

Ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA

INDICE

Premessa

1. Il quadro conoscitivo

- 1.1. Aspetti generali*
- 1.2. Aspetti gestionali e organizzativi*
- 1.3. Il profilo di salute e i bisogni degli anziani residenti in RSA*
- 1.4. Elementi di rischio clinico*
- 1.5. Esperienza e soddisfazione dei residenti, familiari e operatori*
- 1.6 I bisogni formativi*

2. Le RSA e la gestione dell'emergenza COVID-19

- 2.1. La pandemia Covid-19 nelle RSA della Regione Toscana*
- 2.2. Studio dei modelli organizzativi attivati nel periodo emergenziale: cosa è stato fatto*
- 2.3. Azioni attuate per la sorveglianza clinico assistenziale e diagnostico terapeutica*
- 2.4. Monitoraggio fenomeno Covid-19 nelle strutture residenziali socio-sanitarie*
- 2.5. Differenze nelle modalità di sorveglianza condotte dalle aziende sanitarie territoriali per le persone assistite in RSA*
- 2.6. Lo scenario attuale*

3. La revisione del modello

- 3.1. La programmazione e la governance del sistema*
- 3.2. Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA*
- 3.3. Organizzazione dei moduli specialistici*
- 3.4. Definizione di standard logistico strutturali differenziati in base ai livelli di assistenza e ai bisogni delle persone non autosufficienti*
- 3.5. Riqualificazione dell'offerta residenziale*
- 3.6. Offerta specialistica territoriale e qualificazione degli interventi in urgenza*
- 3.7. Riqualificazione culturale e promozione della cultura della sicurezza*
- 3.8. Investimento sulle risorse umane*
- 3.9. Riassetto dei controlli e definizione di una check list regionale*
- 3.10. Cartella utente elettronica/diario clinico WEB-based*
- 3.11. RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità*
- 3.12. RSA nel paniere dei servizi per l'emergenza sociale e sociosanitaria*

4. Il ruolo della medicina generale

Appendice 1 - Riqualificare l'offerta anche secondo il DPCM 2017 sui LEA sociosanitari

Appendice 2 - Roadmap

Premessa

Il Covid-19 ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la situazione delle strutture residenziali per non autosufficienti (RSA) per la concentrazione di infezioni e decessi provocati dal virus, ma ha anche aperto un dibattito su come riorganizzare questi servizi e la debolezza dimostrata nel fronteggiare l'epidemia ha fatto crescere proposte per incardinare più robustamente le RSA nel SSN.

Gli anziani di oggi non sono quelli di ieri e soprattutto gli anziani di oggi non sono tutti uguali, alcuni presentano bisogni sanitari e assistenziali molto importanti e altri sono invece persone che esprimono ancora progettualità per sé e per gli altri, per il presente e per il futuro.

Lo sviluppo di nuovi modelli di intervento rivolto alle persone in età anziana e la sensibilità che si sta creando attorno a questo tema è occasione per promuovere una maggiore consapevolezza sulla pianificazione dei servizi sanitari e sociosanitari e la definizione di alcuni elementi chiave per costruire un modello di servizio adeguato ai diversi bisogni della popolazione anziana.

I trend demografici, l'incremento della cronicità associata all'invecchiamento e l'esperienza degli ultimi mesi con l'emergenza sanitaria Covid-19 ci impongono di ripensare il modello di intervento e riprogettare le azioni di governance pubblica, concentrandosi sulle soluzioni innovative e di programmazione a lungo termine. Oggi esistono diverse opportunità per agire in maniera virtuosa, a partire dall'innovazione tecnologica, all'informatizzazione dei processi, alla messa in rete degli operatori. Tali iniziative, tuttavia, richiedono uno sforzo iniziale che deve essere interpretato dal sistema come investimento sul futuro e in questo senso devono essere incentivate in un quadro tecnico-normativo riorientato.

L'emergenza da Covid-19 ha evidenziato gravi criticità nel sistema sanitario e sociosanitario del nostro Paese, che hanno determinato incertezze nell'erogazione delle prestazioni, da un lato, e difficoltà nella protezione degli stessi operatori, dall'altro.

La cura della malattia ha richiesto una riorganizzazione dei reparti ospedalieri e della medicina territoriale, per far fronte ai bisogni determinati dal Coronavirus, variabili a seconda dei casi, da quelli asintomatici e paucisintomatici, a quelli sintomatici e gravi. L'esigenza di contenere il contagio ha portato poi ad una rimodulazione, quando non alla sospensione, delle attività ambulatoriali e diagnostiche, che sono state limitate alle urgenze.

Lo stesso è accaduto per i servizi sociosanitari, per i quali, nella nostra regione, si è vista la chiusura dei centri diurni e la modifica dei percorsi di accesso, spesso con l'introduzione di interessanti modelli di teleassistenza da remoto assolutamente da tenere presenti nella fase di riprogrammazione dei servizi stessi.

Il protrarsi della situazione epidemica ha imposto infatti la necessità di potenziare meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici coerenti con le misure finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19. In questa fase di emergenza si è reso necessario assicurare ai pazienti la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio del paziente come l'attività di televisita o di teleconsulto. Fondamentale appare dunque pensare, in prospettiva, di strutturare a regime tali modalità operative in modo da agevolare le persone fragili (anziani con patologie croniche, persone con disabilità) nella fruizione dei servizi.

In questo quadro, è stata evidente la fragilità delle RSA che può essere riassunta nelle seguenti motivazioni:

1. La prevalente **condizione dei residenti**, non autosufficienti gravi, di età avanzata e con patologie croniche importanti, facili alle riacutizzazioni e a svariate complicanze e dunque facilmente aggredibili, ma che ha evidenziato anche la fragilità del sistema di gestione delle infezioni più diffuse nelle comunità residenziali, oltre alla patologia Covid-19;
2. La **condizione logistico - strutturale** del "sistema RSA", che rende difficile contenere il rischio di contagio all'interno delle strutture: edifici e servizi progettati per l'assistenza, la

cura e la vita delle persone non autosufficienti e non luoghi di cura destinati ad accogliere le persone per un momentaneo periodo di degenza per una patologia transitoria;

3. La natura stessa delle RSA, da sempre luogo di **integrazione socio sanitaria**, di confine tra le competenze dei Comuni, a carico dei quali è la retta di parte sociale e delle Aziende sanitarie che invece provvedono alla quota sanitaria. Una situazione che spesso e, soprattutto nei momenti di crisi, trasforma le RSA in una "terra di mezzo" sulla quale è complicato mappare le responsabilità;
4. La fragilità delle competenze in termini di sicurezza delle cure nel sistema delle strutture sociosanitarie.

1. Il quadro conoscitivo

Di seguito, al fine di inquadrare al meglio il contenuto di tale documento, si riporta brevemente un quadro di contesto del percorso di assistenza residenziale legato alle RSA della Regione Toscana, attraverso dati generali e specifici sia quantitativi, che qualitativi. In particolare, tali dati ed informazioni raccolti attraverso alcuni progetti di ricerca e approfondimento in coordinamento con la Regione Toscana e con la responsabilità scientifica dell'Agenzia Regione di Sanità Toscana, il Laboratorio Management e Sanità¹ (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e dal Centro di riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali². In particolare tali progetti di ricerca hanno lo scopo di indagare l'assistenza fornita dalle RSA sotto diversi punti di vista (dimensione organizzativa, clinico-assistenziale, gestionale e di soddisfazione), segno di un importante e costante impegno della Regione Toscana verso il monitoraggio e miglioramento della qualità delle strutture residenziali.

1.1. Aspetti generali

Le **RSA presenti sul territorio toscano** (dati al 31/12/2019) sono 324 e si collocano nel 39% dei casi sul territorio di competenza della Azienda USL Toscana Centro, nel 33% della da USL Toscana Nord-Ovest e nel restante 28% della Azienda USL Toscana Sud-Est. Il 60% delle strutture è di piccole dimensioni (entro i 40 posti letto); solo 13 superano gli 80 posti letto e si trovano principalmente (9 su 13) nella ASL Centro. Due strutture su tre hanno titolarità privata, fatta eccezione per il territorio della Azienda USL Toscana Sud-Est dove la titolarità pubblica resta prevalente (54% dei casi).

I **posti letto** offerti sono prevalentemente dedicati a persone anziane non autosufficienti e finanziati dal sistema sanitario regionale (12.747 posti letto). Un numero contenuto di posti letto, invece, è destinato al libero mercato (521 posti letto) ed infine circa 1.400 posti letto sono offerti ad anziani autosufficienti³. Rispetto al potenziale **fabbisogno della popolazione toscana**, sono disponibili nella nostra regione circa 13 posti letto ogni 1.000 residenti ultra 65enni. Regioni come il Veneto e il Piemonte si attestano su una numerosità più elevata, ovvero 27 ogni 1.000, mentre in Emilia Romagna sono disponibili 15 posti letto ogni 1.000, dato di poco superiore a quello toscano⁴.

Infine, l'indicatore proposto dal nuovo sistema di garanzia dei LEA, sottolinea che in Toscana, il 28% degli anziani ultra 75enni ha attivato un trattamento socio-sanitario residenziale (R1, R2, R3)⁵ attraverso il Sistema Socio-Sanitario Regionale. A tale quota bisogna considerare di aggiungere quella relativa a coloro che si rivolgono al settore privato per ottenere tali servizi e del quale, ad oggi, non si hanno stime.

1.2. Aspetti gestionali e organizzativi

Al fine di rilevare e monitorare le caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali delle RSA la Regione Toscana ha previsto, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità, una mappatura di tutte le strutture regionali tramite un questionario strutturato online. La mappatura è resa obbligatoria dalla D.G.R.T. n. 496 del 25 giugno 2013. Facendo riferimento alla mappatura relativa al 2016-17 si descrivono di seguito le principali caratteristiche.

¹ Il Laboratorio Management e Sanità coordina: i. il progetto relativo al Sistema di Valutazione della performance (SdV) delle RSA della Toscana, a cui aderiscono volontariamente 100 strutture regionali <http://performance.sssup.it/rsaval/start.php>; ii. la mappatura organizzativa di tutte le RSA della Toscana (Ex Carta di Identità).

² Il Centro Regionale di Criticità Relazione coordina il progetto "Persona - La buona cura", DGR 1016 del 26/10/2015 e DGR 953 del 6/9/2017

³ Fonte dati: censimento Regione Toscana, anno 2019

⁴ Fonte dati: griglia LEA, anno 2017 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf

⁵ Fonte: dati ARS, anno 2019: [https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dettaglio_indicatore-1972-toscana-asl-zone-sanitarie-presidi-d33za--anziani-non-autosufficienti-trattamento-socio-sanitario-residenziale-\(r1-r2-r3\)?provenienza=prolea_capitoli&dettaglio=ric_anno_geo_zone_prolea&par_top_geografia=090](https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dettaglio_indicatore-1972-toscana-asl-zone-sanitarie-presidi-d33za--anziani-non-autosufficienti-trattamento-socio-sanitario-residenziale-(r1-r2-r3)?provenienza=prolea_capitoli&dettaglio=ric_anno_geo_zone_prolea&par_top_geografia=090)

Caratteristiche gestionali

Di 314 RSA che al 31/12/2016 hanno risposto alla mappatura, il 95% risulta accreditato, con un totale di posti letto autorizzati complessivamente pari a 14.341 e un totale di assistiti pari a 13.345, di cui il 51% con oltre 85 anni di età e il 71% donne. Il tasso grezzo di posti letto autorizzati al 31/12/2016 per 1000 residenti over 85 risulta pari a 94 p.l., mentre per residenti over 65 risultata pari a 15 p.l. Considerando la tipologia di proprietario/ente proprietario dell'immobile, si rileva che il 48% è relativo a enti no profit, il 23% circa a enti profit, il 9,5% ad Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (APSP), un altrettanto 9,5% alla Asl e un 9% al Comune. La tipologia organizzativa rappresenta il tipo di gestione della struttura. Sono state individuate 3 tipologie organizzative sulla base della categoria organizzativa (pubblico/privato) e sulla base della titolarità delle strutture (ASP, Azienda USL, Comune, FTSA, SdS, Società Pubblico Privata, Unione dei Comuni, Privato Ente Religioso, Privato Sociale e ONLUS, Privato). Le tipologie individuate sono tre: 1. «pubblica a gestione diretta» che include le strutture a titolarità pubblica e con un soggetto gestore pubblico o con un CCNL pubblico (quindi almeno un soggetto erogatore pubblico dei tre servizi fondamentali, assistenza di base, infermieristica e riabilitativa) (14.5%); 2. «pubblica a gestione indiretta» che include le strutture a titolarità pubblica con un soggetto gestore non pubblico e soggetti erogatori non pubblici (23% delle RSA); 3. «privata» che include strutture a titolarità privata con soggetto erogatore privato (62.5% delle RSA). Con riferimento alla quota sociale, il 50,2% delle residenze che erogano servizi ad assistiti non autosufficienti inseriti in modulo base, comprendono nella quota sociale minima tutti i servizi indicati nell'allegato A alla DGRT n. 995 del 11/10/2016.

