzazione degli interventi stessi;
10. di incaricare le strutture competenti della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di adottare ogni altro atto necessario all'attuazione della presente deliberazione.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 18, comma 2, lettera a) della legge regionale n.23/2007 in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL DIRETTORE GENERALE  
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Dirigente Responsabile  
ANDREA LETO

Il Direttore Generale  
EDOARDO MAJNO

## **Indirizzi per lo sviluppo del Sistema delle cure intermedie**

### **Premessa**

Nei Paesi anglosassoni sin dagli anni Novanta con il termine generico di “Intermediate Care” sono stati indicati i vari “setting assistenziali funzionalmente collocati tra l’Ospedale per acuti e il domicilio, costituiti da sistemi di cura eterogenei tra loro e diversi dal punto di vista strutturale e funzionale. Anche in Italia, la risposta ha avuto, nelle diverse realtà, articolazioni grandemente diversificate in cui l’area della post-acuzie rappresenta un ambito determinante.

Esistono pertanto molte declinazioni del concetto di Assistenza Intermedia (Intermediate Care), la definizione che si ritiene attualmente meglio si adatti al nostro contesto di riferimento è quella fornita dall’Oxford and Anglia Intermediate Care Project che fa riferimento all’insieme dei servizi che non richiedono le risorse di un ospedale per acuti ma hanno finalità più complesse di quelle offerte dalle cure primarie.

Questi comprendono:

- servizi che sostituiscono elementi di assistenza ospedaliera che possono essere erogati in setting meno complessi (assistenza sostitutiva);
- servizi per le persone i cui bisogni sanitari sono complessi ed in fase di transizione. (assistenza complessa).

Si tratta quindi di una vasta gamma di servizi forniti in un arco temporale a breve termine, a domicilio o in un ambiente residenziale, il cui obiettivo è quello di facilitare la dimissione precoce dall’ospedale, evitare i ricoveri non necessari e prevenire il ricorso all’istituzionalizzazione. La finalità primaria dell’Assistenza Intermedia è infatti quella di svolgere una funzione di transizione, creando un ponte tra differenti livelli di erogazione dell’assistenza.

Con il termine di Assistenza Intermedia si raffigura dunque un range di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l’utilizzo evitabile della lungodegenza e dell’istituzionalizzazione.

L’Assistenza Intermedia è oggi il punto centrale delle azioni di modernizzazione all’interfaccia ospedale territorio. Se sviluppate ed implementate correttamente le attività di Assistenza Intermedia possono aumentare l’appropriatezza dell’assistenza ed hanno un impatto significativo sul sistema consentendo un uso più efficiente delle risorse. L’approccio globale prevede il contributo di tutti i partner del sistema locale per poter garantire l’appropriatezza, la continuità e l’omogeneità dell’assistenza. Per ottenere i migliori risultati è necessario che una gamma adeguata di servizi siano disponibili al momento opportuno e che i professionisti lavorino in modo integrato condividendo le strategie operative per il loro corretto utilizzo.

Le attività di Assistenza Intermedia possono essere sviluppate a domicilio, in un domicilio protetto, così come in strutture con posti letto dedicati al ricovero intermedio. Queste risposte vanno viste come parti del sistema complessivo di Assistenza Intermedia che si integra con gli altri livelli di assistenza.

Il concetto di Assistenza Intermedia in Italia è ancora relativamente poco esplorato ed in continua evoluzione tanto che si sono sviluppati nel tempo nuovi orientamenti sulle modalità di sviluppo,



per questo motivo, in particolare per quanto riguarda le Strutture Intermedie per la sub acuzie si ritiene necessaria una ulteriore ricerca e valutazione per meglio definire le tipologie di strutture che possano accogliere e assistere i pazienti che attraversano una fase post-acuta o sub acuta.

La nuova prospettiva posta dalla DGR 754/2012 afferma un principio che cambia in modo significativo l'organizzazione e l'erogazione delle attività di ricovero e cura in modo da rispondere pienamente alla necessità di assicurare risposte adeguate per i pazienti nella modalità più appropriata.

