

Corso di formazione

**La regolamentazione dei servizi domiciliari,
diurni, residenziali
per anziani non autosufficienti e persone
con demenza nelle Marche**

Moie di Maiolati (AN)
18-25 ottobre 2016

Gruppo Solidarietà – www.grusol.it

www.grusol
ottobre 2016

Tipologie di interventi e servizi

- Servizi domiciliari
- Sostegno domiciliare attraverso trasferimento monetario
- Servizi diurni
- Servizi residenziali

www.grusol
ottobre 2016

**Anziani non autosufficienti e persone con
demenza. Beneficiari indennità accompagnamento - Italia**

Anno 2014: totale **2.128.440** (Fonte Istat)

- **1.520.688**, sopra 65 anni (anziani), quasi 75%

L'ISTAT stima circa 3,1 milioni con grave limitazione autonomia. Gli
ultra65 non autonomi sono molti di più dei percettori IA
(differenza del 90%). **Circa 2.5 milioni**

607.752, sotto 65 anni (disabili). Di questi

- circa 260.000 vivono con uno o entrambi i genitori
- Circa 51.000 vivono da soli

www.grusol
ottobre 2016

Non autosufficienza e servizi - Marche

Popolazione ultra65 anni: circa 370.000 persone (2015).
Circa 63.000 (su dati Istat) gli anziani non autosufficienti
(17,3% ultra65)

Indennità accompagnamento (2014)

61.552 beneficiari (circa 14% ultra65)

- 14.303 (sotto 65 anni)
- 47.249 (sopra 65 anni)

Stima persone con demenza: 30.000

www.grusol
ottobre 2016

Non autosufficienza e servizi - Marche Beneficiari indennità accompagnamento

A casa. Circa 40.000 ultra 65 (con IA)

- **Assegno di cura (ultra 65): circa 2.000 (5%)**
- **Centri diurni (circa 500):** che tipologia di frequenza?
- **SAD: 2466 utenti** (circa 0.7% ultra 65)
- **ADI: circa 7.157** escluso prestazionali (circa 2% ultra 65)
media 25 ore/anno
- **Altro**
- **Badanti: circa 12.000 regolari** verifica

Oltre il 70% non riceve alcun sostegno in termini di servizi

www.grusol
ottobre 2016

Non autosufficienza e servizi - Marche

Quanti in residenze?

- Gli anziani (auto e no) ospiti delle strutture assistenziali delle Marche (RP e CR)?
- 7000 circa
- Circa 900-1000 quelli ospiti di RSA ma non tutti a residenzialità permanente.
- Quanti sono gli anziani non autosufficienti ospiti di RP/CR? Ipotesi: da 5.000 a 5500
- Demenze/Alzheimer: 190 in Rp e forse 150/200? in RSA
- Residenzialità permanente in posti convenzionati: RP+RSA: circa 4000
(circa 1,1% su popolazione ultra65, 6,7 su non auto ultra65)

2014

- Posti in Casa di riposo: 2259 su 114 strutture
- RP. Posti autorizzati: 4621 in 140 strutture, RP. Posti convenzionati (2015)
totali: 3387 (3197 Rpa+190 RPD)

www.grusol
ottobre 2016

Chi finanzia i servizi

- Fondi nazionali
- Fondi regionali
- Fondi comunali
- Contribuzione utenti

www.grusol
ottobre 2016

Sostegno domiciliarietà attraverso intervento economico. Assegno di cura

ACCESSO

- Età (più di 65 anni)
- Non autosufficienza (perettore IA)
- **Accesso** con graduatoria (no soglia isee per accesso)
- Graduatoria su base minor reddito Isee (a parità, vale la maggiore età)
- Incompatibile con SAD e Home care premium
- Gestione assegno di cura in forma associata
- Quota mensile: 200 euro. Presenza di graduatoria.