Caratteristiche organizzative

Il 68,5% delle residenze mappate ha in uso almeno un software gestionale, anche se i software più diffusi fanno riferimento a uso di tipo amministrativo-economico. Il 56,7% delle residenze mappate eroga servizi residenziali esclusivamente ad assistiti non autosufficienti. Il 64,4% delle strutture eroga servizi sia in regime di convenzione che a libero mercato, mentre il 28,2% delle residenze mappate eroga servizi residenziali esclusivamente in regime di convenzione. Il tasso di occupazione dei posti letto risulta essere piuttosto elevato con il 94% di occupazione e il 72% delle giornate erogate è per conto del SSR a carico di assistiti non autosufficienti. Considerando esclusivamente le residenze che erogano servizi residenziali per conto del SSR toscano, il 100% ha il modulo base, il 23% il modulo cognitivo comportamentale, il 22% il sollievo, il 10% il modulo di bassa intensità assistenziale, circa l'8% eroga cure intermedie, il 6% il modulo vegetativo e il 4% il modulo motorio. Si segnala sinteticamente che l'erogazione di servizi residenziali ad assistiti inseriti nel modulo di Bassa Intensità Assistenziale (che riguardava complessivamente 28 RSA), o ad assistiti autosufficienti (previsto dal 43% delle RSA mappate), non è una stretta prerogativa delle RSA che non erogano il servizio di cure intermedie e non erogano i servizi relativi ai moduli specialistici. Dal progetto regionale "Persona - La buona cura"⁶, le carenze organizzative più critiche e diffuse restano la non garantita presenza dell'infermiere nelle 24 ore e la non garantita presenza del Coordinatore Infermieristico dedicato, cui si aggiungono sia la scarsa integrazione con i MMG e scarsa presenza di medici specialisti sia la scarsità di percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) attivabili sul territorio che limitino la necessità di mobilitare il paziente. Sono state infine registrate difficoltà di relazione con i parenti dei residenti per mancanza di procedure o figure deputate alla comunicazione. Inoltre la coesistenza, nella stessa struttura, di operatori dipendenti della cooperativa e operatori dipendenti dell'Ente, genera inevitabili disparità di inquadramento contrattuale, trattamento economico e accesso ai percorsi formativi, non esclusi quelli offerti dal progetto stesso.

I medici di medicina generale e altri servizi

Complessivamente, i Medici di Medicina Generale con assistiti in carico in 312 RSA che hanno compilato la Carta d'Identità 2016 sono 3.934; il 60,9% di questi accede in struttura mediante modalità di accesso programmato. Mediamente una RSA ha a che fare con 12 mmg, con un valore minimo di 1 e un valore massimo di 64 (dato che varia ovviamente in base al

⁶ DGR 1016 del 26/10/2015 e DGR 953 del 6/9/2017

numero di p.l. nella RSA). Dal punto di vista, invece, dei medici, mediamente un mmg che ha rapporti con le RSA ha 3 assistiti in struttura. Il servizio infermieristico notturno risulta attivo nel 53% delle residenze. Considerando, invece, le sole RSA che partecipano al SdV, il 64% ha un coordinatore infermieristico, il 56% un coordinatore sociosanitario e un 10% un direttore sanitario. In termini di utilizzo delle scale di valutazione per l'assistenza e la cura dei residenti, circa il 90% delle strutture utilizza la scala Braden, l'80% la scala Tinetti, il 75% la BADL e il 74% il Mini Mental Test.

1.3. Il profilo di salute e i bisogni degli anziani residenti in RSA

In Toscana gli anziani non autosufficienti con limitazioni nella attività di base della vita quotidiana (ad esempio mangiare, lavarsi e vestirsi), sono circa 123mila, con una prevalenza pari al 13%, dato in linea con quello italiano (14%)⁷. Le patologie cronic-degenerative affliggono l'86,9% tra le persone ultra 75enni⁸. Inoltre, la percentuale di persone affette da almeno una patologia cronica è in aumento (+1% tra il 2017 e il 2018). In Italia, il bisogno di cure e assistenza per queste persone viene coperto essenzialmente da due percorsi: l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). In Toscana, circa 30 anziani ultrasessantacinquenni ogni 1.000 usufruiscono di almeno un servizio domiciliare finalizzato all'assistenza sanitaria e all'aiuto alla persona per colmare la mancanza di autonomia e, quando le cure a domicilio non risultano praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto), circa 13 anziani ultrasessantacinquenni ogni 1.000 usufruiscono dei servizi residenziali. Inoltre, molte famiglie usufruiscono dei servizi offerti dai Centri Diurni e dai Centri Diurni Alzheimer oppure ricorrono all'assunzione di una assistente personale usufruendo, in tutti e tre i casi di un eventuale contributo pubblico.

Il profilo dell'anziano in RSA

Il "profilo tipo" dell'anziano che risiede in RSA risulta essere il seguente: donna, nel 47% dei casi ultra-ottantacinquenne con ridotta autonomia nelle attività di vita quotidiana e/o frequentemente con elevata compromissione delle funzioni intellettive e comunicative (59% allettata o in sedia a rotelle; 58% disorientata). Il 94% degli ingressi in RSA viene erogato ad anziani con almeno una patologia cronica⁹. Nell'11% dei casi è necessario l'utilizzo del catetere urinario, nel 16% sono presenti lesioni da pressione o altri tipi di ferite. Tra i residenti in RSA che soffrono di almeno 1 **patologia cronica** tra diabete, ipertensione, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, BPCO, ictus, solo il 26% segue le raccomandazioni indicate nei PDTA del Ministero della Salute (erogazioni di farmaci, esami di laboratorio e visite specialistiche in base alla patologia)¹⁰. In parte questa diversità potrebbe essere dovuta al fatto che laddove in RSA siano presenti i moduli specialistici, c'è la presenza di un medico (geriatra/neurologo) che può sopperire a una serie di visite ambulatoriali; certo è che una così bassa percentuale di adesione alle raccomandazioni fa comprendere che non sussiste un sistema di presa in carico delle cronicità. Il 50% dei residenti effettua almeno un accesso al pronto soccorso in un anno e il 15% accede in ospedale. Inoltre gli anziani residenti nelle RSA sono particolarmente suscettibili alle patologie infettive e conseguentemente gli antibiotici sono tra i farmaci più comunemente somministrati. Il 63% dei residenti in RSA toscane ha almeno 1 prescrizione di antimicrobici. Gli antibiotici maggiormente prescritti sono le penicilline (39%), i fluorochinoloni (19%), le cefalosporine (18%) e i macrolidi (14%).

⁷ Agenzia regionale di sanità. Welfare e salute in Toscana 2017. Relazione sanitaria regionale annuale 2017. <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3985-welfare-e-salute-in-toscana-2017.html>

⁸ Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2019. file:///C:/Users/fracol/Downloads/ro-2019-assistenza_territoriale.pdf

⁹ Almeno 1 patologia cronica tra le 17 considerate: Sclerosi multipla, Demenze, Epilessia, Parkinson, Arteropatie obliteranti, Ictus, Disturbo mentale, Insufficienza cardiaca, Fibrillazione atriale, BPCO, Diabete, Malattie reumatiche, Ipertensione, Insufficienza renale, Cardiopatia ischemica, MICI, Dislipidemia

¹⁰ Agenzia regionale di sanità. Le malattie croniche in Toscana - Epidemiologia e impatto sui servizi. Collana dei Documenti ARS, n. 104. Anno 2019. <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4196-le-malattie-croniche-in-toscana-epidemiologia-e-impatto-sui-servizi.html>

La spesa pro-capite per assistenza territoriale e ospedaliera è pari a 500 euro pro-capite per l'assistenza territoriale negli anziani in RSA (ovvero la valorizzazione tariffaria di farmaci e prestazioni ambulatoriali), la metà rispetto ai malati cronici che non risiedono in RSA, mentre è pari a 1000 euro procapite per l'assistenza ospedaliera, un pochino più alta rispetto ai cronici non in RSA (900 euro procapite)¹¹.

Il Piano di Assistenza Individuale (PAI)

In termini di copertura, la percentuale di assistiti accolti nella residenza nell'anno indice, con una permanenza di almeno 45 giorni, per i quali è stato redatto un PAI è pari al 96% delle RSA che partecipano al SdV per l'anno 2018, con un'ottima copertura e una assai ridotta variabilità tra le strutture. Circa il 65% dei PAI viene redatto entro 30 giorni dall'ingresso in struttura, mentre i PAI rivalutati entro 180 giorni sono circa l'83%. Leggermente più critica è, invece, la condivisione del PAI: circa il 71% viene condiviso con un familiare, mentre solo il 47% è condiviso con un medico di medicina generale. Dalle osservazioni strutturate del progetto regionale "Persona - La buona cura"¹² emerge però che i PAI vengono raramente utilizzati come strumento di lavoro in équipe e di pianificazione e monitoraggio degli interventi, ma vengono ritenuti per lo più un adempimento burocratico di scarsa utilità per l'assistenza.

Cadute

Secondo i dati del SdV delle RSA dell'anno 2018, la gestione del rischio caduta è abbastanza diffusa tra le RSA considerate, con un 83% di assistiti presenti da almeno 6 mesi che sono stati valutati per rischio caduta. Tra coloro che sono a rischio caduta, circa l'84% ha un piano di prevenzione, mentre il 28% è effettivamente caduto nell'anno. Considerando tutti gli assistiti presenti in RSA, le cadute di qualsiasi tipo sono 43 ogni 100 assistiti equivalenti. Il dato è assai variabile tra le strutture con un minimo di 0 cadute ad un massimo di 154 cadute ogni 100. Se ci si focalizza solo sulle cadute con accesso al PS, ricovero o il decesso dell'assistito in Toscana si hanno 14 cadute ogni 100 assistiti equivalenti, dato che varia da un minimo di 0 cadute ad un massimo di 54 cadute ogni 100 assistiti equivalenti.

Ulcere, nutrizione e dispositivi

Il tasso di assistiti non autosufficienti che hanno sviluppato ulcere da pressione durante la permanenza in struttura nell'anno indice per 100 assistiti equivalenti non autosufficienti nell'anno 2018 per le RSA aderenti al SdV è pari a 13 ogni 100 assistiti equivalenti. Di questi, la percentuale di assistiti non autosufficienti con ulcere da pressione agli stadi tra 2 e 4, comunque sviluppate, che sono regredite di almeno uno stadio in tre mesi, è pari a circa il 61%, con un buon numero di RSA che arriva fino al 100% del miglioramento di stadio.

Relativamente alla nutrizione, il tasso di assistiti non autosufficienti con PEG (gastrostomia endoscopica percutanea) o sondino naso-gastrico per 100 assistiti equivalenti non autosufficienti è pari a 9 ogni 100 assistiti equivalenti non autosufficienti e nell'81,1% delle residenze che partecipano al SdV si registra almeno un caso di assistito nutrito mediante PEG o sondino nasogastrico per l'anno 2018. Considerando complessivamente gli assistiti presi in carico nel 2018, il 43,6% fa uso di protesi dentali e al 14,3% è stata diagnosticata una forma di disfagia; per questi dati, inoltre, si registra una notevole variabilità tra le residenze.

Considerando la diffusione nell'uso di dispositivi, ci si concentra sull'utilizzo dei cateteri vescicali per l'anno 2018. Il tasso di assistiti non autosufficienti con catetere vescicale ogni 100 assistiti equivalenti non autosufficienti è pari, nelle RSA considerate, a circa 25; di questo coloro che hanno il catetere vescicale da più di 30 giorni consecutivi, quindi più soggetti a infezione, è pari a 17 ogni 100 assistiti equivalenti.

La copertura vaccinale

¹¹ Le malattie croniche in Toscana: epidemiologia e priorità per i servizi, Convegno ARS - Firenze, 13 novembre 2019. https://www.ars.toscana.it/images/eventi/2019/malattie_croniche/presentazioni/6_Cronicit%C3%A0_negli_anziani_in_RSA_Collini_Francesca.pdf

¹² DGR 1016 del 26/10/2015 e DGR 953 del 6/9/2017

La copertura vaccinale negli anziani residenti è pari all'86%, valore superiore alla soglia di raccomandazione ministeriale ($\geq 75\%$) ma non ottimale ($\geq 90\%$)¹³. Con riferimento invece alla vaccinazione degli operatori, il dato di copertura è assai critico e di difficile rilevazione. Tra le 100 RSA che partecipano al SdV, solo 41 sono in grado di restituire i dati relativi alla copertura vaccinale degli operati che è pari al 35%. Si rilevano, comunque, alcune strutture con una copertura pari al 100%. Dall'indagine condotta da ARS e dal Dipartimento di Scienze della salute dell'Università di Firenze nel 2018, emergono chiaramente alcune lacune nelle conoscenze riguardo alla malattia e al vaccino: ad esempio, il 24% degli operatori percepisce l'influenza come una malattia non rischiosa, il 22% afferma che il vaccino antinfluenzale non è efficace nel prevenire la malattia.

