



ALLEGATO 2

PIANO DELLE CURE INTERMEDIE 2022-2026

Definizioni/criteri clinici	2
Responsabilità clinica e gestionale	2
modulo di invio	2
Scala di valutazione	3
Provenienza dei pazienti/criteri di accesso	3
Invio	3
Outcome da raggiungere	3
Criteri di esclusione	4
Durata della degenza	4
Preso in carico del paziente	4
Parametri di personale e tariffe	4
Criteri di accreditamento	5
Documentazione	5
Prestazioni diagnostiche e specialistiche	6
Dislocazione dei posti letto	6

DEFINIZIONI/CRITERI CLINICI

Trattasi di insieme delle prestazioni, servizi ed attività indicate per quei pazienti che sono parzialmente stabilizzati o richiedono un completamento della stabilizzazione dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma non possono essere trattati in regime ambulatoriale e che presentano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo.

Le cure intermedie richiedono una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza distrettuale, rivolta a pazienti che a seguito di un episodio di acuzie, della riacutizzazione di patologie croniche, o per contrastare il processo involutivo di patologie croniche necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che nell'impossibilità di effettuare un trattamento ambulatoriale o domiciliare vengono ricoverati in queste strutture e necessitano di assistenza/vigilanza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio¹, e - al bisogno - anche di interventi di tipo riabilitativo, fra i quali annoverare anche interventi di tipo ergoterapico, come da delibera della Giunta Provinciale 1152/2019.

Le unità operative a degenza breve possono prevedere ambienti protetti, per posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, di non particolare gravità, in quanto affetti da patologie acute insorte a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (vedi Piano nazionale demenze approvato con Accordo dalla Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 30 ottobre 2014 e pubblicato in G.U.n.9 del 13 gennaio 2015).

RESPONSABILITÀ CLINICA E GESTIONALE

La responsabilità gestionale/organizzativa dei posti letto di cure intermedie è affidata ad un infermiere (coordinatore).

La responsabilità clinica è affidata a un medico di medicina generale individuato per ciascuna struttura. In alternativa, essa può essere attribuita ad un medico del distretto competente territorialmente o ad un medico della struttura erogatrice.

MODULO DI INVIO

Per le cure intermedie verrà elaborato e approvato dall'Azienda sanitaria un apposito modulo di invio.

¹ Decreto Assessorile del 28 novembre 2018 n. 22555

SCALA DI VALUTAZIONE

Viene introdotta una scala di valutazione che sarà l'Indice NEWS per monitorare lo stato di salute del paziente. In considerazione del carattere sperimentale di tale scala di valutazione, dopo un anno dalla sua introduzione, l'Azienda Sanitaria effettuerà una verifica per valutare l'opportunità di un suo consolidamento.

Con l'introduzione dell'indice NEWS verrà avviata la raccolta di informazioni che alimenterà un flusso informativo ad hoc.

PROVENIENZA DEI PAZIENTI/CRITERI DI ACCESSO

Il paziente può provenire da:

- reparto acuto o post-acuto ospedaliero;
- da Pronto Soccorso;
- da domicilio o da struttura territoriale

INVIO

L'inviante può essere

- il primario o medico delegato specialista ospedaliero, se il paziente proviene da reparto acuto o post-acuto ospedaliero;
- il primario o medico delegato di Pronto soccorso, se il paziente proviene dal Pronto soccorso
- il medico di medicina generale, se il paziente proviene dal domicilio o da altra struttura territoriale;
- la Unità per la valutazione multidimensionale

che segnala il paziente alla Centrale Operativa Territoriale C.O.T. – laddove esistente – la quale prende in carico e coordina il successivo invio alle cure intermedie.

OUTCOME DA RAGGIUNGERE

L'outcome da raggiungere consiste nell'ottenere la stabilizzazione clinica e favorire il reinserimento del paziente nel proprio ambiente sociale.

CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono esclusi dalle cure intermedie i pazienti con queste caratteristiche:

- pazienti terminali che accedono alla rete delle Cure palliative
- pazienti con ragioni sociali che prolungano il ricovero
- lungodegenti stabilizzati senza potenziale riabilitativo con fabbisogno puramente assistenziale: questi pazienti vanno trattati nei posti letto temporanei o nei posti letto residenziali per anziani;
- pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi ospedalieri (codice 28.00, 56.00, 60.00 e 75.00) ed extraospedalieri
- pazienti psichiatrici o pazienti affetti da problemi di dipendenza che accedono ad altri percorsi;
- pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali, che accedono ad altri percorsi

DURATA DELLA DEGENZA

Per le cure intermedie la durata della degenza si attesta generalmente su 15-20 giorni.

In caso di richiesta di proroga, questa va richiesta dal medico che ha richiesto l'invio originario, il quale indica anche la durata della proroga.

PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

La tempestività della decisione di ricoverare un paziente in una struttura con letti di cure intermedie deve essere correlata alla programmabilità del ricovero e al luogo dove viene presa tale decisione:

- entro 12 ore se si tratta del Pronto Soccorso,
- entro 24 ore se il paziente viene dal proprio domicilio
- entro 72 ore se il paziente viene dimesso da un reparto ospedaliero per acuti o post-acuti.

