

Corso di formazione
Corso di formazione I servizi socio-sanitari nella legislazione nazionale e della
regione Marche

Anziani non autosufficienti e servizi socio sanitari nelle Marche

3 aprile 2009
Fabio Ragaini

Gruppo Solidarietà
www.grusol.it

L'UVD (2)

- **Quando è necessario il passaggio attraverso l'UVD.** L'UVD è responsabilmente attivata dagli operatori di base (MMG o Assistente Sociale) quando si rende necessaria una valutazione di tipo specialistico in presenza di situazioni complesse.
- **La progettazione - percorso.** L'esito della valutazione prodotta dalla UVD si sostanzia in:
 - punteggio di non autosufficienza
 - valutazione multidimensionale che orienta la richiesta di prestazioni ed al tempo stesso la definizione del regime (setting operativo) più idoneo alle esigenze dell'utente
 - valutazione delle capacità assistenziali da parte del nucleo familiare (Indice COPE o simili), al fine di verificare la consistenza della rete di supporto.

Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso.

Anziani non autosufficienti e servizi socio-sanitari nelle Marche

Ci riferiremo al sistema dei servizi
socio-sanitari domiciliari, diurni e residenziali

Domiciliari (L.G. *Cure domiciliari*)

Diurni (legge 20-02 e Reg. 1/2004, 3/06, i CD
Alzheimer)

Residenziali (legge 20/00 e 20/02 e del.
Autorizzative)

L'UVD (3)

- **Il monitoraggio dei percorsi assistenziali.** Il progetto definisce altresì i tempi e le responsabilità di monitoraggio del percorso assistenziale e le scadenze di conferma o di revisione del percorso stesso.
- **Il ventaglio dei servizi.** Individuate le necessità terapeutico-assistenziali, **l'UVD definisce**, sulla base della valutazione del profilo di autonomia individuale, di autonomia sociale e considerando le risorse effettivamente disponibili, **il più corretto regime di erogazione delle prestazioni necessarie.** Le prestazioni necessarie possono essere fornite anche da produttori diversi, spettando alla UVD la proposta e la verifica della integrazione tra i soggetti delle prestazioni assistenziali e di cura. Essendo il mantenimento a domicilio dell'anziano un obiettivo prioritario della programmazione regionale, l'UVD, avvalendosi soprattutto della componente sociale, attiva gli strumenti di sostegno, di sollievo e di affiancamento del nucleo familiare che possono favorire l'erogazione delle prestazioni in regime di domiciliarità, senza per questo compromettere la stabilità psico-fisica dei familiari maggiormente impegnati nell'assistenza all'anziano non autosufficiente

Come si accede al sistema dei servizi socio-sanitari? L'Unità valutativa distrettuale

- **La valutazione.** Fatte salve le situazioni urgenti, gli interventi di assistenza e di cura socio-sanitari vengono disposti sulla base della formulazione di una valutazione a cura dell'UVD. Questa si compone nella sua configurazione minima del Medico di distretto, MMG, Infermiere professionale, Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale e generalmente il Geriatra (P.S.R. 2003/2006 pag. 81), ognuno dei quali ha facoltà di richiedere l'intervento di specialisti delle discipline sanitarie (su richiesta del MMG) o sociali (su richiesta dell'A.S.). L'UVD si avvale di strumenti di: valutazione clinico-funzionale; strumenti ADL e IADL; Scheda di valutazione sociale; inoltre, se necessario, di mini mental test. Appare anche opportuno adottare su base sistematica strumenti in grado di individuare con tempestività i nuclei familiari a maggior rischio di "stress assistenziale", onde poter adottare interventi di sollievo e sostegno di quei caregiver, al fine di ridurre il rischio di istituzionalizzazione e mantenere gli interventi a favore dell'anziano non autosufficiente il più possibile in regime di domiciliarità.
- **Costituzione delle UVD.** Le modalità organizzative dell'UVD sono quelle già indicate nelle linee guida per l'ADL, ma deve essere confermata e rafforzata nel ruolo la presenza delle componenti di servizio sociale.

Il Centro diurno della legge 20/2002

Il Centro Diurno è una struttura con un elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere anziani parzialmente autosufficienti, non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste.