La gestione del dolore e del fine vita

Complessivamente, la percentuale di assistiti non autosufficienti sottoposti a programmi di monitoraggio del dolore nel corso dell'anno indice con punteggio massimo sopra soglia, rilevato mediante scale VAS e PAINAD per l'anno 2018, si attesta al 26,5%, con notevole variabilità riscontrabile tra le residenze che aderiscono al SdV. In media, nel mese indice sono state registrate circa 5 valutazioni del dolore effettuate mediante le suddette scale di valutazione per 10 assistiti equivalenti non autosufficienti; tale dato varia da un minimo di 0 valutazioni ad un massimo di 47 valutazioni, per singola residenza. Nell'83,5% delle RSA che aderiscono al SdV, relativamente all'anno 2018, è presente un protocollo per la gestione del fine vita; mentre, la presenza di una procedura scritta per la raccolta delle dichiarazioni anticipate di trattamento (ovvero il cosiddetto "testamento biologico") si riscontra soltanto nel 4,3% delle residenze.

1.4. Elementi di rischio clinico

Il tema del rischio clinico nelle RSA è assai complesso. Si riportano di seguito alcuni dati di contesto relativi al tema delle infezioni tratti sia da progetti specifici, che dal SdV delle RSA Toscane e da approfondimenti qualitativi del progetto "Persona - La buona cura"¹⁴. In particolare, emergono alcune criticità sui temi del rischio clinico, dovute anche all'aumento della complessità assistenziale e ad un lento adeguamento del sistema verso tali bisogni.

Protocolli per il rischio clinico

Considerando lo studio europeo HALT-3¹⁵, sono largamente diffusi i protocolli assistenziali per la gestione dei dispositivi medici come catetere urinario (100%), nutrizione enterale (97%), catetere vascolare (69%), al contrario di quelli per il controllo della trasmissione di microrganismi multi-resistenti (MDRO) che sono presenti nel 48% delle strutture. I protocolli sull'igiene delle mani sono presenti in pressoché tutte le strutture, ma in meno della metà è prevista una regolare organizzazione dell'attività e verifica dell'adesione alla pratica. Tra le RSA che partecipano al SdV, la percentuale di strutture in cui si rileva la presenza sia di una procedura scritta protocollo per la segnalazione degli eventi avversi (incident reporting), sia dei mancati incidenti (near miss) è pari al 90%. La diffusione invece del protocollo eventi avversi è invece inferiore e pari al 60% delle strutture considerate.

Le infezioni

Nel 2017, la prevalenza di **infezioni correlate all'assistenza** nelle RSA toscane è risultata pari al 4,3% ovvero 1 su 23 anziani; dato più elevato di quello italiano pari a 3,9%. Tale aumento è in parte attribuibile ad una crescente sensibilizzazione e formazione sul tema che è stata fatta proprio in questi ultimi anni. I siti di infezione maggiormente colpiti sono quelli relativi al tratto respiratorio (35%), della cute (24%) e il tratto urinario (19%)¹⁶. Dalle

¹³ <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4105-chi-%E2%80%9Cinfluenza%E2%80%9D-gli-operatori-delle-rsa-atteggiamenti-e-comportamenti-verso-la-vaccinazione.html>

¹⁴ DGR 1016 del 26/10/2015 e DGR 953 del 6/9/2017

¹⁵ Studio europeo ECDC, HALT-3. Report Toscana <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3970-prevalenza-di-infezioni-e-uso-di-antibiotici-nelle-strutture-residenziali-per-anziani-i-risultati-del-progetto-halt-3-in-toscana.html>

¹⁶ Studio europeo ECDC, HALT-3. Report Toscana <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3970-prevalenza-di-infezioni-e-uso-di-antibiotici-nelle-strutture-residenziali-per-anziani-i-risultati-del-progetto-halt-3-in-toscana.html>

interviste del progetto "La buona cura", emerge un uso elevato di terapia antibiotica di profilassi: nel 20% dei casi contro il 12% in Italia. La profilassi viene somministrata prevalentemente per prevenire infezioni urinarie (75%) mentre quando il paziente è in terapia a causa di una infezione in corso, questa riguarda prevalentemente il tratto respiratorio inferiore (55%)¹⁷. Tra coloro che effettuano un ricovero ospedaliero, il 18,5% riporta cause infettive e nel 4% dei casi si tratta di sepsi¹⁸. Si è rilevata una mancanza di competenze sull'adozione di procedure e protocolli per la protezione dal contagio, che ha comportato:

- Difficoltà ad isolare i pazienti infetti per mancanza di procedure, educazione ai familiari, formazione del personale, diagnosi tempestiva e strutture adeguate (stanze singole deputate all'isolamento)
- Scarsa esecuzione del lavaggio delle mani, mancanza di lavandini e/o gel idroalcolici
- Procedure ad alto rischio di contaminazione o non adeguate/aggiornate agli standard di riferimento.

Dallo studio europeo HALT-3¹⁹ emerge largamente che i sistemi di sorveglianza utili alla prevenzione e al controllo delle infezioni sono molto scarsi nelle RSA toscane. Nel 50% delle strutture è presente un programma di sorveglianza delle infezioni ed è disponibile personale medico e/o infermieristico specificamente dedicato e formato sul tema. Di contro, i risultati di tali programmi di sorveglianza sono raramente (21%) restituiti al personale medico ed infermieristico. Inoltre solo nel 46% delle strutture sono stati proposti momenti formativi specifici sul tema ICA nell'ultimo anno.

Le terapie farmacologiche

I residenti nelle RSA, come evidenziano i dati sul profilo e sui bisogni assistenziali, fanno largo consumo di terapie farmacologiche. In termini di gestione di tali terapie, si rilevano i seguenti bisogni/criticità:

- Utilizzo diffuso di STU cartacee talvolta prive di foto, chiarezza nella scrittura e possibilità di apporre firme in modo contestuale
- Terapia non sempre somministrata in modo contestuale
- Errata modalità di conservazione di alcuni farmaci (mancanza data di apertura, scadenze, frigo/no frigo, ecc.)
- Poli farmacoterapia: uso promiscuo di numerose classi di farmaci
- Numerosi pazienti e numerosi farmaci gestiti contemporaneamente da un solo infermiere
- Tempi di lavoro ridotti
- Elevato utilizzo della procedura di frantumazione delle terapie con relativi rischi correlati (anche per il personale)
- Scarsa flessibilità nelle variazioni terapeutiche ed uso a lungo termine delle terapie.

1.5. Esperienza e soddisfazione dei residenti, familiari e operatori

Gli anziani che vivono nelle RSA, non sono solo semplici pazienti. Capire le loro esigenze, la qualità di vita che percepiscono e la loro esperienza, nonché quella dei familiari e degli operatori, è un tassello fondamentale da monitorare per la garanzia di una buona qualità e di una serena permanenza quotidiana nella struttura.

Le indagini di soddisfazione ed esperienza dei residenti, familiari e operatori consentono di analizzare il punto di vista di tali attori su dimensioni relative alla vita in RSA e alla qualità del lavoro. Durante il secondo semestre del 2019, all'interno del progetto relativo al SdV, sono state svolte le tre indagini su 60 RSA sparse nel territorio regionale a cura del Laboratorio Management e Sanità. Le indagini forniscono risultati interessanti sia per i professionisti che vi operano che per i policy maker. Relativamente ai residenti, nelle 60 RSA partecipanti si

¹⁷ Agenzia regionale di sanità. L'antibiotico-resistenza e l'uso di antibiotici in Toscana. Collana dei Documenti ARS n. 103. Anno 2018 <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4118-l%E2%80%99antibiotico-resistenza-e-l%E2%80%99uso-di-antibiotici-in-toscana.html>

¹⁸ Agenzia regionale di sanità. L'antibiotico-resistenza e l'uso di antibiotici in Toscana. Collana dei Documenti ARS, n. 107. Anno 2020. <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4351-antibiotico-resistenza-e-uso-antibiotici-in-toscana-documento-ars-107-2020.html>

¹⁹ Studio europeo ECDC, HALT-3. Report Toscana <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/3970-prevalenza-di-infezioni-e-uso-di-antibiotici-nelle-strutture-residenziali-per-anziani-i-risultati-del-progetto-halt-3-in-toscana.html>

rileva una buona soddisfazione generale con circa il 79% degli intervistati che consiglierebbe la RSA in cui risiede ad un parente o amico. Non si rilevano particolari criticità secondo i residenti in termini di pulizia (soddisfatti al 95%), organizzazione della giornata (soddisfatti 86%), autonomia religiosa (93%), assistenza (83%) e gentilezza degli operatori (soddisfatti 85%). Più critici sono invece i risultati relativi alla qualità del cibo (soddisfatti al 64%), sicurezza per oggetti di valore (soddisfatti al 17%), partecipazione attività ricreative (partecipa il 43%) e incontri con il proprio medico di famiglia (lo incontra mai o raramente circa il 47%).

I familiari, in generale, sono molto soddisfatti delle RSA in cui risiedono i propri parenti: circa il 90% degli intervistati consiglierebbe, infatti, la struttura. Appare molto buona la soddisfazione in termini di coinvolgimento nelle decisioni (soddisfatti al 90%), comfort (soddisfatti oltre il 90% in termini di rumori e pulizia) e gentilezza degli operatori (soddisfatti al 95%). Appaiono simili le criticità rilevate dai residenti in termini di luogo sicuro per gli oggetti, attività ricreative e servizio di lavanderia.

Relativamente, infine, alla soddisfazione ed esperienza degli operatori che lavorano nelle RSA si sottolinea come circa il 59% è completamente soddisfatto del proprio lavoro, contro un 1% che è completamente insoddisfatto. In generale, gli operatori sono soddisfatti sul comfort delle strutture (soddisfatti al 65%), sul lavoro di squadra (soddisfatti al 70%) e sulle attività formative (soddisfatti al 70%). Leggermente più critica appare invece la soddisfazione in termini di ritmi di lavoro sostenibili (per nulla o poco soddisfatti al 20%), coinvolgimento nelle decisioni (soddisfatti al 50%) e riscontro sulla qualità del lavoro (per nulla o poco soddisfatti oltre il 20%). I bisogni in termini di coinvolgimento e programmazione da parte degli operatori sono emersi anche dalle osservazioni strutturate del progetto regionale "Persona - La buona cura"²⁰: sul piano dell'organizzazione del lavoro, è apparsa trasversalmente carente la percezione della necessità di dedicare maggiore spazio ai momenti di programmazione e condivisione, quando non semplicemente di passaggio di consegne. Non sono previsti, generalmente, momenti di briefing o riunioni a cadenza regolare, ai quali possano partecipare tutte le figure professionali eventualmente presenti nella struttura (operatori, infermieri, animatore, educatore, fisioterapista, psicologo, assistente sociale, ecc.) o loro rappresentanti; la comunicazione e lo scambio di informazioni sono quindi affidati ai pochi momenti istituzionali (cambio turno) e solo a beneficio di alcune professionalità.

Da sottolineare che per sia per i residenti, che per i familiari e operatori la variabile che influisce maggiormente sulla soddisfazione per la RSA e il proprio lavoro è la relazione di tutti gli attori coinvolti.

1.6. Bisogni formativi degli operatori

La formazione è certamente uno dei fattori che concorrono in misura maggiore a determinare la qualità dei servizi erogati dalle RSA. In base ai dati 2018, rilevati per le residenze che partecipano al Sistema di Valutazione delle RSA in Toscana, il 59,3% degli operatori addetti all'assistenza (infermieri, tecnici della riabilitazione, addetti all'assistenza di base, educatori) risulta aver frequentato almeno un corso obbligatorio durante l'anno e il 52,5% risulta aver preso parte ad almeno un corso di formazione non obbligatorio nel 2018.

Dalle analisi condotte sugli esiti dell'indagine di clima organizzativo svolta nel 2019, a cui hanno partecipato 1.407 operatori di 60 RSA, si rileva che complessivamente i giudizi espressi dai lavoratori in merito alla conoscenza delle opportunità formative messe a disposizione dalla residenza, alla loro utilità, nonché all'adeguatezza del piano di formazione rispetto ai bisogni formativi, sono risultati prevalentemente positivi o molto positivi. È importante sottolineare che l'efficacia della formazione si è rivelata uno dei fattori che contribuiscono maggiormente a determinare la soddisfazione di coloro che operano in RSA.