Finanziamento: fondo nazionale non autosufficienze
2015: assegno di cura + SAD: 6,8 milioni (60% fondo)
Ripartiti totale 2015: 8,44 milioni (decreti 19 e 53/2015)

www.grusol
ottobre 2016

Assegno di cura

- **Beneficiari:** Nel 2013 finanziati 1921 assegni (4,6 milioni). Il primo anno (2010) l'assegno è stato concesso a circa il 20% delle domande ammesse. Finanziati anche 80 assegni per religiosi con fondo vincolato.
- **Domande:** 2010: 9182; 2013: 3801

Gli Ambiti destinano per ognuno di questi interventi una quota non inferiore al 30%

www.grusol
ottobre 2016

Assistenza domiciliare (fondo non auto)

- Ogni AST, definirà progetto utilizzo quota parte fondo SAD

SAD di Ambito prevede:

- Regolamento unico di accesso
 - Definizione soglia minima compartecipazione
 - Graduatorie e liste uniche di attesa
- Da 1.1.2016 obbligatoria la gestione associata SAD.

www.grusol
ottobre 2016

Le cure domiciliari

dgr 791/2014

- Prevede dal 1 gennaio 2015, nuovo sistema multidimensionale per cure domiciliari (Rug III Hc)
- Fino a quella data utilizzo scheda valutazione delle LG del 2001 (dgr 606)
- Impegna ASUR a definire modalità implementative delle cure domiciliari

www.grusol
ottobre 2016

Cure domiciliari

- **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
ottobre 2016

Cure domiciliari. Il percorso

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
ottobre 2016

Residenziale e diurno

La situazione

- Prima delle delibere 1011 e 1195 del 2013
- Dopo le delibere 1011 e 1195 del 2013
- Dopo la delibera 1331/2014 che applica e modificano le 1011 e 1195 insieme alla definizione tariffaria dei servizi
- Dopo "atto di fabbisogno" (Dgr 289/2015)

www.grusol
ottobre 2016

	Tariffa	Compartecipaz costi sanità/sociale	Standard	Fabbisog no
Anziani				
Rsa (definita una sola tipologia)	no	Definita solo quota sociale	no	Si (con Cd l. 20/00)
Rp, 2 tipologie	si	si	si	si
CD (l. 20-02)	no	no	si	no
CD l. 20-00	no	no	no	Si (con Rsa)

Prima delle delibere

www.grusol
ottobre 2016

DOPO le DGR 1011-1195 e atto fabbisogno	Tariffa	Compartecipaz costi sanità/sociale	Standard	Fabbisogno non ancora approvato
Anziani				
Rsa (2 tipologie)	No	Definita quota sociale	si	SI (con Cd L. 20/00)
Rp (2 tipologie)	si	si	si	si
CD (l. 20-02)	no	si	si	no
CD L. 20-00	no	si	SI	SI (con Rsa)

www.grusol
ottobre 2016

DOPO DGR 1331 e Atto fabbisogno	Tariffa	Compartecipaz costi sanità/sociale	Standard	Fabbisogno Atto approvato
Anziani				
Rsa (2 tipologie)	SI	si	si	SI
Rp (2 tipologie)	SI/No	Definita quota sanitaria	si	SI
CD (l. 20-02)	SI	si	si	SI
CD L. 20-00	SI	si	SI	SI
Cure intermedie	SI	SI	SI	SI

www.grusol
ottobre 2016

Di quali strutture e servizi
socio-sanitari ci occupiamo
(vecchia definizione)

- Rsa (2 tipologie),
- Rp (2 tipologie),
- centri diurni (2 tipologie).

Cure intermedie: livello tra LD e RSA

www.grusol
ottobre 2016

Nel nuovo disegno

Non c'è più il riferimento alle indicazioni delle leggi 20-2000 e 2002 ma il riferimento è l'intensità assistenziale che va a definire le diverse tipologie di strutture

La legge sulle autorizzazioni definisce le diverse tipologie di strutture a partire da questa impostazione

www.grusol
ottobre 2016

Precedentemente. Legge 20/2002 La **funzione** delle strutture. **3 Tipologie**

Abitativa e di accoglienza educativa

Caratterizzate da bassa intensità assistenziale rivolte a soggetti autosufficienti privi da valido supporto familiare

Tutelare

Caratterizzate da media intensità assistenziale destinate a soggetti fragili e a rischio di perdita di autonomia privi da valido supporto familiare

