

Corso di formazione

**Nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA)
Cosa cambia nell'assistenza socio-sanitaria?**

9-16 maggio 2017
Moie di Maiolati Spontini

Gruppo Solidarietà - www.grusol.it



www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Livelli essenziali di assistenza

**Cosa sono?
Cosa stabiliscono?**

LEA

- sanitari
- socio-sanitari
- sociali

Cosa non definiscono

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

**Legge Costituzionale n. 3-2001
Le competenze
Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione**

- **In sanità** competenza **concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.**
- **Nei servizi sociali** la competenza è **esclusiva** delle Regioni.
- Spetta allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Settore sanitario e settore sociale

- sanità: **universalismo**
- sociale: **selettività**
- Nel **sociosanitario?**

**Competenze istituzionali
Regioni, Comuni, Aziende sanitarie**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

- **D. lgs 229/99** (art. 3 septies - integrazione sociosanitaria)
- **Dpcm 14.2.2001** (atto indirizzo integrazione sociosanitaria)

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare bisogni di salute, mediante percorsi assistenziali integrati, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione (**D. lgs 229/99**).

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

1. Prestazioni sanitarie **a rilevanza sociale**
2. Prestazioni socio-sanitarie **ad elevata integrazione sanitaria**
3. Prestazioni sociali **a rilevanza sanitaria**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001

Sono definite tenendo conto dei seguenti criteri

- 1) **Natura del bisogno.** Definizione con valutazione: delle funzioni psicofisiche, della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale; dei fattori di contesto ambientale e familiare.
- 2) **Intensità dell'intervento assistenziale.** Intensivo, Estensivo, Lungoassistenza
- 3) **Complessità e durata dell'intervento.**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001

Le fasi dell'assistenza

Un elemento molto importante è costituito dalla intensità dell'intervento assistenziale (anche ai fini della definizione di chi si fa carico della spesa).

- La **fase intensiva** è caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, da un'elevata complessità dell'intervento e da una durata breve e definita.
- La **fase estensiva** è caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da una durata dell'intervento media o prolungata ma comunque definita.
- La fase di **lungoassistenza** è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento nel lungo periodo o permanentemente.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le prestazioni sociosanitarie nel Dpcm 29.11.2001 ("vecchi LEA")

Prestazioni in fase **intensiva**: Oneri 100% sanità.

Prestazioni in fase **estensiva**: Oneri 100% sanità (specificazioni).

Prestazioni in fase di **lungoassistenza**: Prevista compartecipazione alla spesa di utenti/comune.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Assistenza sociosanitaria

nel Dpcm 12.1.2017 (nuovi LEA)

Nuovi e vecchi LEA a confronto

Nuovi: Capo IV - articoli 21-35

Assistenza sociosanitaria

Vecchi: Dpcm 29.11.2001, allegato 1c,
"Prestazioni sociosanitarie"

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 21, Percorsi assistenziali integrati

- I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali.
- Con apposito **accordo** sancito in sede di **Conferenza unificata** di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, **sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree**, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 21, Percorsi assistenziali integrati

Il Servizio sanitario nazionale **garantisce l'accesso unitario** ai servizi sanitari e sociali, la **presa in carico** della persona e la **valutazione multidimensionale** dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le **regioni** e le province autonome **organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio** nelle **modalità**, nelle **procedure** e negli **strumenti di valutazione multidimensionale**, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 21, Percorsi assistenziali integrati

Il **Progetto di assistenza individuale (PAI)** definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona **ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale**, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 21, Percorsi assistenziali integrati

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Marche. Accesso, valutazione, presa in carico

(Dgr 111/23.2.2015 – Governo domanda)

Ridefinizione e riorganizzazione dei servizi per gestione integrata sociale e sanitaria

- **Accesso**
- **Valutazione**
- **Presa in carico, continuità assistenza, Piano assistenziale individualizzato (PAI)**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Dpcm 29.11.2001 Cure domiciliari

- 100% a carico della sanità le prestazioni di: medicina generale, medicina specialistica, assistenza infermieristica e riabilitativa
- 50% a carico della sanità le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Nuovi LEA. Cure domiciliari

Riprendono le indicazioni del documento della Commissione nazionale per aggiornamento dei LEA "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" del 18 ottobre 2006.

Prevedono una articolazione su diversi livelli.

"Il bisogno clinico, funzionale e sociale e' accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato (..)»