Sulla base dei dati rilevati dalle RSA partecipanti al SdV e dell'esperienza maturata all'interno del Progetto Persona - La Buona Cura²¹, si è potuto evidenziare che il bisogno primario delle strutture è certamente quello di investire in progetti formativi capaci di promuovere un "cambiamento" culturale, operativo, organizzativo, rispondente alla realtà e vocazione della

²⁰ DGR 1016 del 26/10/2015 e DGR 953 del 6/9/2017

²¹ DGR 1016 del 26/10/2015 e DGR 953 del 6/9/2017

singola struttura. Nella rilevazione dei bisogni formativi questi andrebbero differenziati, sulla base delle diverse competenze richieste, per temi e ruoli, considerando che comunque una centralità generale è sempre assunta dal tema della relazione. In particolare sono stati individuati alcuni elementi che dovrebbero essere sempre presenti:

- il rischio clinico e sicurezza del paziente, che rappresenta un bisogno formativo di tutto il personale deputato all'assistenza e deve essere declinato sulla base delle necessità e delle caratteristiche della struttura;
- la relazione di équipe e interdisciplinarietà, che rappresenta un bisogno formativo di tutto il personale, determinante per la qualità di vita degli operatori, così come per la qualità dell'assistenza. L'attività di sostegno potrebbe nel tempo essere declinata sotto forma di attività di supervisione di gruppo;
- la gestione di particolari condizioni clinico-assistenziali, con riferimento alla formazione specifica relativa al sempre più complesso profilo assistenziale dei residenti, nonché alla gestione della cronicità in maniera proattiva;
- l'assegnazione e gestione delle responsabilità, che rappresenta un bisogno specifico dei ruoli unici, che sono determinanti per la qualità del sistema RSA. A specifici contenuti formativi tarati sui singoli ruoli dovrebbe essere possibile affiancare un tutoraggio a medio-lungo termine.

2. Le RSA e la gestione dell'emergenza COVID-19

2.1. La Pandemia COVID-19 nelle RSA della Regione Toscana

Durante i primi mesi dell'anno 2020, in cui è stato necessario affrontare l'emergenza sanitaria dovuta al Coronavirus a livello mondiale, le residenze per anziani hanno attraversato uno dei peggiori momenti della loro storia. Le debolezze del sistema si sono amplificate ed è stato necessario affrontare molti cambiamenti in brevissimo tempo per poter mettere in sicurezza la vita dei tanti anziani residenti e degli operatori, come ad esempio l'utilizzo dei dispositivi di protezione che rendono il lavoro più faticoso, il rispetto di precauzioni standard e straordinarie, la gestione dell'angoscia generata dall'alta trasmissibilità della malattia, il timore di infettarsi e di infettare i propri cari.

I numeri della pandemia

La survey²² condotta dall'Istituto Superiore di Sanità a livello italiano nel periodo che va dal 1 febbraio al 30 aprile 2020, rende noto che 9.154 anziani sono deceduti, 680 erano positivi al tampone e 3.092 avevano presentato sintomi simil-influenzali. In sintesi, il 7,4% del totale dei decessi ha interessato residenti con riscontro di infezione da SARS-CoV-2 e il 33,8% ha interessato residenti con manifestazioni simil-influenzali a cui però non è stato effettuato il tampone. Il picco dei decessi è stato riscontrato nel periodo che va dal 16 al 31 marzo. In Italia, 5.292 persone residenti nelle 1.342 RSA rispondenti sono state ospedalizzate, con una media di circa 4 ospedalizzazioni per struttura. Dal primo di febbraio, in Toscana hanno avuto necessità di essere ricoverati 732 anziani residenti derivanti da 197 RSA, ovvero il 3,7%. Solo 87 casi erano Covid-19.

In Toscana vi sono stati 640 decessi complessivi ma meno di un terzo dei residenti (190 casi) sono deceduti per Covid-19 o con sintomi simil-influenzali riconducibili allo stesso virus. Dunque, nella nostra regione il tasso di mortalità per Covid-19 è stato verosimilmente pari al 2,08% dei residenti presenti in struttura.

L'indagine regionale sulla pandemia

La Delibera della Giunta Regione Toscana n. 496 del 2013 prevede che le strutture che offrono servizi residenziali ad anziani non autosufficienti compilino la «Carta d'Identità della RSA». Quest'anno, vista l'emergenza CoViD-19, la struttura della Carta d'Identità è stata modificata, mediante l'inserimento di una sezione ad hoc, predisposta dal Laboratorio MeS per rilevare alcuni dati sulla gestione della pandemia nelle RSA che operano in Toscana. Al momento della redazione di questo documento, hanno risposto alla sezione COVID del questionario 190 strutture, con un tasso di risposta pari a circa il 60% delle RSA regionali. Di seguito si riportano alcuni principali risultati.

Gli spazi per l'isolamento

Gli spazi per l'isolamento di eventuali positivi si sono rivelati un elemento cruciale per la gestione della pandemia nelle strutture. Delle 190 strutture che hanno risposto, circa il 12% ha dichiarato che aveva già implementato spazi per l'isolamento prima della pandemia, mentre il 63% lo ha fatto durante la pandemia. Il 18% delle strutture, invece, non è stata in grado di creare spazi per l'isolamento, non potendo quindi predisporre di aree e percorsi separati. Nel caso in cui in una struttura fosse presente un paziente positivo, nella maggior parte dei casi (42%) sono state individuate stanze singole per l'isolamento.

La gestione del personale

La formazione al personale sulla gestione del paziente positivo Covid-19 è stata capillare nelle RSA partecipanti all'indagine e ha coinvolto nel 95% dei casi sia personale infermieristico che di base. In generale, con riferimento agli infermieri e al personale di base nel 28% dei casi sono stati intensificati i turni per far fronte all'emergenza; sono state integrate nuove risorse in termini di personale di base nel 17% e nel 14% di personale infermieristico tra le RSA.

²² https://www.iss.it/documents/20126/0/Report_surveyFinale+RSA.pdf/4b14b829-5a07-24e9-955a-4d4c9a7e4440?t=1592402115720

Le principali difficoltà

Tra le principali difficoltà rilevate dalle RSA si annovera (percentuali cumulate): 1. La mancanza di dispositivi per la protezione individuale (67,4%), 2. La difficoltà per l'esecuzione dei tamponi richiesti (37,4%); 3. Le assenze del personale sanitario (27,9%); 4. La gestione della comunicazione con i familiari e i residenti (25,8%) e 5. Le scarse informazioni sulla gestione dei pazienti complessi (22,1%).

In generale, critico si è rilevato anche il rapporto con la medicina generale. Circa il 27% delle strutture ha dichiarato di non essere totalmente o molto poco soddisfatti degli aggiornamenti sullo stato di salute dei pazienti da parte dei mmg; inoltre oltre il 20% delle RSA lamenta uno scarso livello di coordinamento generale con la medicina generale e il 16% una scarsa o molto scarsa soddisfazione sulla presa in carico da parte del mmg del paziente positivo e residente in RSA.

Il rapporto con il sistema e la comunità

Circa il 50% delle RSA aveva come riferimento per la gestione della pandemia l'unità di crisi delle ASL, il 40% la zona distretto e il 35% un riferimento presso l'ente gestore della struttura (dati cumulati). Il rapporto con la ASL di riferimento e la Regione si è mantenuto mediamente buono, con circa il 50% delle strutture soddisfatte o molto soddisfatte.

2.2. Studio dei modelli organizzativi attivati nel periodo emergenziale: cosa è stato fatto

Le tre Aziende USL toscane hanno adottato modelli organizzativi diversi per fronteggiare l'emergenza Covid-19 nelle RSA presenti sul territorio di competenza.

L'**Azienda USL Toscana Centro** ha istituito una apposita **Task-Force** RSA Strutture Sociosanitarie, coordinata dal Direttore Servizi Sociali, con il compito di:

- Fornire consulenza ai soggetti gestori delle strutture, attraverso Istruzioni Operative per il contenimento del virus SARS-CoV-2;
- Programmare tamponi e test sierologici da eseguire su ospiti ed operatori;
- Redigere Report relativi all'esecuzione di tamponi e test su ospiti ed operatori;
- Effettuare l'analisi delle criticità rilevate;
- Garantire il monitoraggio sulle infezioni COVID su tutte le strutture dove si sono riscontrati casi positivi su ospiti e/o operatori.

L'**Azienda USL Toscana Nord-Ovest** ha istituito una **Unità di Crisi Aziendale** che ha operato in modo trasversale per tutto il periodo emergenziale su tutte le tematiche sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Il Direttore dei Servizi Sociali ha coordinato il monitoraggio relativo all'andamento del fenomeno all'interno delle strutture socio-sanitarie, con Report quotidiano sui casi Covid presenti in ciascuna struttura, numero positivi, monitoraggio esecuzione tamponi e test sierologici su ospiti ed operatori.

L'**Azienda USL Toscana Sud-Est** ha istituito una **Unità di Crisi per la gestione dell'emergenza Covid in RSA** presieduta dal Direttore Servizi Sociali e articolata in una task force aziendale con funzioni strategiche (TSA) e 8 task-forces territoriali coordinate (TOT) dai singoli direttori di Zona distretto/SdS:

L'Unità di Crisi ha svolto le seguenti funzioni:

- Elaborare con apposito GdL procedure specifiche per il contenimento e il trattamento Covid nelle strutture
- Supportare tramite i Vicepresidenti e i membri delle Commissioni Multidisciplinari i gestori delle strutture
- Formulare indirizzi sulla sorveglianza epidemiologica delle strutture (modalità e programmazione) e monitorare l'andamento del contagio tramite apposito cruscotto

- Supportare le funzioni delle Direzioni di Zona distretto/SdS in materia di riorganizzazione della gestione delle strutture Covid+ (in attuazione delle Ordinanze regionali).

2.3. Azioni attuate per la sorveglianza clinico assistenziale e diagnostico terapeutica

Le tre Aziende USL si sono dotate di strumenti specifici per la sorveglianza clinico-assistenziale e diagnostico-terapeutica degli ospiti delle RSA presenti sul territorio.

L'**Azienda USL Toscana Centro** ha formalizzato il **G.I.R.O.T.** (Gruppo di Intervento Rapido Ospedaliero Territoriale)

Nello specifico il G.I.R.O.T. è stato costituito con il compito di valutare dal punto di vista logistico, assistenziale e diagnostico-terapeutico gli ospiti delle strutture, determinando in tale modo varie tipologie di intervento a seconda della situazione riscontrata. Tale gruppo di lavoro è in stretto rapporto con i Medici di Medicina Generale e con le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) attivate dagli stessi MMG nella struttura. Per ciascuna struttura socio sanitaria l'azienda ha individuato una USCA di riferimento del territorio.

Il G.I.R.O.T. composto da un team multiprofessionale che prevede il coinvolgimento di un medico specialista ospedaliero e si completa con la presenza di Infermiere di Famiglia e Comunità/ Infermiere di Distretto oppure Infermiere di Comunità Residenziale. Il G.I.R.O.T. come azione proattiva sulle strutture residenziali sociosanitarie, fa un tutoraggio di II° livello degli ospiti.

Nell'**Azienda USL Toscana Nord-Ovest** è stato costituito il **G.V.S.** (Gruppo di Verifica e Supporto). Il Gruppo di lavoro multidisciplinare di Verifica e Supporto (GVS), costituito dall'Unità di Crisi Aziendale in accordo con la Commissione Multidisciplinare di Vigilanza e controllo e organizzato a livello di zona, in cui sono presenti assistente sociale (coordinatore dell'equipe), infermiere e medico, preferibilmente della rete aziendale qualità e sicurezza, un rappresentante delle funzioni di staff aziendali qualità e sicurezza, effettua le verifiche all'interno delle strutture residenziali.

Le verifiche si concludono con la redazione di un report, che include eventuali disposizioni alla struttura per adeguare le misure intraprese per la prevenzione e gestione del rischio COVID, che viene inviato dal gruppo di lavoro al Direttore di Zona ed all'unità di crisi aziendale. Il gruppo di verifica è disponibile per supportare la struttura socio-sanitaria nelle eventuali azioni di miglioramento e potrà effettuare successive visite in accordo con il direttore della struttura.

Ad integrazione delle attività già svolte con medici di medicina generale e USCA, l'Azienda USL Toscana Nord-Ovest ha adottato un **Programma di Sorveglianza Covid-L.T.C.** (Long Term Care) per le persone assistite nelle strutture socio-sanitarie, finalizzato a intercettare possibili persone assistite a rischio di deterioramento per malattia da Covid-19, prevenire e contenere la diffusione nella popolazione delle persone assistite e degli operatori delle strutture stesse.

Il programma ha previsto in una prima fase lo screening infermieristico delle persone assistite in RSA, condotto mediante l'applicazione della scala per la validazione dell'instabilità clinica dei pazienti presenti nelle RSA, positivi e non al COVID, inserendo tutti i dati in un apposito applicativo. Per i casi considerati a maggior rischio di evoluzione negativa sono stati attivati, su indicazione della direzione sanitaria, i "Team Covid". Un medico specialista dell'emergenza e infermiere, coordinati dal 118, si sono recati nelle strutture residenziali per condurre, sui pazienti selezionati, un approfondimento clinico.