I nuovi modelli organizzativi ospedalieri per aree di intensità di cura introdotti a partire dalla L.R. 40/2005 e che trovano ora un livello consistente di implementazione sul territorio regionale ci impongono di riflettere su come si stanno utilizzando oggi gli ospedali per acuti, sempre più complessi e tecnologicamente evoluti e rivolti alla casistica con maggiore complessità clinica e terapeutica. Questa svolta di tipo organizzativo ci porta così a riflettere sulla gestione intra-ospedaliera di quella tipologia di pazienti, prevalentemente anziani, che pur avendo una prognosi favorevole, presentano ancora un rischio di instabilità clinica e che per vari motivi non possono essere dimessi al domicilio. Questo provoca un allungamento della degenza in un contesto di intensità di cura che non è più quello adeguato per i bisogni di questi pazienti. La risposta a questo fabbisogno è quella di ampliare le tipologie di risposta per la post e la sub acuzie realizzando strutture di tipo intermedio che possano permettere di curare questo tipo di pazienti in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera. Un altro target è rappresentato da pazienti con compromissione dello stato di salute, spesso con concomitanti difficoltà sociali, tali non richiedere il ricovero ospedaliero in modo da evitare ricoveri inappropriati.

La DGR 1235/2012, riprendendo in termini programmatici e propositivi questo tema, di fatto orienta verso lo sviluppo di un'area sub acuta tra l'ospedale per acuti ed il domicilio che assolvano contemporaneamente agli obiettivi di:

- ridurre il carico di pazienti in fase post acuta presenti negli ospedali per acuti garantendo una dimissione precoce e sicura individuando il livello di cure post acute più utile e appropriato (funzione sub acuta in dimissione);
- evitare i ricoveri di natura inappropriata ricorrendo a strutture di tipo sub acuto (funzione sub acuta in ingresso).

Tali attività, adeguatamente definite ed organizzate, permetteranno sia di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti, sia di ridurre i costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati.

Queste attività dovranno essere erogate in strutture di ricovero e cura di complessità medio bassa in possesso degli adeguati requisiti di accreditamento”.

Esiste attualmente un gap tra standard programmatori ed effettivo fabbisogno assistenziale nell'area della sub-acuzie che determina una carenza di offerta di strutture intermedie ad intensità di cure adeguate alle reali necessità del paziente, dovuto ad un ritardo di evoluzione del concetto di continuità e specializzazione delle cure che inoltre fa sì che funzioni di “sub-acuzie” vengano frequentemente allocate in strutture con caratteristiche molto diverse e rivolte a pazienti di varia complessità.

Le suddette criticità comportano attualmente:

1. rinvio a strutture di post-acuzie con livello assistenziale non adeguato di malati non ancora completamente stabilizzati o affetti da comorbilità di rilievo;
2. invio alle strutture di post acuzie di pazienti che potrebbero essere inviati a strutture socio-assistenziali.

Una riclassificazione delle attività correlate al fabbisogno dei pazienti come sopra indicato presuppone specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;
- contenere i tempi di degenza in ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale e ridurre le giornate di degenza inappropriate.

Premesso quanto sopra ed analizzati i dati relativi all'attuale utilizzo dei posti letto ospedalieri, visto il documento redatto dal Consiglio Sanitario Regionale e approvato con parere n.69/2013 e valutata la necessità di procedere alla individuazione delle specifiche tecniche delle Strutture Intermedie per la sub-acuzie attraverso una sperimentazione, si è stabilito di avviare nelle aziende sanitarie del territorio regionale progetti pilota per sperimentare due diverse tipologie di strutture che si propongono come una risposta appropriata a due diversi profili di utenza:

A) **Moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute**, che offrono modalità di assistenza diversa da quella ospedaliera con prevalenza dell'assistenza infermieristica, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura.

Il target è rappresentato da pazienti che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto.

Il modello si caratterizza per l'integrazione tra le professionalità territoriali ed ospedaliere nella gestione dei pazienti. Nell'ottica vera della continuità assistenziale e della necessità di rispondere ai bisogni dei pazienti, l'integrazione e la collaborazione fra gli Specialisti Ospedalieri e i MMG è necessaria per definire il percorso del paziente, le necessità di visite e consulenze, la previsione di durata del ricovero e la proposta di gestione successiva.

Va garantita adeguata tutela medica secondo le specifiche realtà territoriali, compresa le modalità definite dalla DGR 30/2013.

La permanenza all'interno del modulo è articolata secondo il progetto personalizzato, da realizzare in linea di massima, in 10 giorni, con la necessaria flessibilità rispetto a specifici percorsi.

I posti letto potranno essere individuati in via preferenziale negli ospedali di piccole dimensioni, nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base, o in specifiche aree degli ospedali di maggiori dimensioni o case di cura convenzionate.

**ACCESSO:** pazienti che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica prolungata e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore.

