

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 1267 DEL 12/11/2015

OGGETTO: Progetto di attivazione di un modulo sperimentale di continuità assistenziale ad Alta Intensità presso una delle Residenze Sanitarie assistite (RSA) del territorio.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

DOTT. PAOLO TECLEME

(firma digitale apposta)

ACQUISITI I PARERI DI			
DIRETTORE SANITARIO		DIRETTORE AMMINISTRATIVO	
DOTT. SALVATORICO ORTU		DOTT. DAVID HARRIS	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000
STRUTTURA PROPONENTE AREA PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO, COMMITTENZA

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 12/11/2015	Al 27/11/2015
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

Su proposta del Direttore dell'Area Programmazione, Controllo e Committenza

Premesso che nell'ambito degli "obiettivi di salute" il Piano Regionale dei Servizi Sanitari al fine di qualificare l'assistenza distrettuale ha come obiettivo strategico la promozione dell'integrazione dei processi di cura e la continuità assistenziale tra i diversi centri di offerta in particolare tra ospedale e territorio;

CONSIDERATO che la continuità assistenziale interessa in particolare l'assistenza alle persone con disabilità, alle persone non autosufficienti, alle persone affette da patologie in fase terminale e alle persone che necessitano di cure di lungo periodo, cioè tutte quelle situazioni in cui si richiede l'integrazione tra medici di famiglia, ospedale e servizi distrettuali;

CONSIDERATO che il raggiungimento di tali obiettivi accompagna il processo di progressiva riduzione dell'assistenza ospedaliera di tipo tradizionale, rendendo possibile la riduzione della dotazione di posti letto per acuti, dei ricoveri impropri e del tasso di ospedalizzazione secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, con conseguente minori costi per le ASL;

ATTESO che le esigenze assistenziali rilevate dall' Azienda ASL 2 evidenziano la presenza di numerosi pazienti che necessitano di continuità di cure, le quali si indirizzano a quei pazienti che, superata la fase acuta della malattia, risultano stabilizzati clinicamente, ma necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa;

PRESO ATTO che il problema potrebbe trovare soluzione mediante la cura di questa tipologia di pazienti in strutture quali le Residenze Sanitarie Assistite (RSA) presenti nel nostro territorio mediante stipulazione di un apposito patto aggiuntivo all' Accordo Contrattuale vigente con le RSA presenti nel territorio, con notevole risparmio di costi per l'ente, così come previsto dalle Linee di indirizzo Regionali in materia di Residenze Sanitarie Assistenziali al punto A14;

VISTA la legge Regionale n° 1 del 19 gennaio 2011 all'articolo 13 comma 2 che autorizza le aziende sanitarie a predisporre dei progetti di espansione delle attività delle RSA già operative nel proprio territorio, con la finalità di tendere alla progressiva riduzione del costo delle attività di ricovero ospedaliero tradizionale in rapporto alla espansione dell'attività di assistenza attraverso le RSA nell'arco di un quadriennio;

RAVVISATO che si rende necessario attivare un modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità presso una delle Residenza Sanitaria assistite (RSA) che possenga i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali adeguati nelle more della ridefinizione della rete ospedaliera e dell'apertura dell'Hospice;

RITENUTO di dover nominare quale Responsabile Scientifico del progetto il Dott. Natale Tedde;

VISTI il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;
il Piano Regionale dei Servizi sanitari;
le linee di indirizzo in materia di Residenze Sanitarie Assistite
la legge Regionale n° 1 del 19 gennaio 2011 all'articolo 13 comma 2