La capacità ricettiva del Centro Diurno è di norma pari ad un massimo di 25 presenze giornaliere. Il servizio è aperto per almeno 5 giorni la settimana e per almeno 7 ore al giorno. Ogni struttura deve garantire la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.

Il Centro diurno della legge 20/2002

Utenza. Anziani parzialmente autosufficienti, non autosufficienti. La valutazione delle condizioni del soggetto e del relativo profilo assistenziale è effettuata dalla Unità Valutativa Distrettuale (UVD) integrata con professionalità sociali dell'Ambito Territoriale attraverso l'utilizzo obbligatorio di medesime scale di valutazione multidimensionali individuate dalla Regione Marche.

Non definito costo retta. Non definiti criteri di compartecipazione. Non definito fabbisogno

La residenzialità socio sanitaria

- Residenze sanitarie assistenziali (RSA) (l. 20/00)
- Residenze protette (RP) (l. 20/02)
- Casa di Riposo???? (l. 20/02)

Il Centro diurno della legge 20/2002

Il **Coordinatore** è responsabile della organizzazione della struttura, con compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali. Il Coordinatore è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.

Il **personale educativo** preposto alle attività di animazione e socializzazione è adeguatamente dimensionato al numero degli ospiti ed alla programmazione del servizio. Il personale educativo è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.

Il **personale socio-sanitario** è adeguatamente dimensionato al numero ed alla tipologia degli ospiti ed almeno in **rapporto di 1:5 utenti non autosufficienti** (adeguamento al 31.12.2007). Il personale socio-sanitario è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.

E' prevista la presenza programmata dell'**Infermiere professionale** in relazione alla tipologia ed alle problematiche degli ospiti. E' previsto l'intervento del **Terapista della riabilitazione** su prescrizione specialistica. E' previsto l'intervento programmato ed a richiesta del **Medico di Medicina Generale** secondo modalità di accesso programmate con la struttura ed a richiesta.

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Il riferimento della normativa nazionale.

Le RSA sono destinate a soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi (Dal DPR 14.1.1997).

Il centro diurno della legge 20/2000?

?

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

I riferimenti normativi regionali (DGR 3240/92, legge 36/95, DGR 2200/2000, DGR 323/2005, DGR 704/2006).

Il PSR 2003-06 affida alle RSA la gestione di pazienti non autosufficienti, non curabili a domicilio, che si trovano in una condizione stabilizzata ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche. La durata della degenza è prolungata e può essere permanente, previa valutazione periodica delle UVD.

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

- Lo standard di assistenza
- Il costo retta
- La quota sociale. La quota a carico dell'utente
- Quanti posti letto sono attivi

Residenza Protetta (RP)

Tipologia di utenza

Anziani non autosufficienti di grado medio o totali bisognosi di assistenza residenziale e sanitaria (anziani colpiti da sindromi ad andamento cronico degenerativo non guaribili o da eventi morbosi che richiedono attività terapeutica ed assistenziale continua ed interventi riabilitativi allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse alla immobilità ed allo scopo di limitare i ricoveri in ambiente ospedaliero).

Anziani con forme di demenza: soggetti che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali, previa valutazione della compatibilità del singolo paziente con la struttura ospitante.

Residenza Protetta (RP)

E'una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

Capacità ricettiva della Residenza Protetta è di norma pari a 80 posti residenziali con una organizzazione degli spazi e delle prestazioni per nuclei fino ad un massimo di 30 ospiti ciascuno

Residenza Protetta (RP)

La valutazione

La valutazione delle condizioni e dei livelli di non autosufficienza è effettuata dalla Unità Valutativa Distrettuale (UVD) integrata con professionalità sociali dell'Ambito Territoriale attraverso l'utilizzo obbligatorio di medesime scale di valutazione multidimensionali individuate dalla Regione Marche.

Ogni successiva eventuale variazione delle condizioni psicofisiche dell'utente che determini una variazione del livello di non autosufficienza e quindi del relativo carico assistenziale, sociale e sanitario, deve essere ugualmente certificato dall'UVD integrata, entro dieci giorni dalla richiesta.