**CRITERI PER L'ACCESSO:** NEWS tendenzialmente  $\leq 3$  integrato da scale di valutazione della complessità assistenziale tipo Flugelman, Brass, ecc.

B) **Strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la sub acuzie, a valenza sanitaria (Cure Intermedie).** Il target è rappresentato sia da pazienti in condizioni cliniche a minore complessità non ancora in grado di tornare al proprio domicilio, sia da soggetti di provenienza territoriale che in questo modo possono evitare l'ospedalizzazione. Le necessità sono prevalentemente di assistenza infermieristica ma deve essere assicurata la valutazione medica quotidiana in relazione alla situazione clinica. La responsabilità clinica è del MMG al quale spettano le decisioni riguardo all'inquadramento diagnostico e terapeutico in raccordo con l'AFT. Il paziente rimane in carico al Medico già titolare della scelta, che coordinerà l'intero piano

assistenziale e sarà seguito anche dai medici in rapporto orario AFT. La durata della degenza di norma non deve superare i 15 giorni.

**ACCESSO:** il target è rappresentato sia da pazienti in condizioni cliniche a minore complessità non ancora in grado di tornare al proprio domicilio, sia da soggetti di provenienza territoriale che in questo modo possono evitare l'ospedalizzazione.

**CRITERI PER L'ACCESSO:** NEWS 0-1 integrato da scale di valutazione della complessità assistenziale tipo Flugelman, Brass, ecc.

Possono essere utilizzate sia strutture sanitarie in possesso dei requisiti di cui alla L.R. 51/2009 e del Regolamento 61/2010 con posti letto derivanti da riconversioni ospedaliere o aree ospedaliere non dedicate al trattamento dei pazienti acuti, sia strutture accreditate ai sensi della L.R. 82/2009 e del Regolamento 29/2010, in particolare RSA riorganizzate per le cure intermedie o moduli di cure intermedie di nuova attivazione, in cui sia garantita una assistenza infermieristica H24.

Anche l'area della sub-acuzie deve trovare adeguato riscontro in parametri di appropriatezza, evidenza clinica ed efficienza gestionale misurabili. Gli elementi che emergeranno dalla fase pilota serviranno a confermare i parametri tecnici da utilizzare per la successiva approvazione del necessario sistema di regole amministrative, comportamenti professionali, nonché di valorizzazione economica.

Al fine di assicurare la necessaria qualità e sicurezza dell'assistenza a queste tipologie di pazienti si ritiene indispensabile presidiare con la massima attenzione le trasformazioni descritte, garantendo, l'attivazione di idonei percorsi organizzativi ed una adeguata formazione degli operatori sanitari, gestendo la fase di transizione con un attento e continuo monitoraggio utilizzando opportuni indicatori di efficienza ed efficacia che verranno stabiliti dal Settore competente della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale in collaborazione con il Laboratorio MeS e ARS.

## NUM. POSTI LETTO CURE INTERMEDIE EX DGRT 1235/2012

AREA VASTA	p.l. A.V. esistenti	p.l. A.V. da attivare	TOT	Az. USL	p.l. az. USL esistenti	p.l. az. USL da attivare	p.l. per sede	Sede riconversione p.l.
CENTRO	482	280	762	Asl 3	29	36	2	Presidio Ospedaliero San Marcello PT
							22	RSA
							12	Ospedale Pistoia
				Asl 4	75	36	36	Ospedale Prato
							79	Casa cura
				Asl 10	330	166	20	Presidio Ospedaliero Figline
							30	RSA
							37	ASP Montedomini
Asl 11	48	42	18	da RSA a struttura dedicata				
			24	RSA				
SUD EST	360	132	492	Asl 7	114	44	4	Stabilimento Ospedaliero Campostaggia
							6	Stabilimento Ospedaliero di Nottola-Ospedale di Comunità
							14	Stabilimento Ospedaliero Abbadia SS
							10	AOUS o Struttura privata convenzionata per stati vegetativi
							10	RSA
				Asl 8	151	32	6	P.O. San Donato Arezzo
							5	Stabilimento Ospedaliero Bibbiena
							9	Presidio Ospedaliero Montevarchi
							6	Bucine - Casa della Salute - RSA
				Asl 9	95	56	6	Cortona Stabilimento Ospedaliero
							18	Presidio Ospedaliero Massa Marittima
							6	Presidio Ospedaliero Castel del Piano
							6	Stabilimento Ospedaliero Pitigliano
			10	Stabilimento Ospedaliero Orbetello				
			16	Presidio Ospedaliero Grosseto				
			4	Ospedale Fivizzano				
			4	RSA Istituzione Carrara				
NORD OVEST	213	137	350	Asl 1	24	18	10	Don Gnocchi Massa
							35	Cittadella Salute Lucca- Casa Salute Marlia
							20	Ospedale Valle Serchio (Barga-Castelnuovo)
				Asl 5	43	15	5	Presidio Ospedaliero Volterra
							5	RSA Valdera
				Asl 6	62	41	5	Ospedale Comunità di Navacchio
							37	Ospedale Livorno
							3	Presidio Ospedaliero di Piombino
Asl 12	41	8	1	Presidio Ospedaliero Portoferraio				
			8	Presidio Ospedaliero Viareggio				
<b>TOTALI</b>	<b>1055</b>	<b>549</b>	<b>1604</b>					