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

per i motivi sopra espressi,

DELIBERA

- Di approvare il progetto di attivazione di un modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità di 10 posti letto, presso una delle Residenze Sanitarie assistite (RSA) che possieda i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali adeguati, nelle more della ridefinizione della rete ospedaliera e dell'apertura dell'Hospice, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale.
- Di nominare quale Responsabile Scientifico del progetto il Dott. Natale Tedde
- Di autorizzare la stipulazione di un Accordo Contrattuale Specifico con le RSA che posseggano i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali, presenti nel nostro territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale specialistica anche ai pazienti che superata la fase acuta della malattia, risultano stabilizzati clinicamente, ma necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa, in modo da ridurre i ricoveri impropri in ambiente ospedaliero.
- Di stabilire che la tariffa relativa ai pazienti ospitati nel suddetto modulo è determinata in analogia alle tariffe di lungodegenza post acuzie cod.60 ed è pari a euro 138,00 giornaliera così come previsto dalle Linee Guida Regionali. Tale tariffa, a totale carico del SSN, comprende tutte le prestazioni sanitarie previste dai LEA e socio-assistenziali.
- Di stabilire che la spesa presunta relativa al progetto di attivazione modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità presso una delle Residenze Sanitarie assistite (RSA) di 10 posti letto graverà sul conto di esercizio 2015.
 - o A502020911 Acquisti di Prestazioni Residenziali da RSA.
- Di stabilire di destinare al progetto di attivazione modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità presso una delle Residenze Sanitarie assistite (RSA) una quota pari a 90.000,00 euro del finanziamento totale per l'anno 2015.
- Di stabilire che il Distretto provvede alla gestione dei processi e dei procedimenti tecnico amministrativi relativi al progetto in quanto porta di accesso privilegiata per tutti i servizi sanitari, sia territoriali che ospedalieri attraverso i punti unici di accesso.
- Di incaricare il Responsabile Scientifico del progetto di definire gli indicatori al fine di garantire il monitoraggio del perseguimento degli obiettivi legati al progetto.
- Di incaricare l'Area Programmazione, Controllo e Committenza e l'Area Affari Generali e Legali degli adempimenti di rispettiva competenza per l'esecuzione del presente atto.
- Di incaricare la segreteria della Direzione Aziendale di trasmettere copia del presente provvedimento alle UU.OO interessate, ai PP.OO e ai Distretti per i successivi adempimenti di competenza.

- Di incaricare la segreteria della Direzione Aziendale di trasmettere copia del presente provvedimento al Direzione Generale della sanità.

**Il Commissario Straordinario
Dott. Paolo Tecleme**

Allegati n° 1
Area Programmazione Controllo e Committenza
Direttore Dott.ssa Egidia Cogodda

Responsabile dell' Istruttoria Dott.ssa Pinuccia Mazzone



Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

PROGETTO SPERIMENTALE DI APERTURA DI UN MODULO DI CONTINUITA' DI CURE AD ALTA INTENSITA' RESIDENZIALE ASL 2 OLBIA

Ottobre 2015



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INDICE

1.PREMESSA	3
1.1 Riferimenti normativi : Legge Regionale n°1 del 19 gennaio 2011	4
2. FINALITÀ DEL PROGETTO.....	4
3.ANALISI DEL BISOGNO ASSISTENZIALE DI ALTA INTENSITÀ RESIDENZIALE	4
3.1 Pazienti oncologici ricoverati nei reparti di Medicina generale.....	5
3.2 Pazienti neurologici ricoverati nei reparti di Medicina generale.....	6
3.3 Costo per pazienti ricoverati nei reparti di Medicina generale.....	7
4. CURE INTERMEDIE.....	7
5.ALTA INTENSITÀ RESIDENZIALE	7
6. MODULO SPERIMENTALE DI CONTINUITÀ DI CURE AD ALTA INTENSITÀ RESIDENZIALE	8
6.1. Pazienti elettivi per la continuità di cure	8
6.2 Setting funzionale del modulo sperimentale di continuità di cure ad alta intensità residenziale	9
6.3 Inserimento/dimissione pazienti in RSA.....	9
6.4 Assistenza sanitaria assicurata dall' Equipe multidisciplinare ospedaliera	10
6.5 Assistenza sanitaria assicurata della Residenza Sanitaria Assistita	11
6.6 Costo sostenuto per l'assistenza dei pazienti nel modulo di continuità di cure ad alta intensità residenziale.....	11
6.7 Vantaggi derivanti dall'apertura modulo di continuità di cure ad alta intensità residenziale	12

1.Premessa

In un "antico" documento, anno 1978, Conferenza internazionale di Alma Ata, veniva formalmente approvato il concetto che indicava nei servizi di base il fondamento di ogni sistema sanitario, la sede idonea a garantire l'assistenza integrata a singoli, famiglie e comunità e il ruolo di supporto dell'ospedale, diretto ad assicurare quelle funzioni che, per essere troppo sofisticate o troppo costose, non potevano essere svolte dai servizi di base.