Protetta

Caratterizzate da alto livello di intensità e complessità assistenziale destinate a soggetti non autosufficienti che necessitano di protezione a ciclo diurno o di residenzialità permanente o temporanea

www.grusol
ottobre 2016

Precedentemente. Nelle strutture **extraospedaliere della legge 20/2000**

Non si definiva l'intensità **assistenziale**

- Strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (Residenze sanitarie riabilitative), Rsa disabili, centro diurno
- Centro diurno e day hospital psichiatrico, Strutture residenziali psichiatriche
- **RSA anziani (comprese demenze)**
- **Centro diurno**

www.grusol
ottobre 2016

Dimensionamenti

- Nuclei erogativi dimensionati su almeno 20 posti (specifico anziani)

“Approdare ad un sistema gestionale in cui le strutture stesse siano in grado di fornire un’assistenza distribuita su più livelli di intensità e, possibilmente su più categorie di destinatari”.

www.grusol
ottobre 2016

Lo standard assistenziale

La delibera 1011 *ricosce* e mantiene lo standard definito con minutaggio (mantiene quindi RP)

Non riconosce quello indicato nel “rapporto operatore utente” (modifica centro diurno)

www.grusol
ottobre 2016

Servizi diurni e residenziali

- Prima dgr 1011 e 1195/2013
- Dopo delibere
- Dopo DGR 1331/2014

www.grusol
ottobre 2016

Centri diurni anziani: Prima

CD (legge 20/2002)

Il CD 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.

Rapporto operatori utenti personale socio-sanitario: almeno 1/5

Non definita tariffa. Non definiti criteri di compartecipazione. Non definito fabbisogno

Attualmente attivi: circa 317 posti in 21 strutture

www.grusol
ottobre 2016

Il centro diurno della legge 20/2000

Assenti requisiti specifici per l'autorizzazione

Non definito costo retta. Non definita tariffa e criteri di compartecipazione.

Definito fabbisogno (insieme alle RSA)

Attivi: 179 posti in 9 strutture

Attivabili con precedente dgr fabbisogno: 400 posti tra diurno e RSA (senza specificazione per tipologia)

www.grusol
ottobre 2016

Dopo le delibere

Centro diurno legge 20/2002 (ridefinito SR)

- **Tariffa.** Non determinata e non definita
- **Standard.** Definito da UVI
- **Ripartizione oneri.** Asur: mette proprio personale o rimborsa secondo indicazione UVI: **a)** 5 m. I.P., 15 Oss; **b)** 8m I.P., 20 Oss. **(max 10 euro giorno)**
- **Fabbisogno.** Da definire

La previsione dei LEA. Non viene riconosciuto come prestazione LEA (lungoassistenza semiresidenziale, oneri sanitari del 50%)

www.grusol
ottobre 2016

Dopo le delibere

Centro diurno legge 20/2000 (SRD)

- **Tariffa.** Determinazione ASUR (ipotesi in bozza 57,85)
- **Standard: 90m** senza specificare tipologia figure professionali (Inf, Oss, FKT, educatore, psicologo)
- **Ripartizione oneri:** 50%
- **Fabbisogno:** da definire

La previsione dei LEA: 50% (vedi definizione)
Preferibilmente all'interno di strutture residenziali

www.grusol
ottobre 2016

Dopo dgr 1331 e modifica legge 20/02

- CD (ex legge 20/02), ora SR (cure semires)
- Definita tariffa: 35 euro (ripartita al 50% sanità/sociale)
- Definito standard: 50 minuti giorno: Oss: 30m; IP: 5m; animatore: 15 m.
- Fabbisogno: contrattualizzabili nel triennio 2015-2018: **256** (-61)

www.grusol
ottobre 2016

Dopo dgr 1331

- CD, ex legge 20/00, ora (SRDemenze)
- Definita tariffa: 58 euro (ripartita al 50% sanità/sociale)
- Confermato standard: almeno 90 minuti giorno (Inf, Oss, FKT, educatore, animatore, psicologo)
- Fabbisogno: contrattualizzabili nel triennio 2015-2018: **289 (+110)**

www.grusol
ottobre 2016

I due Centri Diurni

Posti, standard, tariffe

- CD, ex legge 20/00, ora (SRDemenze)

Tariffa: 58 euro (ripartita al 50% sanità/sociale)

Standard: almeno 90 m. giorno (Inf, Oss, FKT, educatore, animatore, psicologo)

Fabbisogno: contrattualizzabili nel triennio 2015-2018: 289 (+110)

- CD, ex legge 20/02, ora (SR):

Tariffa : 35 euro (ripartita al 50% sanità/sociale)

Standard: 50 minuti giorno: Oss: 30m; IP: 5m; animatore: 15 m.