L'ammissione nella Residenza Protetta è concordata con il Responsabile della struttura direttamente dall'interessato e/o dai servizi sociali e sanitari competenti

Residenza Protetta (RP)

Le strutture già operanti con capacità ricettiva superiore, capacità che in ogni caso non può superare il limite di 120 posti, devono anch'esse organizzare gli spazi e le prestazioni per nuclei, di norma, fino a 30 ospiti ciascuno.

- Anziani non autosufficienti di grado medio o totali bisognosi di assistenza residenziale e sanitaria: anziani colpiti da sindromi ad andamento cronico degenerativo non guaribili o da eventi morbosi che richiedono attività terapeutica ed assistenziale continua ed interventi riabilitativi allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse alla immobilità ed allo scopo di limitare i ricoveri in ambiente ospedaliero.
- Anziani con forme di demenza: soggetti che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali, previa valutazione della compatibilità del singolo paziente con la struttura ospitante.

Residenza Protetta (RP)

Lo standard assistenziale

Per l'assistenza ad anziani non autosufficienti

Operatore socio-sanitario: 80 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza nelle 24 ore.

Infermiere professionale: 20 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e pronta disponibilità nelle fasce orarie in cui non vi sia presenza infermieristica.

Terapista della riabilitazione: intervento programmato su prescrizione specialistica.

Medico di Medicina Generale: intervento **secondo modalità di accesso programmate con la struttura** programmato ed a richiesta.

Le unità di personale di assistenza diretta agli ospiti sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro die pro capite, in relazione alla tipologia di utenza.

Residenza Protetta (RP)

Lo standard assistenziale
Per l'assistenza ad anziani con forme di demenza

Operatore socio-sanitario 100 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e presenza nelle 24 ore.

Infermiere professionale: 20 minuti al giorno di assistenza effettivamente erogata a ciascun ospite e pronta disponibilità nelle fasce orarie in cui non vi sia presenza infermieristica.

Terapista della riabilitazione: intervento programmato su prescrizione specialistica.

Medico di Medicina Generale: intervento **secondo modalità di accesso programmate con la struttura** programmato ed a richiesta.

Il personale socio-sanitario è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.

La casa di riposo. Standard di assistenza

Il **Coordinatore** è responsabile della organizzazione della struttura, con compiti di indirizzo e sostegno tecnico al lavoro degli operatori, di monitoraggio e documentazione delle attività, di raccordo e integrazione con i servizi territoriali. Il Coordinatore è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti.

Il **personale socio-sanitario** è in funzione dell'assistenza agli anziani con parziale e temporanea riduzione dei livelli di autosufficienza: esso assicura assistenza diretta agli ospiti in misura di almeno 20 minuti pro die pro capite e, comunque, nella misura necessaria a soddisfare i bisogni assistenziali dell'utenza sulla base della valutazione dell'UVD e del relativo Piano di Assistenza Individuale (PAI) (tempo adeguamento 2 anni dal 1.1.06). Il personale socio-sanitario è in possesso dei titoli professionali e di servizio richiesti (tempo adeguamento 5 anni dal 1.1.06).

E' prevista la presenza programmata dell'**infermiere professionale** in relazione alla tipologia ed alle problematiche degli ospiti. E' prevista la presenza programmata del **medico di base**.

La Casa di Riposo

Per la legge 20/2002, art. 6, *"La casa di riposo di cui all'articolo 3, comma 3, lettera c), è una struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi o che per senilità, per solitudine o altro motivo, richiedono garanzie di protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo"*.

La Casa di Riposo

Dal Regolamento 3-2006, art. 5 comma 6

"Le strutture operanti che hanno avanzato richiesta di autorizzazione per casa di riposo di cui all'articolo 3, comma 3, lettera c), della l.r. 20/2002, possono essere autorizzate ad esercitare l'attività anche in deroga a quanto previsto al paragrafo "Tipologia di utenza" di cui all'allegato A, limitatamente agli anziani non autosufficienti ospiti della struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento ferma restando la verifica di compatibilità della permanenza dei predetti ospiti da parte dell'Unità valutativa distrettuale competente".

La Casa di Riposo

Le modifiche apportate **nel Regolamento 3-2006** di modifica dell'1/2004.