L'**Azienda USL Toscana Sud-Est** ha previsto il **Potenziamento delle funzioni dell'U.S.C.A.**, attivato una **Task-Force Operativa Territoriale**, elaborato un **Piano Interventi Soggetti Fragili in corso di epidemia da Covid-19** e avviato una **Campagna di sorveglianza epidemiologica**.

Per quanto riguarda il **Potenziamento delle funzioni dell'U.S.C.A.**, con due distinte procedure aziendali sono stati disposti un accesso giornaliero delle USCA (Infermiere e medico) all'interno delle RSA diventate Cure Intermedie, con relazione giornaliera da inviare al Direttore di Zona distretto/SdS, e una stretta collaborazione con il 118 (medici e centrale), con le malattie infettive e con la pneumologia.

Rispetto alla **Task-Force Operativa Territoriale (TOT)** nell'ambito dell'Unità di Crisi, sono state costituite 8 TOT dal Vice Presidente della Commissione Multidisciplinare territorialmente competente e i referenti zionali delle Unità Funzionali Attività Sanitarie di Comunità e Assistenza Sociale e del Dipartimento Infermieristico, coordinati dal Direttore di Zona distretto/SdS, che hanno supportato i gestori delle strutture nell'applicazione delle misure di prevenzione e sicurezza (formazione a accompagnamento), nell'applicazione delle I.O. elaborate da apposito Gruppo di Lavoro aziendale e nella definizione dei Piani di Intervento sia operativi nella gestione dell'emergenza, che preventivi (logistici e organizzativi) da validarsi dal Dipartimento Prevenzione (Procedura «Misure per il contenimento del contagio da nuovo Coronavirus nelle RSA»).

Il **Progetto "Sorveglianza attiva per la prevenzione e il controllo dell'infezione Covid-19 nelle strutture socio-sanitarie"** ha previsto la presa in carico proattiva da parte dei geriatri degli anziani in RSA, con presenze minimo settimanali e l'integrazione con i servizi socio-sanitari, le USCA, i MMG e i servizi di prevenzione.

Per quanto riguarda la **Campagna di sorveglianza epidemiologica a tappeto** sono state effettuate 3 campagne di tamponi e test a tutti gli operatori e gli ospiti di RSA, RSD e CAP (ma anche delle strutture socioassistenziali) ed è stato attivato il monitoraggio giornaliero di esiti dei test, guariti e decessi (Cruschetto Click).

2.4. Monitoraggio fenomeno Covid-19 nelle strutture residenziali socio-sanitarie

In ogni Azienda USL è stato monitorato dal Direttore Servizi Sociali l'andamento del fenomeno Covid-19 attraverso report specifici che documentano numero di contagi, decessi e screening (Tamponi e Test Sierologici) effettuati su ospiti ed operatori.

Nel dettaglio:

Az. USL	n. ospiti presenti rsa	n. ospiti presenti rsd/cap	n. tamponi effettuati ospiti	n. test sierologici effettuati ospiti	n. operatori rsa	n. operatori rsd/cap	n. tamponi effettuati operatori	n. test sierologici effettuati operatori
CENTRO	6.310	1.351	2.365	6.500	6.038	1.423	1.631	6.233
NORD OVEST	4.230	409	5.883	4.003	4.272	487	5.277	4.269
SUD EST	3.677	327	9.724	5.765	3.425	273	8.038	9.212
TOTALE	14.217	2.087	17.975	16.268	13.735	2.183	14.946	19.714

2.5. Differenze nelle modalità di sorveglianza condotte dalle aziende sanitarie territoriali per le persone assistite in RSA

Le aziende sanitarie hanno adottato approcci diversi in merito alla modalità di conduzione della sorveglianza clinico-assistenziale:

- L'**Azienda USL Toscana Centro** si è attivata con la presa in carico e la gestione quotidiana dei pazienti COVID da parte dell'equipe G.I.R.O.T. condotta dal medico geriatra e dall'infermiere, con accesso diretto alla cartella della persona assistita e decisione di interventi terapeutici sulla base di valutazione clinica complessiva, corroborata da diagnostica point of care;
- L'**Azienda USL Toscana Nord-Ovest** con la predisposizione di una scheda di sorveglianza che include i fattori di rischio di deterioramento clinico dei pazienti previsti

dal MEWS (stato cognitivo, temperatura, frequenza cardiaca e respiratoria) integrata da sintomi attribuibili a COVID (tosse, difficoltà respiratorie, sintomi neurologici), sulla cui base interviene un team di specialisti dell'emergenza con diagnostica point of care e per disporre eventuale ricovero;

- **L'Azienda USL Toscana Sud-Est** con l'intervento di medico geriatra e infermiere con 3 accessi a settimana per il monitoraggio delle condizioni cliniche dei pazienti, a supporto di MMG e USCA che garantiscono la gestione clinico-assistenziale quotidiana.

Le tre aziende hanno condotto campagne di screening con test sierologici e tamponi sulle persone assistite e sugli operatori delle RSA a cadenza periodica, anche in questo caso con periodicità variabile.

La Regione Toscana ha sviluppato la APP in RSA Si-Cura che prevede la registrazione quotidiana dei parametri vitali di base da parte del personale infermieristico delle RSA per tutti gli ospiti, con invio di alert al medico di riferimento per attivare eventuale intervento clinico.

Sono in corso di definizione le modalità di integrazione della app regionale con le attività di sorveglianza condotte dalle Aziende.

2.6. Lo scenario attuale

L'andamento della curva epidemiologica degli ultimi giorni, evidenzia una nuova impennata di casi da Covid-19; la Regione Toscana anche in questa seconda ondata è fra le regioni più colpite relativamente al numero dei contagi e dei decessi.

L'arrivo della seconda ondata non trova comunque impreparate le RSA della Toscana. Rispetto all'emergenza e alle criticità dei mesi di marzo e aprile, siamo in grado di fronteggiare con maggiori strumenti il riaccutizzarsi della situazione. Nelle strutture sono partite infatti le verifiche cui ogni 15 giorni vengono sottoposti ospiti e personale e oggi, grazie a questo nuovo supporto, le RSA sono il luogo più sicuro per la difesa degli anziani, il posto più controllato: possiamo monitorare la diffusione del contagio e garantire la massima condizione di sicurezza per gli assistiti e gli operatori.

Indubbiamente sussiste la preoccupazione per i dati che arrivano dalle Rsa in questa seconda ondata e l'attenzione resta alta su questo fronte.

E' stato avviato un confronto, con tutti gli attori del sistema, al fine di varare un piano complessivo che consenta una più certa separazione tra ospiti positivi e negativi che deve prevedere una rapida individuazione di ospiti ed operatori positivi, una corretta presa in carico assistenziale da parte del sistema sanitario e una adeguata collocazione degli ospiti nei livelli di assistenza più appropriati e che definisce tutti i passaggi della presa in carico delle persone. Questo ulteriore provvedimento si aggiunge a quanto già indicato nelle ordinanze precedentemente approvate e alle indicazioni recenti circa l'individuazione di Usca dedicate alle Rsa e la priorità da assegnare all'effettuazione e all'esame dei tamponi degli operatori e degli ospiti. E' stato previsto anche un sistema di monitoraggio dei dati relativi ai tamponi effettuati e ai loro risultati, che consenta di avere aggiornamenti in tempo reale.

Nel dettaglio:

A causa di una crescita significativa di nuovi casi di coronavirus, soprattutto nella popolazione anziana, l'**8 ottobre 2020** è stata approvata l'**Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 89** per tutte le RSA e le RSD appartenenti al territorio toscano.

L'Ordinanza n. 89 dispone:

- di eseguire i test sierologici rapidi o i tamponi molecolari a tutti gli operatori e ospiti delle strutture sociosanitarie e di accoglienza, con particolare riferimento alle RSA e RSD
- se l'ospite è positivo al COVID-19 risultante dal test sierologico, anche in attesa del test diagnostico molecolare, dovrà essere preso in carico dal Servizio Sanitario Regionale utilizzando il percorso assistenziale più appropriato

- sarà necessario procedere alla separazione, in diverse strutture o setting assistenziali, degli ospiti risultati positivi o dubbi, asintomatici o paucisintomatici, da coloro che risulteranno negativi, attuando per coloro che sono positivi i livelli di cura e assistenza sanitaria previste per le cure intermedie.

Le aziende sanitarie locali, qualora non possano far fronte alla gestione sanitaria degli ospiti positivi al COVID-19 con le risorse umane già disponibili, possono procedere all'assunzione con procedura di urgenza del personale necessario a fronteggiare la criticità utilizzando le vigenti graduatorie di ESTAR.

Successivamente, Con l'**Ordinanza del presidente della Giunta Regionale n. 93 del 15 ottobre 2020**, è stato disposto il divieto di accesso ai familiari degli ospiti residenti fino al termine dello stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, salvo necessità e/o situazioni particolari. L'Ordinanza dispone comunque che deve essere garantita la comunicazione tra ospiti e familiari, almeno una volta la settimana e con modalità e strumenti idonei come telefonate o meglio ancora videochiamate.

Per quanto riguarda gli screening Covid-19, è previsto che:

- per gli ospiti verranno fatti test sierologici a tutti ogni 15 giorni e il tampone molecolare in caso sospetto oppure tampone rapido secondo la valutazione del MMG o di USCA o team Multidisciplinari
- per tutto il personale invece viene previsto tampone rapido ogni 15 giorni e tampone, al bisogno, in caso di contatto con casi positivi o sospetti.

Nel caso in cui un ospite sia positivo al Covid-19 e abbia una sintomatologia severa o rapidamente progressiva deve essere tempestivamente trasferito in ospedale, altrimenti:

- resta in RSA se la struttura ha possibilità di creare moduli separati con personale esclusivamente dedicato
- viene trasferito in RSA Covid o cure intermedie.

Per evitare carenze di personale, come accaduto durante la prima ondata pandemica, le RSA dovranno organizzarsi, anche congiuntamente con altre strutture, costituendo un pool di pronto intervento operatori disponibile.

Infine, viene richiesto ad ogni Azienda di tracciare l'esecuzione dei test, i tempi di risposta e gli esiti.

Alle RSA viene richiesto di adottare la app #inRSAsicura per gestire in tempo reale lo stato di salute degli ospiti perché integrata con i Sistemi informativi locali delle RSA, della medicina generale e i servizi territoriali. Ovviamente, lo stesso impegno viene richiesto a MMG, Team specialistico Multidisciplinare e USCA perché questo diario clinico sia bidirezionale.

Considerata la crescita dei casi di positivi fra operatori ed ospiti che determina per le aziende sanitarie difficoltà nell'approntare in tempi rapidi le soluzioni prospettate dall'Ordinanza n. 93 del 15 ottobre 2020 per l'accoglienza di ospiti positivi, è stata approvata la successiva **Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 112 del 18 novembre 2020** che dispone la riconversione da parte delle Az. USL di alcune RSA in RSA Total Covid, sulla base della percentuale di positivi presenti, prese in carico dal SSR e considerate a tutti gli effetti strutture a totale copertura sanitaria.

L'Ordinanza inoltre prevede che Vengano individuate USCA dedicate ai pazienti COVID in Rsa. Gli specialisti dei gruppi territoriali e le USCA definiscono insieme ai MMG e ai referenti delle Unità di crisi aziendali per le Rsa gli spostamenti degli ospiti (positivi in RSA Total Covid e negativi in RSA no Covid).

Viene inoltre disposto che sia garantita la massima priorità nella effettuazione e successiva refertazione di test antigenici rapidi di laboratorio o tamponi molecolari di casi sintomatici o dubbi. In ogni caso, tutte le operazioni di screening su operatori e ospiti - screening che viene integrato, rispetto alla ordinanza nr. 93 del 15 ottobre 2020 con i tamponi rapidi anche agli ospiti su base quindicinale e in auto somministrazione da parte della struttura - e la relativa refertazione devono essere garantite nel massimo rispetto della tempistica prevista, allo scopo di non aggravare il dilagare dell'epidemia e di mantenere, quando possibile, il personale operativo.

Vengono date indicazioni relative alla fornitura di DPI alle Rsa, alle Rsd e alle altre strutture socio sanitarie da parte delle ASL.

Viene disposta l'istituzione presso la Direzione del competente Assessorato un sistema di tracciamento integrato sociosanitario a cui aderiscono tutte le RSA (pubbliche e private) e per il quale viene garantito l'adeguato supporto e la necessaria formazione agli operatori pubblici e privati coinvolti. Il monitoraggio dei dati che scaturiranno dalle rilevazioni del suddetto tracciamento sarà condiviso con le ASL. Tale sistema è considerato essenziale per la garanzia della individuazione precoce dei casi sospetti di infezione da COVID e quindi per la minore diffusione del virus e la tenuta dell'intero sistema assistenziale fondato sulle Rsa, e sfrutta la soluzione della App clinica fornita da Regione Toscana (#InRSAsicura), di cui alla Ordinanza n. 93 del 15 ottobre 2020.