## Adeguamento del numero di posti letto per cure intermedie- Assegnazione risorse alle Aziende USL per la realizzazione dei progetti attuativi

Azienda USL	numero posti letto da attivare	di cui c/o piccoli ospedali	Quota base per az. USL ex DGR 47/2013	Quota capitaria pesata per az. USL ex DGR 47/2013	Quota complessiva per azienda USL	di cui quota per ospedale focalizzato (50%)	di cui quota per cure intermedie (50%)	Quota aggiuntiva per riconversione piccoli ospedali	Quota aggiuntiva forfetaria per azienda per Case Salute	Quota complessiva per azienda per cure intermedie
<b>1 Massa e Carrara</b>	18	4	€ 200.000,00	€ 110.877,00	€ 310.877,00	€ 155.438,50	€ 155.438,50	€ 11.965,81	€ 29.166,67	€ 167.404,31
<b>2 Lucca</b>	55	20	€ 200.000,00	€ 114.841,35	€ 314.841,35	€ 157.420,68	€ 157.420,68	€ 59.829,06	€ 29.166,67	€ 217.249,73
<b>3 Pistoia</b>	36	2	€ 200.000,00	€ 152.449,05	€ 352.449,05	€ 176.224,53	€ 176.224,53	€ 5.982,91	€ 29.166,67	€ 182.207,43
<b>4 Prato</b>	36	0	€ 200.000,00	€ 128.949,60	€ 328.949,60	€ 164.474,80	€ 164.474,80	€ 0,00	€ 29.166,67	€ 164.474,80
<b>5 Pisa</b>	15	5	€ 200.000,00	€ 170.316,90	€ 370.316,90	€ 185.158,45	€ 185.158,45	€ 14.957,26	€ 29.166,67	€ 200.115,71
<b>6 Livorno</b>	41	1	€ 200.000,00	€ 187.574,40	€ 387.574,40	€ 193.787,20	€ 193.787,20	€ 2.991,45	€ 29.166,67	€ 196.778,65
<b>7 Siena</b>	44	14	€ 200.000,00	€ 145.294,50	€ 345.294,50	€ 172.647,25	€ 172.647,25	€ 41.880,34	€ 29.166,67	€ 214.527,59
<b>8 Arezzo</b>	32	11	€ 200.000,00	€ 181.970,10	€ 381.970,10	€ 190.985,05	€ 190.985,05	€ 32.905,98	€ 29.166,67	€ 223.891,03
<b>9 Grosseto</b>	56	40	€ 200.000,00	€ 118.951,95	€ 318.951,95	€ 159.475,98	€ 159.475,98	€ 119.658,12	€ 29.166,67	€ 279.134,09
<b>10 Firenze</b>	166	20	€ 200.000,00	€ 434.660,85	€ 634.660,85	€ 317.330,43	€ 317.330,43	€ 59.829,06	€ 29.166,67	€ 377.159,48
<b>11 Empoli</b>	42	0	€ 200.000,00	€ 119.570,10	€ 319.570,10	€ 159.785,05	€ 159.785,05	€ 0,00	€ 29.166,67	€ 159.785,05
<b>12 Viareggio</b>	8	0	€ 200.000,00	€ 84.544,20	€ 284.544,20	€ 142.272,10	€ 142.272,10	€ 0,00	€ 29.166,67	€ 142.272,10
<b>Totale</b>	<b>549</b>	<b>117</b>	<b>€ 2.400.000,00</b>	<b>€ 1.950.000,00</b>	<b>€ 4.350.000,00</b>	<b>€ 2.175.000,00</b>	<b>€ 2.175.000,00</b>	<b>€ 350.000,00</b>	<b>€ 350.000,00</b>	<b>€ 2.525.000,00</b>