Fabbisogno: contrattualizzabili nel triennio 2015-2018: **256 (-61)**

www.grusol
ottobre 2016

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.

www.grusol
ottobre 2016

Residenza Protetta (RP)

Lo standard assistenziale

Operatore socio-sanitario: 80 minuti (demenza senza rilevanti disturbi comportamentali 100) 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.

www.grusol
ottobre 2016

Residenza protetta - Dopo

Nessun cambiamento

Doppia tipologia di struttura (demenze e anziani), r3.1, r3.2

Tariffa: 66-80 euro

Compartecipazione: 50%

Fabbisogno: da definire

La normativa LEA: 50%

www.grusol
ottobre 2016

Dopo dgr 1331e modifica legge 20/02

Rp demenze (R3.1)

- **Tariffa** non definita: quota sanitaria 45 euro; quota sociale "variabile"
- **Standard**: 130 minuti (100m Oss; 20m I.P., 10 Fisiot. O attività educativa)

Rp anziani (R3.2)

- **Tariffa** non definita: quota sanitaria 33,51 euro; quota sociale "variabile"
- **Standard**: 100 minuti (come precedente 80m Oss; 20m I.P.)

www.grusol
ottobre 2016

Fabbisogno

- Posti in Casa di riposo: circa **2259** su **114** strutture
- **2015**: RP. Posti autorizzati: **4621** in **140** strutture,
- Posti convenzionati (2015) totali: **3387** (3197 Rpa+190 RPD)

DGR 851/16 prevede (2016) convenzioni ulteriori 400 posti (da collocare in strutture con p.l. convenzionati inferiore al 60%. Tra sformazione di 229 posti "ADI" in RP)

- **Fabbisogno**: Posti contrattualizzabili nel triennio (2018): **4260** Rp anziani e **410** RP demenze; un aumento di oltre **1200 posti**.

www.grusol
ottobre 2016

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.

www.grusol
ottobre 2016

RSA anziani (R2) dopo dgr 1011 e 1331 definizione

"R2", Unità di cure residenziali estensive: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale rivolti a persone non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici

www.grusol
ottobre 2016

RSA demenze (R2) dopo dgr 1011 e 1331 definizione

"R2D", Nuclei Demenza: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" rivolti a persone con demenza senile/alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale.

www.grusol
ottobre 2016

Rsa Anziani - Prima

Standard di assistenza: Non definito

Tariffa: Non definita

Quota a carico utente: Esenzione primi 60 giorni, poi valutazione UVI, se previsto pagamento 33 € +/- 25%.

Posti attivi: circa 900 (indicazioni regionali 1084 in 33 strutture)

Precedente fabbisogno: diurno + residenziale:1380
Non definita ripartizione posti tra RSA anziani e demenze

www.grusol
ottobre 2016

Dopo le delibere

RSA anziani non autosufficienti (r2)

Tariffa: definita da ASUR (in bozza 120)

Standard: tot 140 m. (IP 45, Oss, 85, h24, Fkt, 10) + coord. medico 6 minuti a paziente: modulo da 20: 2 ore giorno

Degenza: di norma non superiore a 60 giorni (prorogabile). Non esce solo se dopo tale termine non c'è posto in RP (riferimento dgr 704/2006)

Quota utente: Dopo 60 giorni che possono essere prorogati dall'UVI: 33+/-25%, come RP

Per copertura infermiere h24, due moduli. 1 modulo: 15 h

www.grusol
ottobre 2016

Dopo dgr 1331

Tariffa: 123 €: quota sanitaria 80.50 (circa 65%); quota utente 42,50.

Standard: come precedente (Ass. medica, coord. 100 minuti/giorno per 20 posti)

Durata degenza: 60 giorni proroga su rivalutazione. Se criterio per RP e non c'è posto rimane in RSA fino a liberazione posto.

Quota utente: Dopo 60 giorni che possono essere prorogati dall'UVI: 42,50 euro e non più 33+/-25%.