In seguito all'emanazione dell'Ordinanza del Ministro della Salute dell'8 maggio 2021 con la quale si approvano le modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale, la Regione Toscana ha approvato l'**Ordinanza del presidente della Giunta Regionale n. 52 del 19 maggio 2021** e successivamente la **Delibera n.546 del 20 maggio 2021** con la quale sono stati definiti ancora più specificatamente 2 passaggi cruciali: la definizione del Patto di condivisione del rischio tra la struttura e il visitatore e le modalità per la prenotazione del tampone gratuito per l'accesso alla struttura da parte dei familiari.

Nello specifico, con i due provvedimenti, vengono regolamentate sia le **modalità organizzative generali** per l'ingresso dei visitatori, che quelle **specifiche**. Quest'ultime in particolare fanno riferimento a:

- visite in **spazi esterni** e al **chiuso**
- visite all'**interno del nucleo di degenza**
- **rientri in famiglia** e **uscite** programmate degli ospiti
- **nuovi ingressi** nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali
- definizione del **Patto di condivisione del rischio** tra la struttura e il visitatore
- modalità per la **prenotazione del tampone gratuito** per l'accesso alla struttura da parte dei familiari.

3. La revisione del modello

3.1. La programmazione e la governance del sistema

La centralità della programmazione e della governance pubblica, evidenziata più volte dalla DGR 995/2016, con riferimento specifico alla residenzialità sanitaria assistita, si sostanzia principalmente nella elaborazione a livello territoriale di una precisa analisi dei bisogni di salute della popolazione anziana non autosufficiente, dell'offerta assistenziale esistente e del fabbisogno di posti letto, con particolare riferimento a quelli residenziali e semiresidenziali.

Le linee di indirizzo della Regione Toscana definiscono altresì strumenti di monitoraggio e valutazione, in un'ottica di omogeneizzazione dei servizi a livello regionale, in una logica di appropriatezza e stratificazione dei profili clinici e assistenziali che tenga conto dei livelli di spesa sostenibili da parte del SSR e dei Comuni.

Il processo di revisione promuove una governance regionale e aziendale congiunta, orientata a creare modelli omogenei nelle tre aree vaste, supportato dagli elementi conoscitivi elaborati da ARS e Laboratorio Management e Sanità (MeS), da tempo impegnati su questo fronte. I numerosi studi e monitoraggi prodotti potranno rappresentare un valido elemento di discussione e confronto per l'elaborazione di una strategia unitaria e coerente.

Il fabbisogno definito nell'ambito della programmazione integrata e della governance pubblica, rappresenta il punto di riferimento per la realizzazione di nuove RSA e/o per l'ampliamento di strutture già esistenti.

Il rilascio da parte del Comune dell'autorizzazione è infatti preceduto dal parere obbligatorio e non vincolante della Conferenza dei Sindaci/Assemblea SdS dell'ambito territoriale di riferimento. In tale sede si procede alla verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione e distribuzione territoriale risultante dagli atti regionali di programmazione, tenendo conto delle strutture pubbliche, private e del privato sociale già operanti sul territorio, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

La verifica di compatibilità dovrà basarsi su criteri predefiniti e omogenei sul territorio regionale.

Analoga procedura può essere adottata in caso di richiesta di ampliamento di strutture già esistenti ed autorizzate al funzionamento che prevedano l'aumento del numero di posti letto, la trasformazione di strutture già esistenti con modifica della tipologia di posti letto rispetto a quelli già autorizzati o il cambio di destinazione d'uso degli edifici con o senza interventi edilizi, nonché il trasferimento in altra sede e/o in altra Azienda Sanitaria Locale di strutture già autorizzate.-

Il tema del rapporto tra governance e gestione si sviluppa a partire dal concetto che individua nelle strutture accreditate un soggetto che opera in nome e per conto del sistema pubblico, che pertanto è deputato a verificare, controllare e orientare l'attività in coerenza con la programmazione pubblica e con le norme di settore.

Il governo del sistema è di titolarità completamente pubblica e si articola secondo i criteri stabiliti a livello regionale che garantiscano livelli di assistenza uniformi.

La programmazione promuove la specializzazione dell'offerta in modo da garantire percorsi appropriati e risposte coerenti ai bisogni del territorio e definisce le modalità di interazione tra i percorsi di tipo specialistico e quelli di base utilizzati attraverso la libera scelta.

Azioni:

- Analisi dell'offerta assistenziale da parte delle singole SdS/Zone distretto sulla base di griglie di rilevazione predisposte dalla Regione Toscana con criteri omogenei e condivisi.
- Condivisione dei criteri e di una prima proiezione dei fabbisogni territoriali con la Conferenza regionale dei Sindaci e nelle articolazioni territoriali.

Strumenti:

- Gruppo di lavoro regionale con rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale) per la definizione di criteri omogenei per la definizione del fabbisogno dei servizi residenziali e semiresidenziali, sia con riferimento ai posti letto che ai moduli specialistici.
- Gruppo di lavoro regionale con rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale) e ANCI per la definizione di criteri omogenei per la valutazione di compatibilità da parte della SdS/Zona distretto delle richieste di realizzazione di nuove RSA o di ampliamento/trasformazione/trasferimento di quelle già esistenti.

Tempi: n. 12 mesi**3.2. Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i L.E.A.**

In base alla DGR 995/2016, i destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili per quanto riguarda i posti in modulo per la non autosufficienza stabilizzata, tipologia base. Attraverso il cosiddetto "titolo d'acquisto" – documento rilasciato dai servizi sociosanitari territoriali competenti in cui vengono indicati il corrispettivo sanitario (quota sanitaria) e sociale (quota sociale o alberghiera) – la persona può scegliere la struttura che preferisce e risponde ai propri bisogni. Il governo dell'accesso nei moduli specialistici e nel percorso di continuità ospedale-territorio, ovvero nei percorsi di dimissioni ospedaliere protette, resta prerogativa della valutazione istituzionale pubblica e non è assoggettato alle previsioni della DGR 995/16 e dalla libera scelta, in quanto fortemente ancorato al concetto di appropriatezza degli interventi.

Nell'ottica della coerenza con le disposizioni nazionali, va tenuto presente che, affinché i livelli essenziali di assistenza possano essere aggiornati in modo continuo, sistematico, basandosi su regole chiare e criteri scientificamente validi, la Legge di stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208 - art.1, comma 556) ha previsto l'istituzione della **Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale**, nominata e presieduta dal Ministro della Salute, con la partecipazione delle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità, dall'Agenzia Italiana del Farmaco, del Ministero dell'Economia e Finanza e dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Costituita con Decreto Ministeriale 5 maggio 2020, la Commissione si è **insediata il 28 luglio 2020** presso il Ministero della Salute con il compito di provvedere all'aggiornamento continuo del contenuto dei LEA e con l'obiettivo di creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini.

Azioni:

- Definizione di un protocollo di lavoro che disciplina la modalità di accesso ai moduli specialistici, le caratteristiche del progetto, durata, modalità di verifica e definizione della conclusione del progetto personalizzato in coerenza con le disposizioni nazionali e dei LEA (si veda Appendice 1);
- Definizione dell'accordo quadro per la contrattualizzazione dei servizi specialistici;
- Indirizzi per la realizzazione e la gestione di liste di attesa differenziate a livello zonale per ogni modulo RSA.

Strumenti:

- Tavolo di lavoro dedicato, con il coinvolgimento degli stakeholders;
- Atti amministrativi.

Tempi: n. 12 mesi**3.3. Organizzazione dei moduli specialistici**

Le RSA non possono essere luoghi di "custodia" delle persone non autosufficienti, devono invece essere luoghi di "cura". Questo si ottiene garantendo che le RSA sappiano intervenire sulle diverse esigenze sanitarie (infezioni incluse), ma "cura" deve significare "prendersi cura", che implica un insieme di attenzioni il cui obiettivo non è solo curare le patologie, ma "far vivere nel modo migliore possibile", pur in presenza di gravi limitazioni personali.

È cruciale garantire agli ospiti delle RSA una vita di relazione il più ricca possibile e offrire ciò, implica la presenza di animazione, attività motorie, ingresso di associazioni e volontari, promuovere e sostenere il rapporto con i familiari (coltivare gli affetti), formazione degli operatori orientata alla relazionalità, contestualmente alle cure. Se le RSA sono "luoghi per la cura", ricordiamo che chi non può coltivare affetti e relazioni spesso si aggrava e si isola, e dunque anche questa è una importante forma di cura.

Anche le persone con diagnosi di demenza e limitazioni delle funzioni cognitive possono fruire di questo approccio, e molte esperienze dimostrano l'utilità di stimoli e offerte relazionali anche per queste patologie. Sono molti i pazienti con gravi demenze presenti in RSA, e per loro è necessario allestire modalità che consentano di "accettare" e gestire i loro comportamenti e riconoscere l'importanza delle cure non farmacologiche.

Le RSA erogano prestazioni socio-sanitarie che possono attualmente essere caratterizzate sia da media ed alta intensità assistenziale e media ed alta complessità organizzativa (L.R. n. 41/2005 art. 21 comma 1 lettera a), che da bassa intensità assistenziale e bassa complessità organizzativa (DPGR 2/R/2018), assicurando assistenza, protezione e cure sanitarie in base alla declinazione dell'offerta nei moduli previsti dal Regolamento approvato con DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R che garantiscono la possibilità di una risposta assistenziale appropriata, in base a quanto definito nel progetto di assistenza personalizzato.

Attualmente, all'interno del sistema della residenzialità per anziani in Toscana, l'inserimento della persona in RSA avviene nell'ambito del percorso assistenziale, quale scelta tra le varie opzioni possibili, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione conseguente del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP). La quota sociale o alberghiera della retta è a carico dell'ospite, con eventuale partecipazione da parte dei Comuni determinata in base all'ISEE.

L'inserimento in struttura può essere:

- **temporaneo**, finalizzato ad offrire alla persona assistita un inserimento residenziale programmato, in presenza di inadeguatezza ambientale transitoria o impossibilità temporanea della famiglia o del caregiver a garantire adeguata assistenza. E altresì finalizzato alla riattivazione e riabilitazione delle capacità funzionali residue con verifica a termine a cura dell'UVM.
- **temporaneo specialistico per i livelli di assistenza dei moduli 2 e 3** finalizzato alla attuazione del PAP nel momento in cui si valuta appropriato un intervento specialistico e dedicato alle caratteristiche cliniche e che ha per sua natura una durata definita, dopo la quale a verifica si evolve verso un progetto diverso.
- **di sollievo**, finalizzato ad offrire alla famiglia l'opportunità di alleggerire per un periodo determinato di tempo lo stress e l'impegno di cura, consentendo un recupero sul piano fisico e psicologico.
- **permanente** subordinato alla definizione, a cura dell'UVM, di un PAP di tipo residenziale, a seguito dell'accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e di inadeguatezza ambientale e della rete assistenziale che rende impossibile in via permanente un piano assistenziale domiciliare.
- **cure intermedie setting 3 come previsto dalla DGR n. 909/17** attivato sperimentalmente nel 2005, sarà introdotto come ulteriore modulo specialistico tra quelli previsti dal Regolamento 2/R/2018 a seguito di un monitoraggio degli esiti che ha risposto alla finalità di raccogliere elementi e caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali delle diverse realtà operative sul territorio regionale, nonché fornire indicazioni per il passaggio dalla fase sperimentale alla fase di regolamentazione

a regime e contribuire alla formulazione delle proposte di modifica della normativa vigente, al fine di aggiornare il quadro normativo regionale, recependo gli esiti più significativi evidenziati (DGR n. 1596/2019).

Nell'attesa di rivedere i moduli specialistici in RSA e operare una vera e propria rivisitazione dei livelli di assistenza residenziale delle persone anziane non autosufficienti, si rende opportuno nell'immediato modificare gli attuali modelli organizzativi in cui coesistono diverse modularità assistenziali senza reali specializzazioni in modo da consentire di esaltare e sviluppare le specificità e le competenze di ciascuna struttura. L'attuale normativa delle RSA già prevede diversi livelli di intensità assistenziale che vanno dalla BIA (bassa intensità assistenziale), ai moduli per disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale, alle cure intermedie, ma i relativi posti letto dedicati sono gestiti in modo promiscuo dentro medesime strutture non consentendo lo sviluppo di modelli organizzativi efficaci in grado di offrire risposte appropriate ai diversi bisogni delle persone anziane.