PARAMETRI DI PERSONALE E TARIFFE

Per i parametri di personale e le tariffe si rimanda alla corrispondente deliberazione della Giunta Provinciale vigente (attualmente n. 1152 del 17 dicembre 2019), che viene qui richiamata a fini illustrativi.

a) Standards minimi di personale / Personal-Mindeststandards

standard minimo totale di attività sul singolo paziente	minuti erogati per le diverse figure professionali		minuti erogati esclusi notturni e reperibilità
Gesamter Mindeststandard der Tätigkeit am Patienten	Von den verschiedenen Berufsbildern geleistete Minuten		Geleistete Minuten, ausgenommen Nachtschicht und Bereitschaftsdienst
<p>210</p> <p><i>minuti medi totali al giorno e per paziente</i></p> <p><i>Durchschnittliche Gesamtmenge an Minuten pro Patient</i></p>	attività infermieristiche	114	90
	Pflegerische Tätigkeit		
	attività assistenziali e di supporto alla riabilitazione (OSS)	74	50
	Betreuungs- und unterstützende Tätigkeit zur Reha (Pflegehelfer)		
	attività di riabilitazione	al bisogno / nach Bedarf	al bisogno / nach Bedarf
	Reha-Tätigkeit		
	ai fini del raggiungimento del minutaggio complessivo medio minimo per paziente può contribuire il tempo di lavoro del medico, del coordinatore infermieristico	22	13
Um die durchschnittliche Gesamtmenge an Minuten pro Patient zu erreichen, kann auch die Arbeitszeit des Arztes und des Pflegekoordinators mitberechnet werden.			
Assistenza per paziente in minuti pro die	210	153	
Betreuung pro Patient (Minuten pro Tag)			

b) Tariffe di finanziamento / Finanzierungstarife

Tariffa giornaliera indifferenziata	Ricovero in regime residenziale
Undifferenziierter Tagessatz	Stationäre Betreuung
<i>FASCIA A) - Strutture pubbliche (ex fasce A, B, C)</i>	234,85
<i>Kategorie A) - Öffentliche Einrichtungen (ehemalige Kategorien A, B, C)</i>	
<i>FASCIA B) - Strutture private convenzionate (ex fascia D)</i>	213,50
<i>Kategorie B) - Private Einrichtungen (ehemalige Kategorie D)</i>	

I parametri sono calcolati su un modulo di 15-20 posti letto.

CRITERI DI ACCREDITAMENTO

I criteri di accreditamento attualmente vigenti sono quelli definiti nel Decreto Assessorile del 28 novembre 2018 n. 22555. Si sottolinea che la figura dell'ergoterapista rientra nella generica attività di riabilitazione, attivabile al bisogno.

DOCUMENTAZIONE

Per ogni paziente deve essere redatta una cartella clinica individuale ovvero una documentazione clinica e un piano assistenziale individualizzato (PAI). Questo viene redatto dal medico proponente che si occupa della diagnosi e della terapia ed elabora il piano assistenziale individualizzato in collaborazione con il team assistenziale.

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E SPECIALISTICHE

Devono essere assicurate le principali consulenze specialistiche in loco (ad esempio consulenza fisiatrica o geriatrica), sulla base delle necessità riscontrate nel paziente.

Va inoltre garantita l'attività di punto prelievo e la possibilità di eseguire esami radiologici tradizionali, anche nella forma della telemedicina.

DISLOCAZIONE DEI POSTI LETTO

Per le cure intermedie si fa riferimento a uno standard di 0,4‰ abitanti, così definito dal decreto del Ministero della Salute n. 70/2015 e dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) nel 2011, che corrisponde a un tetto massimo di 214 posti letto su tutto il territorio provinciale, da istituire presso strutture ospedaliere, case di cura accreditate e convenzionate, strutture territoriali residenziali, case della comunità e ospedali di comunità.

L'Azienda sanitaria procederà all'attivazione graduale dei posti letto, considerando

- gli ospedali di comunità attivati e attivabili
- l'effettivo fabbisogno
- la parallela riconversione di posti letto acuti e post-acuti come definito dal Piano sanitario provinciale 2016-2020
- le risorse disponibili/la sostenibilità economico-finanziaria di breve e medio periodo
- lo sviluppo del territorio
- il tetto massimo di 214 posti letto, comprensivo della struttura di Sarentino e degli ospedali di comunità.

Nel 2022, sulla base di quanto programmato dall'Azienda sanitaria, si partirà con l'attivazione di 45 posti letto, da distribuire in maniera equilibrata nei Comprensori sanitari. Ad essi si aggiungeranno gli ospedali di comunità nei Comprensori sanitari di Bolzano e Merano, per un totale di 80 posti letto, da istituire entro il 2026, usufruendo del finanziamento previsto a tale scopo dal PNRR, Missione 6 C1, punto 1.3.