Fabbisogno: Nel triennio, 1073 posti

www.grusol
ottobre 2016

Dopo le delibera

RSA demenze (r2d)

Tariffa: definita da ASUR (in bozza 118)
Standard: tot 140 m. (IP 35, Oss, 100, h24, Fkt, 5) +
coord. medico 6 minuti a paziente: modulo da 20: 2 ore
giorno

Degenza: di norma non superiore a 60 giorni
(prorogabile). Non esce solo se dopo tale termine non
c'è posto in RP.

Quota utente: Dopo 60 giorni che possono essere
prorogati dall'UVI: 33+/- 25%, come RP

Fabbisogno: da definire

Per infermiere h24, due moduli. 1 modulo: 11,6 h

www.grusol
ottobre 2016

Dopo Dgr 1331

Tariffa: 128 €: quota sanitaria 85,50 (circa 65%);
quota utente 42,50 (come Rsa anziani).

Standard: tot. 150 m. (IP 40, Oss, 100, h24,
Fkt/animaz, 10/13 minuti) + coord medico psicologico 120
min/giorno: modulo da 20: 2 ore giorno.

Fabbisogno: Nel triennio, 204 posti

www.grusol
ottobre 2016

Cure intermedie

- Derivanti dalla disattivazione ospedaliera (dgr 753/2013 e 960/2014). Inizialmente 195 posti, poi 165 (in questi giorni in fase di revisione).
- Tipologia: Post acuti o cronici riacutizzati. Ingresso attraverso UVI. Degenza media 30g.
- Capacità recettiva da 5 a 30 (fino al 20% possono essere attivati anche nei moduli RSA anziani)
- Standard: IP e Oss sup. a 160m; Fkt 15m, medico 15m.
- Tariffa: 145 euro. Dopo 60 giorni compartecipazione utente/Comune: 42,50 euro, come RSA.
- Fabbisogno: 205 posti

www.grusol
ottobre 2016

Livello di intensità assistenziale

Significato

- Intensivo: R1 (Riferimento strutture disabili)
- Estensivo. R2 (CI e RSA)
- Lungoassistenza: R3 (RP)

www.grusol
ottobre 2016

Standard assistenziali a confronto

RP anziani: tot **100** (80m Oss; 20m I.P) + mmg

RP demenze: **130** minuti (100m Oss; 20m I.P, 10 Fisiot. o "attività educativa") + mmg

RSA anziani: tot. **140** m. (IP 45 (h24) Oss, 85, (h24), Fkt 10 m. Ass medica: MMG + coord 100m/giorno, ogni 20 p.l.

RSA demenze: tot. **150** m. (IP 40, Oss, 100, h24, Fkt/educatore, 10 m. e/o animazione 13 minuti). Ass medica: MMG + coord 120m/giorno, ogni 20 p.l.. IP presenza struttura h12.

Cure intermedie: tot. sup. a **160m** (IP e Oss); Fkt 15m, medico 15m.

www.grusol
ottobre 2016

Posti autorizzati e "convenzionati" o accreditati

Autorizzati: Standard come da autorizzazione ma senza convenzione con SSN (senza quota sanitaria)

Convenzionati: con quota sanitaria

La situazione nelle RP

www.grusol
ottobre 2016

Criteri di accesso

Sulla base di quale criterio si dispone accesso in una o altra struttura?

Non esiste una valutazione codificata a livello regionale attraverso l'utilizzo di scale e punteggi che determinano l'accesso ad un livello assistenziale

www.grusol
ottobre 2016

Criteri di accesso Cure intermedie/RSA

Pazienti post acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica e in condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero.

Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive) a pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici

www.grusol
ottobre 2016

Criteri di accesso RSA demenze/Rp anziani e demenze

Prestazioni erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali Estensive Demenza/Alzheimer) a pazienti con demenza senile/alzheimer nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente *protetico*.

Prestazioni di lungoassistenza e **mantenimento** erogate in nuclei di cure residenziali (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento) a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione.

Livello dedicato a pazienti con deficit cognitivi ma con un basso livello di disturbo comportamentale.

www.grusol
ottobre 2016

**La convezione delle RP. Tipologia di utenza
(dgr 1729/2010)**

La Residenza Protetta è 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.