Tuttavia siamo nell'anno 2015 e non è chiaro quando, in molte parti del nostro Paese, si sia preso coscienza delle difficoltà di sostenere un servizio sanitario nazionale ancora caratterizzato, anche come tendenza culturale, dal ruolo dominante dell'ospedale e dell'ampio vuoto presente sul territorio in tema di strutture alternative allo stesso, ma è certo che sono recenti gli interventi diretti a risolvere concretamente il problema.

L'esigenza di cambiamento, oltre che diretta a rispondere in modo appropriato ai nuovi bisogni di assistenza delle persone, è sollecitata, però, dalla presa d'atto che il nostro sistema sanitario non è più in grado di sostenere costi in continua crescita a fronte della ridotta disponibilità di risorse.

Dovendo limitare le risorse, viene preso atto, finalmente, che a fronte di fenomeni quali l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle cronicità, occorre fare delle scelte e assumere delle decisioni.

Non è più possibile centrare sulle tecnologie ospedaliere, risorse e risposte a tutte le malattie e infermità, ma vanno ricercate soluzioni non solo a minore impatto tecnologico ma anche più idonee a rispondere ai fabbisogni di quella quota di popolazione, che ha tenuto occupati posti letto negli ospedali in carenza di una più semplice e certamente più appropriata assistenza sanitaria e sociosanitaria. L'incremento continuo dei costi dell'assistenza e la contrastante necessità di procedere alla riduzione dei finanziamenti ha portato, cioè a riconoscere le distorsioni presenti nell'ospedale, considerato il forte assorbimento di risorse e la necessità di destinazione di parte delle stesse al potenziamento delle strutture territoriali.

1.1 Riferimenti normativi : Legge Regionale n°1 del 19 gennaio 2011

La legge Regionale n° 1 del 19 gennaio 2011 all'articolo 13 comma 2 autorizza le aziende sanitarie a predisporre dei progetti di espansione delle attività delle RSA già operative nel proprio territorio. Lo scopo di questi progetti è di tendere alla progressiva riduzione del costo delle attività di ricovero ospedaliero tradizionale in rapporto alla espansione dell'attività di assistenza attraverso le RSA nell'arco di un quadriennio.

2. Finalità del progetto

Quando si interviene su una organizzazione sanitaria, non limitandosi a una sua semplice razionalizzazione, ma si modifica in modo significativo il sistema di erogazione delle prestazioni, occorre procedere per gradi, realizzando prima le nuove strutture alternative provvedendo poi, o al massimo contestualmente, al ridimensionamento e razionalizzazione di quelle destinate a modificare la propria funzione. Occorre cioè costruire il territorio e procedere successivamente alla riduzione della rete ospedaliera e al recupero appropriato della sua funzione di secondo e terzo livello. La finalità del presente progetto è di attivare un modulo sperimentale di continuità assistenziale ad Alta Intensità presso una Residenza Sanitaria assistita (RSA) che possenga i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali adeguati nelle more della ridefinizione della rete ospedaliera e dell'apertura dell'Hospice.

3. Analisi del Bisogno assistenziale di Alta Intensità residenziale

Con il peso crescente delle classi anziane e con l'aumento della prevalenza di malattie tumorali gravi che richiedono assistenza continua e programmata nell'ambito territoriale, non è più possibile oggi per nessuna Azienda Sanitaria sottrarsi alla responsabilità di progettare, programmare, organizzare e verificare **servizi alternativi al ricovero ospedaliero** per la cura del paziente in condizione di fragilità.