I moduli specialistici si distinguono dai moduli a bassa intensità assistenziale sia dal punto di vista gestionale che organizzativo che di governo:

- i moduli specialistici rispondono ad esigenze di accoglienza temporanea (DGR n. 402/2004) per cui il PAP dovrà determinare con precisione il periodo di trattamento;
- il governo degli accessi nei moduli specialistici resta prerogativa della valutazione pubblica e non è assoggettato alle previsioni della DGR 995/16 e alla libera scelta del cittadino;
- le Zone distretto/SdS devono organizzare liste di attesa differenziate per ciascun modulo per facilitare la migliore appropriatezza degli ingressi nel modulo necessario;
- l'assetto logistico strutturale è determinante nella articolazione dell'offerta ed è indispensabile una separazione strutturale e logistica che orienta la dimensione dell'organizzazione.

In conclusione l'attuale sistema RSA richiede una profonda innovazione, che deve essere perseguita preservando da un lato l'esistente, dall'altro ripensando il modello organizzativo basato su una reale articolazione "modulare" dei servizi.

Un nuovo modello di RSA potrebbe prevedere una differenziazione delle strutture per tipologia di utenza e una riorganizzazione innovativa con l'adeguamento delle strutture ai nuovi bisogni con una crescente componente sanitaria.

Tale differenziazione delle strutture su tre livelli, da distinguere sulla base della gravità degli ospiti dal punto di vista sanitario riscontrabile alla valutazione multidisciplinare che esita nel PAP dell'anziano non autosufficiente e sulla base della diversa intensità assistenziale con la quale sono organizzate le risposte alle differenti tipologie di bisogno delle persone assistite, può articolarsi in: livello base, livello specialistico e livello cure intermedie.

Azioni:

- Indirizzi per la gestione dei moduli, prevedendo una riorganizzazione delle strutture che ad oggi gestiscono in modo promiscuo PL con modularità diverse, promuovendo lo sviluppo di specificità e competenze di ciascuna struttura creando vere e proprie eccellenze
- Indirizzi per la definizione di PAP residenziali in moduli specialistici a valenza temporanea con l'indicazione del percorso post acuto
- Definizione delle modalità di autorizzazione all'esercizio e accreditamento dei moduli specialistici in RSA
- Differenziazione delle modalità di governo tra libera scelta e accesso ai moduli specialistici

Strumenti:

- gruppo di lavoro regionale con rappresentanti del territorio (livello aziendale e zonale) e dei gestori delle strutture (loro rappresentanza) per la elaborazione di una proposta di modifica del Regolamento DPGR 9 gennaio 2018, n. 2/R con riferimento ai moduli

specialistici in RSA

Tempi: n. 12 mesi

3.4. Definizione di standard logistico strutturali differenziati in base ai livelli di assistenza e ai bisogni delle persone non autosufficienti

Tutta l'offerta residenziale dovrà prevedere standard strutturali rigorosi adeguati al livello di assistenza e la revisione non potrà prescindere da una rivalutazione degli ambienti e della logistica creando coerenza tra il livello organizzativo e il livello strutturale. Gli standard strutturali dovranno considerare che gli aspetti logistici sono indispensabili per la progettazione dell'offerta assistenziale da erogare.

Per le RSA, i requisiti individuati nel Reg. 2/R/2018 riguardano:

- le principali caratteristiche strutturali;
- introduzione di ambienti dedicati all'organizzazione dell'isolamento e delle esigenze organizzative corrispondenti;
- caratteristiche del target accolto;
- la graduazione dell'intensità assistenziale e della complessità organizzativa;
- la capacità ricettiva massima;
- i requisiti minimi strutturali;
- i requisiti minimi organizzativi;
- i requisiti minimi professionali, individuati rispetto ai due parametri dell'intensità assistenziale e della complessità organizzativa, con l'indicazione di: funzioni esercitate dalle figure professionali impiegate; apporti professionali, per ciascuna funzione esercitata, espressi attraverso la quantificazione del monte orario minimo su base annua.

Per quanto riguarda i requisiti minimi strutturali l'attuale normativa non prevede distinzioni né standard specifici per l'offerta specialistica e/o complessa rispetto al modulo base, mentre è opportuno introdurre alcune specifiche quali requisiti minimi strutturali per ciascuno dei moduli specialistici a partire dalla separazione logistico organizzativa e strutturale.

L'importanza della logistica si è rivelata strategica nella gestione delle infezioni alla luce dell'emergenza Covid-19.

Azioni:

Modifica del Regolamento 2r/18 sui requisiti strutturali

Strumenti:

Gruppo di lavoro regionale con rappresentanti delle Commissioni Multidisciplinari, della Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza, Referenti aziendali Qualità e Sicurezza e stakeholders.

Tempi: n. 18 mesi

3.5. Riqualificazione dell'offerta residenziale

La revisione dell'offerta residenziale persegue gli obiettivi di ridefinire il ruolo delle RSA e contestualmente migliorare l'appropriatezza, aumentare la qualità assistenziale, ottimizzare le performance. Nella ridefinizione dell'offerta si possono migliorare anche la gestione della sicurezza, uniformità dei livelli di prestazione e una razionalizzazione della spesa, ma soprattutto costruire una organizzazione che consenta di gestire i livelli di emergenza urgenza senza ricorrere al pronto soccorso quando non è necessario.

Nei percorsi di riqualificazione dell'offerta ci si potrà avvalere del ruolo attivo delle zone distretto/Società della Salute che potranno dare un importante contributo alla costruzione del

network territoriale, garantendo l'integrazione sociosanitaria. In questa ottica si promuove l'azione di convergenza delle risorse economiche di estrazione sociale, sociosanitaria e sanitaria verso uno stesso obiettivo che si concretizza nella organizzazione di servizi territoriali che prende in carico problemi sanitari di bassa e media intensità, ma non marginalizza le problematiche sociosanitarie e socio assistenziali.

Occorrerà ridisegnare l'offerta residenziale, anche nel rispetto dei livelli previsti dai LEA sociosanitari, distinguendo l'offerta tra quella dedicata al supporto abitativo delle persone fragili con autonomia ridotta, ma ancora parzialmente autosufficienti, e con problematiche cliniche complesse e quella da destinare alla accoglienza di persone con complessità cliniche importanti, stabilizzate e che richiedono un'assistenza più qualificata e strutturata senza per questo sottovalutare gli aspetti di natura relazionale e di socializzazione.

Azioni:

- Modifica del Regolamento 2r/18 rispetto all'offerta residenziale
- Atti amministrativi di riferimento
- Monitoraggio dell'evoluzione del sistema attraverso indicatori specifici

Strumenti:

Gruppo di lavoro regionale con rappresentanti del territorio e stakeholders

Tempi: n. 18 mesi

3.6. Offerta specialistica territoriale e qualificazione degli interventi in urgenza

Si rende necessario determinare un collegamento strutturale fra ospedale e territorio per gestire pazienti complessi stabili o con urgenze differibili senza ricorrere al PS.

Sulla base del monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni dell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 49 del 03/05/2020 relativamente al potenziamento delle RSA, con individuazione, a carico delle Aziende Sanitarie Territoriali, prevedendo una presenza medica dedicata, oltre al mantenimento dell'attuale rapporto con i propri MMG, con un rapporto di 1 medico ogni 300 posti letto, si procederà a verificare la fruibilità e la sostenibilità di tale modello valutandone l'impatto sul sistema dei servizi per una eventuale messa a regime.

In tal caso si procederà a definire il ruolo e a disciplinare le modalità di raccordo tra questa figura medica, il MMG e le RSA di riferimento.

Le azioni complementari scaturite dall'esperienza dell'emergenza Covid-19 che possono offrire una qualificazione dei servizi territoriali sono:

- Aumento dei setting di cure intermedie
- Potenziamento dei servizi ambulatoriali specialistici territoriali (Presidi distrettuali e Case della Salute)
- Potenziamento dei Servizi Domiciliari
- Equipe multidisciplinari specialistiche (medico e infermiere), in proiezione dai presidi ospedalieri, che in integrazione e collaborazione con MMG intercettino i bisogni di cura sul territorio e quindi anche in RSA con particolare attenzione alle tematiche sulle infezioni da pratiche assistenziali e malattie infettive e diffuse
- Intervento infermieristico in urgenza sia sul territorio che in RSA
- Intervento di servizio sociale in emergenza urgenza sul territorio e costituzione di posti RSA per accoglienza in urgenza
- Individuazione dei maggiori bisogni di interventi specialistici in RSA
- Monitoraggio degli accessi e delle relative motivazioni da RSA verso il pronto soccorso.

Inoltre l'utilizzo di tecnologie digitali a supporto dell'attività di monitoraggio delle condizioni di benessere, della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità, nei vari ambiti di vita (in particolare di quello domiciliare) può consentire di individuare segni di allerta precoce, ottimizzare il bisogno di visite specialistiche e diminuire il ricorso all'ospedalizzazione, accrescere il senso di sicurezza e migliorare la qualità di vita. All'interno

di tale logica, che pone l'innovazione tecnologica al servizio dell'innovazione del welfare, vanno viste le nuove progettualità, introdotte recentemente dalla Regione sulla teleassistenza e sul telemonitoraggio (DGR 1614/2019 "Protocollo di intesa progetto 'A casa, in buona compagnia'. Le tecnologie di assistenza alla terza età" e DGR 464/2020 "DGR/497/2014 "Intesa Stato-Regioni sulle Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" - Indirizzi operativi"). Queste nuove tipologie di cura, associate all'assistenza domiciliare e basate su visite mediche programmate, su controlli infermieristici e sul monitoraggio costante dello stato di salute del paziente, possono assicurare la continuità ed una assistenza territoriale adeguata anche nella fase del post emergenza Covid-19 all'interno delle RSA.

Azioni:

- Potenziamento servizi di cure intermedie e servizi domiciliari
- Costituzione Equipe multidisciplinari
- Intervento infermieristico in urgenza
- Intervento Sociale in urgenza
- Offerta residenziale RSA in emergenza
- Percorsi formativi integrati tra infermieri delle aziende e infermieri RSA
- Diffusione del modello di telemedicina
- Costruzione di indicatori di monitoraggio relativo agli accessi da RSA a Pronto Soccorso

Strumenti:

Tavoli di lavoro dedicati
Predisposizione linee indirizzo

Tempi: n. 12 mesi

3.7. Riqualificazione culturale e promozione della cultura della sicurezza

Vista la presenza di diverse tipologie di infezioni presenti nelle strutture, organizzare specifici percorsi al fine di isolare le eventuali infezioni (New Delhi ecc.), virus o altre cause di contagio fra gli ospiti delle strutture socio sanitarie residenziali occorre prevedere un assetto organizzativo e tecnico orientato alla sicurezza.

Ne consegue che i ricoveri temporanei (dimissioni ospedaliere e post acuzie) dovranno essere differenziati dai ricoveri permanenti e di sollievo e che dovrà essere prestata particolare attenzione ai nuovi ingressi e alla loro possibilità di isolamento funzionale nel primo periodo di ingresso in struttura.

Sarà necessario produrre un documento di indirizzo regionale per la prevenzione e gestione del rischio Covid-19 nelle strutture residenziali socio-sanitarie che recepisce quanto disposto nelle ordinanze della Regione Toscana ed articola le disposizioni sui diversi scenari assistenziali e le ricadute organizzative. Si prevede inoltre che sia redatto un Protocollo di carattere aziendale per la "Prevenzione e gestione del rischio Covid-19 e delle altre infezioni nelle RSA che prevede un supporto e supervisione alle strutture socio-sanitarie per la sicurezza delle persone assistite e degli operatori, anche mediante verifiche presso le strutture. Le verifiche sono condotte da un Gruppo di lavoro multidisciplinare di Verifica e Supporto.

Ogni struttura, individua formalmente un referente per la prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) adeguatamente formato. Al fine di coordinarsi con la rete aziendale, l'operatore individuato per tale funzione può svolgere il ruolo più generale di referente per la qualità e la sicurezza. Il referente è il punto di riferimento per coordinare le attività finalizzate alla prevenzione delle infezioni all'interno della struttura ed in particolare per garantire l'aggiornamento costante del personale, l'informazione delle persone assistite e dei visitatori per la prevenzione e controllo delle ICA, in particolare del Covid-19, in grado

inoltre di rapportarsi con le strutture dell'azienda sanitaria per la gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19 e per le altre infezioni correlate all'assistenza.