Tipologia dell'utenza. L'utenza della Casa di Riposo è, **di norma**, costituita da anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi, anziché gestire in maniera autonoma la propria abitazione e la propria vita. Destinatari possono essere anche persone anziane o prossime all'anzianità che, per una particolare situazione di fragilità personale o sociale, si trovano nella necessità di ricorrere ad un servizio collettivo.

La Casa di Riposo garantisce, altresì, l'accoglienza **e la continuità dell'assistenza agli anziani** che presentano una parziale riduzione dei livelli di autosufficienza entro limiti compatibili con i servizi disponibili nella struttura.

L'UVD integrata provvede, entro dieci giorni, su richiesta dell'ospite e/o del Responsabile della struttura, a rivalutare le condizioni dei soggetti che presentano una riduzione significativa dei livelli di autosufficienza al fine di definire il profilo assistenziale più appropriato.

Il personale educativo e sociosanitario nelle strutture della legge 20/02. Qualifica e riquilificazione

Dal Regolamento 3-2006, art. 5 comma 2

Al fine di promuovere l'aggiornamento, la formazione e la riquilificazione del personale in servizio, con particolare riferimento alle figure educative e di assistenza socio-sanitaria, la Giunta regionale definisce, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento (2.5.2007), i percorsi formativi ed i crediti necessari ad acquisire i titoli professionali o la certificazione di competenze equivalenti.

La “funzione sociosanitaria” per le strutture previste dalla legge 20/2002

Dal Regolamento 3-2006, art. 5 comma 4

In deroga a quanto previsto negli allegati A e B, nelle more di attivazione e realizzazione dei corsi di formazione professionale per OSS, la funzione socio-sanitaria può essere svolta da personale in possesso delle qualifiche di OTA, OSA, ASA, ADEST, ASS e AdB conseguite al termine della frequenza di corsi di formazione professionale autorizzati e individuati dalla Giunta regionale o in possesso del diploma di scuola media inferiore e di due anni di esperienza in strutture similari, fermo restando l'obbligo per il personale medesimo di acquisire i requisiti professionali con le modalità definite dalla deliberazione di cui al comma 2.

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale

- Quanti posti, con quale assistenza
- Autorizzazione e standard di assistenza
- Le rette a carico degli utenti

Rette, criteri di compartecipazione, fabbisogno

RSA anziani (Normativa dal 1992 e seguenti).

- **Non definito costo retta. Definita quota partecipazione utente/sociale (circa 33 Euro giornaliera). Non definito in base a quale percentuale sul costo non avendo definito il costo complessivo. Definito fabbisogno (dgr 2200/2000).**

Residenza protetta (Legge 20/2002 e seguenti)

- **Definito costo retta di circa 66 euro. (con specifico atto). Definiti criteri di compartecipazione 50% tra sanità e sociale/utente. Definito fabbisogno (specifico atto).**

Centro diurno (legge 20/2002 e seguenti)

- **Non definito costo retta. Non definiti criteri di compartecipazione. No definito fabbisogno**

- **Nelle Cure domiciliari è rimasto aperto il problema dell'assistenza tutelare che il DPCM 14.2.01 ripartisce al 50% tra sociale e sanitario. Un problema molto importante perché in genere i Comuni erogano l'assistenza domestica le ASL non erogano questa prestazione.**

L'utilizzo del fondo nazionale sulle non autosufficienze

Le scelte della Regione (atto in via di approvazione)

- Entità fondo. Anni 2007-09. Circa 24 milioni di euro (compreso fondi "Bindi")
- Utilizzo. Sperimentazione assegno di cura e potenziamento del SAD dei Comuni

Residenzialità sociosanitaria. Dopo le delibere sulla non autosufficienza

- DGR, 1322/2004; Protocollo d'intesa sulla non autosufficienza
- DGR, 323/2005, Accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti
- Decreto 289/2005, Approvazione ripartizione posti letto in RSA e RP e allocazione delle risorse aggiuntive per area vasta
- Decreto 501/2005, Attuazione DGR 323/2005 - Impegno di spesa per la riqualificazione dell'assistenza sociosanitaria nelle Residenze protette per anziani - anno 2005
- DGR, 704/2006, Approvazione del "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA - Modifiche agli allegati A, B e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005"
- Decreto 9/2009, DGR 1493/2008, Modello di convenzione per residenze protette