Già dal 2006 l'ASL 2 ha preso atto di questo mutamento con l'attivazione del progetto di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche (CPDO) oltre al progetto di potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate di I,II e III livello (CDI) i quali hanno sottolineato l'importanza di un approccio sociale alla salute che valorizzi gli interventi di cure domiciliari e territoriali al pari di quelli ospedalieri, a garanzia di un buon

utilizzo della spesa sanitaria, di una riduzione dei ricoveri impropri, di una più adeguata personalizzazione dell'assistenza e in definitiva anche di un migliore funzionamento degli ospedali stessi, destinati ad assumere sempre più il ruolo di strutture erogatrici di cure intensive e di prestazioni ad elevata complessità. La Rete delle cure palliative Regionale non prevede la presenza di un Hospice nel nostro territorio, quindi questi pazienti così come i pazienti neurologici vengono inevitabilmente ricoverati nei reparti di Medicina, con il risultato di ridurre la disponibilità dei letti ospedalieri per acuti oltre agli alti costi che l'azienda deve sostenere.

3.1 Pazienti oncologici ricoverati nei reparti di Medicina generale

Le esigenze assistenziali della nostra azienda hanno richiesto il ricovero di pazienti neurologici e oncologici in fase terminale nelle Unità Operative di Medicina generale. L'analisi del bisogno assistenziale è stata condotta con lo studio del File A, selezionando per il periodo 2013 - 2014 tra i ricoveri delle Unità Operative di Medicina generale della azienda i **DRG** dei pazienti neurologici e dei pazienti con malattia neoplastica definibili come neoplastici lungodegenti e con degenza superiore a 10 giorni.

Tabella 1

RICOVERI DI PAZIENTI ONCOLOGICI CON DEGENZA > DI 10 GG				
DESCRIZIONE	DRG	PAZIENTI	2013	2014
Neoplasie dell' apparato respiratorio	82	N°	44	45
		GG DEGENZA	1003	999
Neoplasie maligne dell' apparato digerente con cc	172	N°	18	17
		GG DEGENZA	528	406
Neoplasie maligne apparato digerente senza cc	173	N°	11	8
		GG DEGENZA	199	170
Neoplasie dell' apparato epatobiliare e pancreas	203	N°	33	30
		GG DEGENZA	634	619
Linfoma e leucemie senza complicazione	404	N°	6	2
		GG DEGENZA	120	49
TOTALE		N°	112	102
		GG DEGENZA	2484	2243

3.2 Pazienti neurologici ricoverati nei reparti di Medicina generale

RICOVERI DI PAZIENTI NEUROLOGICI CON DEGENZA > DI 10 GG

DESCRIZIONE	DRG	PAZIENTI	2013	2014
Malattie degenerative del sist. Nervoso	12	N°	28	20
		GG DEGENZA	153	212
Malattie Cerebrovascolari specifiche escl. TIA	14	N°	108	100
		GG DEGENZA	1262	1416
Malattie Cerebrovascolari aspecifiche senza cc	17	N°	15	7
		GG DEGENZA	152	52
Tia e occlusioni precerebrali	15	N°	55	39
		GG DEGENZA	739	770
Malattie nervi cranici e periferici senza cc	19	N°	4	4
		GG DEGENZA	36	38
Malattie Cerebrovascolari aspecifiche con cc	16	N°	12	10
		GG DEGENZA	84	184
Malattie vascolari periferiche con complicanze	130	N°	16	10
		GG DEGENZA	261	184
Aterosclerosi ,con CC	132	N°	24	42
		GG DEGENZA	277	509
Aterosclerosi,senza CC	133	N°	13	14
		GG DEGENZA	101	119
TOTALE		N°	275	246
		GG DEGENZA	3065	3484

3.3 Costo per pazienti ricoverati nei reparti di Medicina generale

Il costo sostenuto per i ricoveri impropri nei reparti di medicina è rilevante, se si considera che una giornata di degenza in un reparto per acuti costa mediamente 800,00 euro al giorno .

Pertanto l'attuazione del progetto oltre ad essere vantaggioso per il paziente, in quanto offre la continuità assistenziale ai malati neurologici e terminali e garantisce la migliore qualità di vita, è vantaggioso anche per l'azienda sanitaria che vede ridurre la degenza del paziente neurologico e neoplastico in un reparto per acuti, infatti sul versante organizzativo gestionale si potrebbe puntare ad ottimizzare la gestione dei letti per acuti e rendere disponibili giornate degenza per altri pazienti afferenti l'Unità operativa di Medicina Generale.