Azioni:

- Individuare un referente ICA
- Strutturare i Gruppi di Verifica e Supporto (GVS) in ogni Zona, integrandoli nella rete aziendale Qualità e Sicurezza con il coordinamento di un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare ed integrato tra direzione generale, sanitaria e dei servizi sociali
- Rafforzare collegamento con ospedale attraverso il gruppo di riferimento individuato
- Regolare la modalità di isolamento nelle strutture
- Definire una procedura per la gestione delle infezioni
- Estendere la stewardship diagnostica e terapeutica per le malattie infettive alle strutture socio-sanitarie, definendo modalità di cooperazione strutturata tra personale infermieristico delle RSA, medici di famiglia e specialisti infettivologi e microbiologi dell'azienda sanitaria, con il supporto del personale medico ed infermieristico delle Zone

Strumenti:

Tavoli di lavoro dedicati

Tempi: n. 12 mesi

3.8. Investimento sulle risorse umane

Per poter raggiungere obiettivi di qualità nell'offerta residenziale non possiamo dimenticare di rendere più solide le competenze che in più occasioni si sono mostrate fragili sia nel management che negli aspetti tecnici e professionali. La sicurezza delle cure dovrà tenere conto anche di interventi focalizzati sulla tutela delle persone e la prevenzione di comportamenti che rischiano di derivare verso il maltrattamento che spesso ha esordi silenti. Sostenere la crescita di professionisti in grado di accompagnare i cittadini nella risposta ai loro bisogni rende necessario promuovere percorsi di formazione permanente sulle buone pratiche per la sicurezza delle cure, l'ergonomia degli ambienti di lavoro e di vita, la partecipazione delle persone assistite migliorando il sistema di relazioni su cui costruire network di gestori pubblici o privati e/o professionisti impegnati nelle strutture.

Azioni:

- Identificare a livello regionale una comunità di pratiche dei direttori delle RSA
- Progettare la formazione dei direttori di struttura
- Lavorare su percorsi formativi con il rischio clinico per gli operatori
- Favorire lo svolgimento di stage in queste strutture da parte dei laureandi/specializzandi

Strumenti:

Tavoli di lavoro dedicati

Tempi: n. 6 mesi

3.9. Riassetto dei controlli e definizione di una check list regionale

Occorrerà revisionare il Regolamento 2r/18 per la definizione dei livelli di offerta e per rideterminare i tempi di adeguamento delle strutture agli standard previsti.

- prevedere e aggiornare i livelli minimi e il tempo entro cui tutte le strutture dovranno adeguarsi ai requisiti strutturali, organizzativi e professionali secondo i nuovi livelli di offerta

- prevedere l'assegnazione di personale dedicato alla Commissione di Vigilanza e controllo, per evitare conflitti di interesse e garantire la terzietà
- prevedere adeguata formazione ai componenti della commissione di vigilanza
- specializzare il controllo
- costruire un modello di controllo coerente con il nuovo assetto dell'accreditamento regionale
- costruire una check list regionale unica per l'autorizzazione e il monitoraggio dei requisiti di autorizzazione all'esercizio.

Azioni:

- Elaborazione di una proposta di check list regionale per l'utilizzo da parte delle tre commissioni di vigilanza deputate alla valutazione finalizzata all'autorizzazione di funzionamento
- Costruzione di un sistema informativo che consenta l'inserimento della documentazione relativa all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento in un data base unico al cui accesso sono autorizzati i componenti delle commissioni di vigilanza e del gruppo regionale dei valutatori per l'accreditamento

Strumenti:

Gruppo di lavoro con rappresentanti del territorio e stakeholders per la elaborazione di una proposta di check list regionale per l'utilizzo da parte delle tre commissioni di vigilanza deputate alla valutazione finalizzata all'autorizzazione di funzionamento

Tempi: n. 12 mesi

3.10. Cartella utente elettronica/diario clinico WEB-based

Costruzione di un modello di diario clinico che consenta la consultazione interattiva tra i diversi livelli di assistenza (MMG, Ospedale, specialisti, infermieri, RSA).

La Regione Toscana, a seguito dell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 49 del 03/05/2020 che prevede l'adozione, da parte della struttura, di un diario clinico web-based per gestire in tempo reale lo stato di salute degli ospiti, ha predisposto una specifica app (#inRSAsicura) che metterà gratuitamente a disposizione delle RSA toscane.

La app è costruita secondo un nuovo approccio che possa consentire un sistema informativo unico di raccolta e visualizzazione dei dati, attraverso la app stessa ma anche un portale regionale dedicato, possa rappresentare il diario clinico dell'ospite dove sono registrati parametri vitali, test, questionari, ecc., possa consentire la raccolta dati remota direttamente al posto letto tramite QRCode e possa prevedere la possibilità di integrazione bidirezionale con i Sistemi Informativi locali delle RSA, della medicina generale e dei servizi territoriali.

Azioni:

- sperimentazione del diario clinico WEB-based
- dotazione di strumentazione elettronica ai professionisti

Strumenti:

- monitoraggio utilizzo diario clinico
- formazione operatori

Tempi: n. 6 mesi

3.11. RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità

Nella nuova programmazione sarà necessario offrire risposte molto più differenziate, puntando ad articolare l'ospitalità nel modo più flessibile possibile.

In questa prospettiva ha senso anche prevedere il concetto di "RSA aperta": possibilità da parte di RSA accreditate di aprire le porte proponendo servizi alla comunità e al territorio. Per la tutela dei non autosufficienti occorre puntare non solo a una "riforma delle RSA", ma alla messa in opera di un più articolato "sistema delle cure", e che offra con priorità sostegni al domicilio. In questo contesto bisogna superare la frattura tra servizi domiciliari e residenziali, e invece offrire alle persone opportunità che possano fondarsi su un continuum di interventi. La misura è rivolta ad anziani non autosufficienti o fragili che sono idonei a un progetto di residenzialità in RSA ma che, allo stesso tempo, presentano condizioni socio-sanitarie che consentono di procrastinarne temporaneamente l'inserimento in una struttura. Si tratterebbe di un ampliamento dell'offerta socio-sanitaria a chi si trova in condizione di non autosufficienza, basato su un concetto innovativo: la persona può decidere se usufruire di una struttura residenziale oppure se avvalersi di prestazioni presso il proprio domicilio. Le prestazioni al domicilio sarebbero del tutto assimilabili a quelle erogate nella RSA, e sarebbero di tipo sia sanitario sia socio-sanitario.

Azioni:

Regolare la possibilità di offrire servizi aperti alla comunità attraverso uno strumento organizzativo regionale.

Strumenti:

Predisposizione linee indirizzo

Tempi: n. 6 mesi

3.12. RSA nel paniere delle risposte per l'emergenza sociale e sociosanitaria

L'emergenza Covid-19 ha evidenziato ulteriormente la necessità di avere, anche in ambito di servizio sociale, un servizio di pronto intervento sociale, pronto e disponibile, h24 verso i bisogni crescenti di numerosi nuclei familiari. Il SEUS può contribuire, insieme al 118 e agli altri presidi sanitari e infermieristici dedicati e specializzati, a sostenere, per gli aspetti sociali, i cittadini in situazioni di urgenza e crisi acuta, orientando le attività, per non produrre impropri e diseconomici ingorghi e sovraffollamenti del pronto soccorso. Il SEUS si candida così ad essere un ulteriore polo aziendale per la gestione delle emergenze, per il profilo che riguarda, appunto, le emergenze sociali, ma con una spiccata vocazione ad integrarsi e ad agire in sinergia con le altre strutture preposte dalla gestione delle emergenze sanitarie (118, Pronto soccorso, Centrale infermieristica dell'urgenza), integrando e rendendo più ampia e complessa l'offerta ai cittadini di presidio delle emergenze e delle situazioni acute di crisi. In questo senso, il SEUS avvia una nuova fase nel processo di integrazione socio-sanitaria e, in particolare, in quello della continuità di rapporto tra territorio e ospedale consolidando la collaborazione con i servizi sanitari e infermieristici. Il SEUS nasce come servizio di secondo livello e quindi ha un perimetro segnalanti istituzionale e non si rivolge in principio alla universalità dei cittadini, ma l'obiettivo è quello di fare del SEUS, in una fase matura, un servizio a disposizione direttamente dei cittadini, in analogia con 118.

Le prestazioni che si rendono necessarie sono da reperire nel paniere delle risorse complessivamente a disposizione per tutti i cittadini della zona di riferimento, già preventivamente mappate e regolate nella fase di preparazione all'attivazione del servizio. Sulla base della tipologia di bisogno rilevato e dell'esito del pronto intervento, la Centrale segnala la situazione e trasmette la documentazione relativa agli interventi svolti in regime di emergenza e urgenza al servizio sociale competente e agli servizi interessati in tempo reale per garantire la continuità della presa in carico ed i successivi interventi, secondo la valutazione del servizio sociale ricevente. Nel caso specifico di bisogno residenziale di tipo sociosanitario, il SEUS adotta il proprio processo di lavoro, garantendo la tempestività degli interventi e la continuità assistenziale, attua i primi interventi di protezione e collocamento in sicurezza della persona, avvalendosi delle risorse a disposizione, presso le strutture con le quali sono in essere accordi o convenzioni per l'accoglienza in emergenza.

Azioni:

- Definizione di posti destinati all'accoglienza in emergenza nelle zone dove è attivo il servizio
- Sperimentazione del protocollo di lavoro per l'attuazione del servizio con definizione di procedura, costi e confini della presa in carico in emergenza

Strumenti:

Tavoli di lavoro dedicati

Tempi: n. 6 mesi

4. Il ruolo della medicina generale

Le modalità di accesso del medico di medicina generale sono delineate nella Deliberazione GRT n. 364 del 22/05/2006 "Modifiche delibera G.R. 597/2005. Nuove Direttive per l'erogazione dell'assistenza programmata di medicina generale a soggetti ospiti in residenze sanitarie assistite e in residenze assistite" che stabilisce che lo stesso garantisca per gli ospiti non autosufficienti una presenza ogni 5 pazienti o frazione di 5 e che le presenze debbano essere cadenzate con regolarità e concordate con il medico di distretto nell'ambito di un'organizzazione complessiva degli accessi dei medici di assistenza primaria alla singola struttura.

La stessa Deliberazione specifica che il medico di assistenza primaria, nell'ambito del piano di interventi definiti dall'UVM, ha la responsabilità unica e complessiva del paziente (case manager), segue le diverse fasi attuative del piano d'intervento individualizzato, coordina la scheda del paziente sulla quale gli altri operatori sanitari riportano i propri interventi, attiva le eventuali consulenze specialistiche, gli interventi infermieristici e sociali programmati, coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

Il lavoro di mappatura condotto dal Laboratorio MeS dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha consentito di raccogliere informazioni più di dettaglio sulla realtà delle RSA in Toscana anche rispetto agli accessi della medicina generale offrendo spunti di riflessione soprattutto a fronte di evidenti criticità del sistema.

La scheda operativa n. 30 "Il consolidamento della rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone anziane non autosufficienti", approvata con DGR n. 273 del 02/03/2020 "Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020", prevede, tra le azioni da sviluppare, la razionalizzazione della presenza dei medici di medicina generale per struttura, anche al fine di attuare un nuovo modello di approvvigionamento e gestione dei farmaci, già in parte attivato con la DGR n. 995/2016, che permetta di incrementare la qualità e ridurre i costi del sistema.

Per il raggiungimento dell'obiettivo suddetto è necessario un confronto tra Regione Toscana e rappresentanti sindacali dei medici di medicina generale all'interno della contrattazione per il rinnovo dell'accordo regionale secondo le disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.

Azioni:

Revisione del sistema di accesso dei MMG nelle strutture residenziali

Strumenti:

Tavolo Regione Toscana, Direttori Dipartimenti aziendali e rappresentanti sindacali dei MMG all'interno della contrattazione per il rinnovo dell'accordo regionale secondo le disposizioni dell'Accordo Collettivo Nazionale

Tempi: n. 18 mesi

Appendice 1 - Riqualificare l'offerta anche secondo il DPCM 2017 sui LEA sociosanitari

DPCM 12/01/2017					
MACRO AREA	Art.	Tipo prestazione	Durata	Competenza oneri	Codici attività ministeriali
NON AUTOSUFFICIENTI	30	Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura preparati nutrizione artificiale, dispositivi medici.	La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni , è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla regioni e dalle province autonome.	100% SSN	R2 R2D
NON AUTOSUFFICIENTI	30	Trattamenti di lungoassistenza , recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici, educazione terapeutica al paziente e al caregiver, con garanzia di continuità assistenziale, e da attività di socializzazione e animazione.		50% SSN	R3

ROADMAP

3.8. Investimento sulle risorse umane
3.10. Cartella utente elettronica/diario clinico web-based
3.11. RSA nelle azioni di supporto alla domiciliarità
3.12. RSA nel paniere dei servizi per l'emergenza sociale e sociosanitaria

1° semestre 2022

3.4. Definizione di standard logistico-strutturali differenziati in base ai livelli di assistenza e ai bisogni
3.5. Riqualificazione dell'offerta residenziale
4. Il ruolo della medicina generale

1° semestre 2023



2° semestre 2022

3.1. La programmazione e la governance del sistema
3.2. Livelli di assistenza e governo dell'accesso in coerenza con i LEA
3.3. Organizzazione dei moduli specialistici
3.6. Offerta specialistica territoriale e qualificazione degli interventi in urgenza
3.7. Riqualificazione culturale e promozione della cultura della sicurezza
3.9. Riassetto dei controlli e definizione di una check list regionale