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 22 - Cure domiciliari

- **Livello base** (prestazionali): costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, sono attivate con le modalità previste dalle regioni (in genere non prevedono UM). Coefficiente intensità assistenziale (CIA) <0,14
- **CDI-ADI primo livello:** prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati. (CIA) tra 0,14 e 0,30. **Richiedono: Valutazione multidimensionale, presa in carico, PAI o PRI. Sono attivate con le modalità previste dalle Regioni.** Se necessari: accertamenti diagnostici, fornitura farmaci, dispositivi medici, preparati per nutrizione artificiale

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 22 - Cure domiciliari

- **CDI-ADI secondo livello:** Come primo livello. Più alta complessità. CIA tra 0,31 e 0,50.
- **CDI-ADI terzo livello:** Aumento della complessità. CIA oltre 0,50.

CIA: coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC;
GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare;
GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 22 - Cure domiciliari

Le cure domiciliari sono integrate da **prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale** alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni e dalle province autonome, **sono a interamente carico del SSN per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 23 - Cure palliative domiciliari

Il SSN garantisce le cure domiciliari palliative nell'ambito della Rete di cure palliative a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Le cure sono erogate dalle Unità di Cure Palliative (UCP) sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete e sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale, da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 23 - Cure palliative domiciliari

Due livelli

- a) **Livello base:** interventi coordinati dal MMG o PLS "che garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia; sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative e si articolano in interventi programmati. **CIA minore di 0,50** in funzione del progetto di assistenza individuale;
- b) **Livello specialistico:** interventi da parte di equipe multiprofessionali e multidisciplinari dedicate, rivolti a malati con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati caratterizzati da un **CIA maggiore di 0,50** definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

Le CDP richiedono valutazione multidimensionale, presa in carico del paziente e dei familiari e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le cure domiciliari nelle Marche

DGR 791/2014

- **prestazionali:** occasionali o a ciclo programmato. Richieste da MMG, non prevede attivazione UVI.
- **Primo e secondo livello:** (già definite come ADI). Per persone che necessitano di continuità assistenziale. Su 5 e 6 giorni.
Tipologia prestazioni: mediche, infermieristiche, riabilitative
- **Terzo livello:** per malati in fase terminale. Bisogni di elevata complessità. Interventi programmati su 7 giorni, per cure palliative: pronta disponibilità medica sulle 24 h.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le cure domiciliari nelle Marche. Il percorso

Dal 1.1.2015. Previsione utilizzo RUG

Domanda al PUA (punto unico accesso) all'interno del distretto

Attivazione UVI: composta da nucleo stabile: almeno a) Medico distretto, Coordinatore IP, Assistente sociale (Comune/Ambito)

UVI: integrata da altre figure professionali formula progetto personalizzato finalizzato a garantire il percorso assistenziale.

- Valutazione multidimensionale, profilo di cura
- Progetto personalizzato
- Monitoraggio e valutazione intervento

Alla equipe multidisciplinare, compete la realizzazione del Piano assistenziale

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le cure palliative domiciliari nelle Marche (dgr 864 del 12.7.2014)

2.2.3 Unità operative di Cure Palliative Domiciliari (UCPD)

Le cure palliative domiciliari, nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, risultano inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della terapia o di un prolungamento significativo della vita.

Tale livello di assistenza viene erogato dalle UCPD che garantiscono, con personale specificatamente formato, sia gli interventi di base che quelli specialistici. Le cure palliative domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di un'equipe professionale e la definizione di un Piano di Cure personalizzato. Tali strutture organizzative erogano inoltre prestazioni assistenziali all'interno delle strutture residenziali per anziani o disabili del territorio competente.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le cure palliative domiciliari nelle Marche (dgr 864 del 12.7.2014)

La UCPD garantisce:

- presa in carico tempestiva: primo accesso domiciliare programmato entro 72 ore;
- valutazione settimanale dell'intensità/complessità ed instabilità clinico assistenziale sulla base della quale programmare il numero di accessi domiciliari del personale sanitario (vedi paragrafo 3.3);
- reperibilità telefonica notturna 7 giorni su 7 e diurna il sabato e la domenica da parte di un operatore dell'UCPD che fornisce un primo filtro (triage) e poi inoltra la richiesta, se necessario, alle figure professionali facenti capo alle strutture di continuità assistenziale già in essere in ambito territoriale;
- possibilità di erogare a domicilio prestazioni con carattere prioritario, extra-programmazione, 7 giorni su 7, nonché pronta disponibilità medica sulle 24h.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 24-28 Assistenza sociosanitaria

- **ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie**
- **ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo**
- **alle persone con disturbi mentali**
- **alle persone con disabilità**
- **alle persone con dipendenze patologiche**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Anziani non autosufficienti (Dpcm 29.11.2001)

- 100% a carico della sanità nelle fasi intensive ed estensive (r1, r2, r2d);
- 50% nella lungo assistenza residenziale e semiresidenziale (r3/sr);

il documento della Commissione Lea specifica "Le prestazioni individuate con i codici R1, R2, R2D, sono riferibili alla erogazione di *cure intensive o estensive* ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad *assistenza e terapie di mantenimento*, classificabili come prestazioni sanitarie a rilevanza sociale"

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 29, Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario

1. Il SSN garantisce trattamenti residenziali **intensivi** di cura e mantenimento funzionale, ad **elevato impegno sanitario** alle persone con **patologie non acute** che, presentando **alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore**. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità, sono (..) costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura preparati nutrizione artificiale e dispositivi medici.