4. Cure Intermedie

Le Cure Intermedie (intermediate health care), stanno affermandosi sempre più in tutto il mondo occidentale in quanto vanno a garantire una continuità di cure che non va solo ricercata nel rapporto ospedale-territorio, ma anche all'interno delle reti dei servizi ospedalieri tra le diverse unità operative di base e tra queste e i livelli specialistici .

Le Cure ad alta intensità, pertanto, si indirizzano a quei pazienti che, superata la fase acuta della malattia, risultano stabilizzati clinicamente, ma necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa.

La struttura di Cure ad alta intensità è rivolta a pazienti in cui vi siano le premesse per un recupero funzionale, con l'obiettivo principale di riportare il paziente a domicilio o in strutture territoriali cercando anche di evitare un re-ricovero a breve distanza di tempo. Questi pazienti sono identificabili prevalentemente in soggetti affetti da pluripatologia ed in soggetti che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità assistenziale. Per tale motivo la struttura è dedicata a pazienti che presentino un grado di collaborazione e uno stato fisico tali da permettere un intervento fisioterapico mirato ed una riattivazione volta al recupero alle attività della vita quotidiana

5. Alta Intensità Residenziale

Le linee di indirizzo Regionali in materia di Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) al punto A.14 individuano le disposizioni particolari per i nuclei dedicati a malati terminali. In particolare è previsto che sulla base delle esigenze assistenziali rilevate

dalla azienda ASL , e tenuto conto della programmazione aziendale, le RSA possono dotarsi di posti in grado di ospitare malati terminali e pazienti che richiedono un alto livello di assistenza sanitaria. Le RSA che intendono fornire tale tipologia di assistenza devono possedere gli standard previsti dal DPCM 20 gennaio 2000 per i centri residenziali di cure palliative e dovranno porre particolare attenzione ai requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi nonché agli aspetti dell'ospitalità anche per i parenti dei ricoverati in modo da assicurare interventi di alto livello è un eventuale utilizzo in funzione di Hospice nelle more della loro effettiva entrata in funzione.

L' assistenza medica di questi pazienti deve essere assicurata da un equipe multidisciplinare che preveda diversi specialisti quali ad esempio oncologia, neurologia e terapia del dolore; dovrà essere altresì sempre garantita la presenza del medico di struttura.

I costi di degenza dei malati terminali ed di altri pazienti ad alta intensità assistenziale sono a totale carico del Servizio Sanitario Regionale e le aziende ASL stipulano con gli erogatori specifici accordi contrattuali .

6. Modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità Residenziale

Il progetto di istituzione di un Modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità Residenziale di 10 posti letto in una RSA nasce e si sviluppa coerentemente con la mission aziendale della progressiva riduzione dei ricoveri impropri nei reparti di medicina e la riconduzione a modelli di risposta più semplici, ancorché più appropriati affidando alle strutture residenziali le risposte alle problematiche sanitarie e sociosanitarie non di pertinenza ospedaliera al fine di consentire una progressiva riduzione dei costi.

6.1. Pazienti elettivi per la continuità di cure

I pazienti elettivi per il modulo di continuità di cure ad Alta Intensità Residenziale sono quelli definibili a bassa intensità di cura, ma, che necessitano ancora di monitoraggio e cure in riferimento alla complessità clinica ancora esistente. Il paziente che fruisce della continuità di cure è ancora in situazione di malattia, ma non tanto grave, da dover protrarre il ricovero ospedaliero e non sufficientemente stabilizzato per rientrare e vivere al proprio domicilio

Di fatto, rappresentano quelle cure di cui le persone fruiscono una volta dimesse dall'ospedale e prima del rientro al domicilio.