2. La **durata** del trattamento ad elevato impegno sanitario è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di **specificata valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome**.

3. I trattamenti di cui al comma 1 sono a totale carico del SSN.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 30, Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti Assistenza residenziale

- **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 **specificata valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome. Trattamenti estensivi: oneri 100% sanitari.**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 30, Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Assistenza residenziale

- **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 continuit  assistenziale, e da attivit  di socializzazione e animazione.

- I trattamenti di lungoassistenza sono a carico del SSN per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 30, Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti

Assistenza semiresidenziale

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il SSN garantisce trattamenti di **lungoassistenza**, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessit  di tutela sanitaria.

I trattamenti di lungoassistenza sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al **50 per cento** della tariffa giornaliera.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 31, Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita

1. Il SSN, nell'ambito della **rete locale di cure palliative**, garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni (...), mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonch  di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da equipe multidisciplinari e multiprofessionali nei **Centri specialistici di cure palliative-Hospice** che, anche quando operanti all'interno di una struttura ospedaliera, si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale.

Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, per la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'equipe.

2. I trattamenti **sono a totale carico del SSN.**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Le cure palliative residenziali nelle Marche (dgr 864 del 12.7.2014)

2.2.2 Hospice

Le cure palliative in Hospice, nell'ambito della rete locale delle cure palliative, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che prestazioni sociali, tutelari ed alberghiere, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, risultano inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della terapia o di un prolungamento significativo della vita. Esse sono erogate da *équipe* specificamente dedicate e formate, multidisciplinari e multiprofessionali (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, spirituali etc.), che assicurano cure e assistenza in maniera continuativa (H24).

Le funzioni del Day Hospice sono equiparabili alle prestazioni in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno.

Gli Hospice sono inseriti nei LEA distrettuali, anche quando sono logisticamente situati in strutture sanitarie di ricovero e cura oppure ne costituiscono articolazioni organizzative.

Viene prevista ed implementata la messa in opera di modelli organizzativi nei quali il MMG sia fortemente integrato nelle attività dell'Hospice al fine di migliorare la gestione dinamica del paziente fra Hospice e domicilio in una ottica di efficienza ed efficacia degli interventi necessari.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 32, Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, **previa valutazione multidimensionale**, definizione di un **programma terapeutico individualizzato** e **presa in carico**, i trattamenti terapeutico-riabilitativi.

I trattamenti terapeutico-riabilitativi residenziali sono erogabili quando dalla valutazione multidimensionale emerge che i trattamenti territoriali o semiresidenziali risulterebbero inefficaci, anche in relazione al contesto familiare del minore.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 32, Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

Tipologie di assistenza residenziale

- trattamenti ad **alta** intensità terapeutico-riabilitativa
Durata massima 3 mesi (prorogabili).
- trattamenti residenziali a **media** intensità terapeutico-riabilitativa
Durata massima 6 mesi (prorogabili).
- trattamenti residenziali a **bassa** intensità terapeutico-riabilitativa
Durata massima 12 mesi (prorogabili).

Assistenza semiresidenziale

interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed estens., multiprofessionali complessi e coordinati.

Interventi residenziali e semiresidenziali a completo carico sanità

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Salute mentale (Dpcm 29.11.2001)

100% a carico della sanità nei servizi residenziali e semiresidenziali (riferimento PO 1998/2000);

40% nelle strutture residenziali a *bassa intensità assistenziale*

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 33 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Assistenza semiresidenziale e residenziale

il SSN garantisce alle persone con disturbi mentali, previa **valutazione multidimensionale**, definizione di un **programma terapeutico individualizzato** e **presa in carico**, i trattamenti **terapeutico-riabilitativi** e i trattamenti **socio-riabilitativi**, con programmi differenziati per **intensità, complessità e durata**.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 33 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Assistenza residenziale

1) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo)

Grave compromissione funzionamento personale/sociale anche in post acuzie
Durata max trattamento: 18 mesi (prorogabili di 6). 100% sanità.

2) trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (media intensità riabilitativa)

Stabilizzati con moderata compromissione funzionamento personale/sociale
Durata max trattamento: 36 mesi (prorogabili di 12). 100% sanità

3) trattamenti socio-riabilitativi (bassa intensità riabilitativa)

Non assistibili nel proprio contesto familiare

Durata definita dal progetto terapeutico. 40% sanità

Indicazione anche di più moduli differenziati sulla base della presenza del personale sociosanitario.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 33 - Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali

Assistenza semiresidenziale

Trattamenti terapeutico-riabilitativi erogati da equipe multiprofessionali in strutture attive almeno 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana. **Oneri 100% sanità.**

Ricovero nelle REMS (residenze esecuzione misure di sicurezza)

Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo ed estensivo. Oneri 100% sanità

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Disabili (Dpcm 29.11.2001)

- 100% a carico della sanità nelle fasi intensive ed estensive (rd1) e nei casi di responsabilità minimale (residenzialità);
- 70% per i disabili gravi nei servizi residenziali e semiresidenziali (rd3); socio riabilitativo
- 40% nei servizi residenziali per disabili senza sostegno familiare (rd4) socio riabilitativo

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 34, Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità

Il SSN garantisce alle **persone di ogni età** con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, **trattamenti riabilitativi** mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle piu' avanzate evidenze scientifiche, a carattere **intensivo, estensivo** e di **mantenimento** previa **valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto riabilitativo individuale (PRI)** che definisca le **modalità** e la **durata del trattamento.**

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

**Art. 34, Assistenza sociosanitaria
semiresidenziale e residenziale alle persone
con disabilità**

Tipologie "trattamenti" residenziali

1. **riabilitazione intensiva**. rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo **pari ad almeno 3 ore giornaliere** e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di **personale infermieristico sulle 24 ore**; **la durata** dei trattamenti non supera, di norma, i **45 giorni**, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo. 100% sanità.
2. **riabilitazione estensiva**. rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo **pari ad almeno 1 ora giornaliera** e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di **personale socio-sanitario sulle 24 ore**; **la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni**, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo. 100% sanità.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

**Art. 34 - Assistenza sociosanitaria
semiresidenziale e residenziale alle persone
con disabilità**

Tipologie "trattamenti" residenziali (2)

3. **socio-riabilitativi di recupero e mantenimento** delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di **diversa intensità** a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti:

ONERI SANITARI

- 1) **disabili in condizioni di gravità** che richiedono **elevato** impegno assistenziale e tutelare (**70%**)
- 2) **disabili** che richiedono **moderato** impegno assistenziale e tutelare (**40%**).

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

**Art. 34 - Assistenza sociosanitaria
semiresidenziale e residenziale alle persone
con disabilità**

Tipologie "trattamenti" semiresidenziali

- a) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo; Completo carico sanitario.

- b) trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.

Oneri sanitari 70%.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 44 - Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (Assistenza ospedaliera)

a) prestazioni di **riabilitazione intensiva** diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata dell'intervento;

b) prestazioni di **riabilitazione estensiva** a soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore;

c) prestazioni di **lungodegenza post-acuzie** a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 44 - Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (Assistenza ospedaliera)

L'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla valutazione del medico specialista in riabilitazione che predispone il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione

Art. 45 - Criteri di appropriatezza del ricovero in riabilitazione.

Si definiscono appropriati i ricoveri ordinari in riabilitazione che non possono essere eseguiti in day hospital o in ambito extraospedaliero con identico o maggior beneficio e identico o minor rischio per il paziente e con minore impiego di risorse.

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Art. 60 - Persone con disturbi dello spettro autistico

Ai sensi della legge 18 agosto 2015, n. 134, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi dello spettro autistico, le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche.

Entro 4 mesi dall'approvazione dei LEA il Ministero della Salute "provvede all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico"

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Marche. Applicazione della normativa sui LEA (Dpcm 29.11.2001). Residenziale e diurno

DGR 1195/2013 e 1331/2014

- Anziani/demenze

Residenziale e diurno. Estensivo (CI e RSA) e lungoassistenza - mantenimento (RP e CD)

- Disabilità/riabilitazione

Residenziale e diurno. Intensivo (RSR int.), estensivo (RSR est. - Estensività protratta, Unità speciali, 4 tipologie, CD) e lungoassistenza mantenimento - socioriabilitativo (RSA, RP, CoSER, CA, CSER 1e2)

- Salute mentale

Residenziale e diurno adulti. Intensivo (SRT), estensivo (SRR 1e2 + CD) e socioriabilitativo (CP 3 tipologie, Ga, CADM)

Residenziale e diurno minori: (SRT 3 livelli intensità, diurno, 2 livelli)

www.grusol.it
9/16 maggio 2017

Sintesi di alcuni aspetti

- Disabilità e non autosufficienza
- La fase intensiva
- L'elevato impegno sanitario (art. 29)
- Demenze/Alzheimer
- Riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera
- Le Regioni
- Il linguaggio

www.grusol.it
9/16 maggio 2017