I pazienti che hanno bisogno di cure sono coloro che possono essere dimessi dal ricovero ospedaliero, ma che richiedono comunque una tutela medica e infermieristica nelle 24 ore, oppure anche pazienti con condizioni cliniche meno complesse, ma che hanno ancora bisogno di cure infermieristiche prestate quotidianamente. Questi pazienti non richiedono un monitoraggio invasivo, ma il frequente controllo dei parametri vitali con un tipo di assistenza infermieristica che non deve essere svolta in ambiente ospedaliero. I monitoraggi cardiologici, chirurgici, vascolari o delle malattie respiratorie croniche in forma riacutizzata, così come quelli neurologici o neurochirurgici, per evitare complicanze, non possono essere svolti a domicilio, sia per le attrezzature richieste che per le professionalità necessarie, pertanto l'area delle cure intermedie risponde a queste esigenze.

Le cure possano ridurre le riacutizzazioni e migliorare complessivamente le condizioni di salute del portatore di malattia cronica, concorrendo nello stesso tempo a un risparmio dei costi sanitari, in quanto il modulo di continuità di cure ad Alta Intensità Residenziale è meno costoso del reparto ospedaliero.

6.2 Setting funzionale del modulo sperimentale di continuità di cure ad alta intensità residenziale

Il progetto prevede l'istituzione di un modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità di 10 posti letto in stanze contigue più una medicheria presso una delle RSA che possenga i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali. I posti letto individuati permetterebbero di erogare circa 3000 giornate degenza sufficienti a garantire la continuità assistenziale specialistica ai pazienti elettivi per le cure ad alta intensità.





6.3 Inserimento/dimissione pazienti in RSA

La richiesta di inserimento nel modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità in RSA deve essere presentata al Punto unico d'accesso operante presso il distretto sanitario di residenza dall'unità ospedaliera presso cui i pazienti si trovavano ricoverati. Il punto unico d'accesso sottopone la richiesta di inserimento di tali pazienti all'Unità di Valutazione Territoriale (UVT); l'UVT analizza la domanda di intervento assistenziale e valuta la persona non autosufficiente secondo modalità multidimensionale, inoltre formula un progetto di massima personalizzato per garantire alla persona un percorso assistenziale nella rete dei servizi, tenendo conto delle esigenze dell'interessato e delle condizioni familiari e relazionali. L'ammissione è subordinata al parere positivo espresso dall'UVT, che costituisce il presupposto per

l'avvio delle procedure di presa in carico dell'assistito. Il programma assistenziale predisposto dalla UVT deve contenere l'indicazione dei tempi di permanenza nel modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità che comunque non può essere inferiore a 7 gg. e superiore a 30 gg. L'equipe multidisciplinare ospedaliera valutata l'opportunità di dimettere il paziente convoca l'UVT al fine di favorire le soluzioni assistenziali più appropriate nei confronti del soggetto in dimissione e la continuità del percorso di cura. Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare il ricovero in RSA, l'equipe multidisciplinare ospedaliera dimette il paziente dal modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità e in accordo con l'UVT riformula il piano assistenziale individuale, e specifica il livello di assistenza sanitaria sulla base della intensità di cure necessarie al paziente al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale all'interno della residenza sanitaria.




6.4 Assistenza sanitaria assicurata dall' Equipe multidisciplinare ospedaliera

I pazienti elettivi per le cure saranno seguiti dall'equipe multidisciplinare ospedaliera attraverso una gestione globale che garantisca una tempestiva continuità assistenziale favorendo il passaggio del livello assistenziale da quello ospedaliero a quello territoriale. Ai suddetti pazienti l'equipe multidisciplinare garantirà:

-  Assistenza Medico specialistica
-  Assistenza infermieristica di II livello
-  Assistenza Psicologica
-  Farmaci e presidi sanitari

Con specifico riferimento ai farmaci relativi alla terapia del dolore questi verranno garantiti tramite prescrizione individuale eseguita dai medici dell'equipe e potranno essere approvvigionati dal personale della struttura presso le farmacie convenzionate. L'equipe multidisciplinare aziendale collaborerà con il personale medico e infermieristico dedicato della Residenza Sanitaria e garantirà oltre all'assistenza specialistica anche la reperibilità telefonica per eventuali urgenze; concorderà inoltre il trasferimento al domicilio del paziente avendo cura di garantire la continuità dell'assistenza.

L'equipe multidisciplinare aziendale che garantirà l'assistenza nel modulo cure intermedie/alta intensità residenziale è composta dalle seguenti figure:

-  Medico Oncologo
-  Medico Neurologo
-  Medico anestesista

- ✚ Altri specialisti
- ✚ Psicologo
- ✚ Infermieri professionali

La responsabilità dell'assistenza fornita dall'equipe multidisciplinare della ASL si limita agli atti direttamente eseguiti.

6.5 Assistenza sanitaria assicurata della Residenza Sanitaria Assistita

La Residenza sanitaria dovrà garantire nei confronti dei pazienti del modulo di continuità di cure ad alta intensità residenziale:

- ✚ Assistenza medica generale
- ✚ Assistenza infermieristica di I livello
- ✚ Assistenza alla persona e di tipo tutelare per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana, per il mantenimento e il miglioramento del grado di autonomia della persona
- ✚ Assistenza alberghiera.

La Residenza Sanitaria avrà cura di assicurare la presenza di una equipe stabile dedicata con formazione specifica per la gestione dei pazienti con le caratteristiche individuate. L'equipe che garantirà l'assistenza nel modulo cure intermedie/alta intensità residenziale dovrà necessariamente essere composta dalle seguenti figure:

- ✚ N° 1 Infermieri professionali per turno
- ✚ N° 1 Operatore tecnico socio sanitario per turno (OSS)

La responsabilità clinica complessiva del paziente rimane in capo alla RSA.

6.6 Costo sostenuto per l'assistenza dei pazienti nel modulo di continuità di cure ad alta intensità residenziale

Le prestazioni di ricovero in RSA non sono soggette alla compensazione infraregionale per la mobilità sanitaria, pertanto le RSA fatturano le prestazioni direttamente all'ASL di residenza dell'utente. Per l'attivazione del modulo di continuità di cure ad alta intensità residenziale l'azienda sanitaria stipulerà con la RSA che possieda i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e assistenziali, un accordo contrattuale per pazienti ad alta intensità assistenziale, specificando che la tariffa relativa ai pazienti ospitati nel suddetto modulo è determinata in analogia alle tariffe di lungodegenza post acuzie cod.60 ed è pari a euro 138,00 giornaliera così come previsto dalle Linee Guida Regionali. Tale tariffa, a totale carico del SSN, comprende tutte le prestazioni sanitarie previste dai LEA e socio-assistenziali.

La Regione Sardegna ha infatti stabilito in 138,00 euro la tariffa giornaliera comprensiva dell'assistenza medica specialistica che deve essere garantita dall'equipe multidisciplinare presente in RSA, tuttavia come si è già evidenziato l'assistenza medica specialistica verrà garantita dall'equipe multidisciplinare ospedaliera ai pazienti residenti sul territorio della Provincia di Olbia – Tempio.

Il trasferimento dall'ospedale alla RSA del paziente che verrà inserito nel modulo sperimentale di continuità di cure ad Alta Intensità è a totale carico dell'azienda sanitaria, così come il trasferimento del paziente qualora venga inserito in CDI di III livello o in CPDO.

6.7 Vantaggi derivanti dall'apertura modulo di continuità di cure ad alta intensità residenziale

Il nuovo progetto è in linea con il **NUOVO PATTO DELLA SALUTE 2014 – 2016** che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza agevolando i processi di deospedalizzazione . L'attuazione del progetto permette inoltre ,da un punto di vista economico gestionale una ottimizzazione dell'uso dei posti letto per acuti determinando un rilevante risparmio di spesa derivante da :

- ✚ **da un incremento del turn over dei pazienti nei reparti per acuti ;**
- ✚ **aumento della valorizzazione dei DRG prodotti nel medesimo arco temporale dalle giornate degenza rese disponibili per pazienti acuti;**

oltre che un notevole contenimento dei costi per l'erogazione delle giornate degenza che sono necessarie per garantire la continuità assistenziale specialistica per i pazienti attesi.