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, le cui problematiche sono prevalentemente di ordine socio-assistenziale che necessitano di un livello elevato di assistenza tutelare e di un livello di tutela sanitaria comunque inferiore a quello erogato dalle RSA.

L'assistenza, offerta presso la Residenza Protetta, è rivolta a soggetti di norma ultra sessantacinquenni in condizione di non autosufficienza misurabile con le scale di valutazione previste dai vigenti atti regionali che disciplinano l'accesso al sistema delle cure domiciliari. Si tratta di soggetti soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo ai quali va garantita una adeguata assistenza da parte di equipe multiprofessionali attraverso interventi multidisciplinari sanitari e sociali non attuabili a domicilio. L'assistenza è offerta, ad esaurimento, anche a soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura purché compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

www.grusol
ottobre 2016

Criteri di accesso

Standard e tipologie di figure professionali presenti andranno conseguentemente a definire il profilo

Un sistema con alto tasso di discrezionalità

www.grusol
ottobre 2016

**Tariffe e compartecipazione utenti
vedi allegato c dgr 1331**

- RP anziani e demenze (66/90?)
Oneri da primo giorno. Quota sociale 50% tariffa più prestazioni aggiuntive
- RSA anziani (123), demenze (128) e cure intermedie (145)
Oneri dopo 60 giorni (42,50 euro). Possibilità per RSA di prosecuzione gratuità (in quali casi).

www.grusol
ottobre 2016

Le prestazioni aggiuntive nelle RP

Sono a carico dell'utente. Per

- Miglioramento confort alberghiero
- Prestazioni extra accreditamento
- Su richiesta utente

La quota aggiuntiva non può superare il 50% della quota sociale

www.grusol
ottobre 2016

Approvato **Atto fabbisogno** (dgr 289/2015)

- **Di quali servizi si occupa?**

- Cosa definisce
- Posti autorizzabili, accreditabili, contrattualizzabili

Cosa cambia rispetto alla situazione attuale

www.grusol
ottobre 2016

I 3 livelli

autorizzazione consente la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali,

accreditamento istituzionale riconosce alle strutture già autorizzate lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito del sistema pubblico,

accordo contrattuale definisce tipologia e quantità delle prestazioni erogabili agli utenti remunerate a carico del servizio pubblico

www.grusol
ottobre 2016

fabbisogno

- **fabbisogno autorizzabile**, definisce l'area della realizzazione di strutture e dell'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali; nel quantificarlo, come quota in incremento rispetto al "fabbisogno accreditabile", si intende evitare un eccesso di offerta sul territorio che può indurre un aumento della domanda non determinato da reali esigenze e bisogni.
- **fabbisogno accreditabile**, è la quota di posti autorizzati che può essere accreditata in relazione alle necessità individuate dalla Regione Marche; attualmente la normativa vigente riguarda soltanto i servizi di cui alla L.R. 20/00
- **fabbisogno contrattualizzabile**, numero di posti sia a gestione diretta da strutture pubbliche, sanitarie e sociali, sia a gestione mediante "accordi contrattuali" con privati in relazione alle disponibilità economico-finanziarie messe a disposizione dalla programmazione regionale; tale fabbisogno è una quota parte del "fabbisogno accreditabile"

www.grusol
ottobre 2016

Ad oggi

- Servizi legge 20/00

Requisiti autorizzazione e accreditamento

- Servizi legge 20/02

Solo requisiti autorizzazione

Approvata nuova legge su autorizzazione e accreditamento

www.grusol
ottobre 2016

Nel rapporto "convenzionale" con SSR

- Legge 20/00. Rispetto normativa accreditamento
- Legge 20/02. Rispetto normativa autorizzazione

www.grusol
ottobre 2016

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 per continuità assistenza

www.grusol
ottobre 2016

Punto unico accesso

- Porta unitaria di accesso alle cure territoriali e alle prestazioni sociali
- Nell'ambito del PUA la domanda viene accolta, viene svolta la ridefinizione del bisogno e viene effettuata la prima fase della presa in carico della persona nel percorso della rete socio assistenziale e dell'assistenza sanitaria territoriale

www.grusol
ottobre 2016

Punto unico accesso

Attraverso il processo di accesso, accoglienza/ accompagnamento il PUA da avvio della presa in carico della persona all'interno della rete dei servizi di assistenza territoriale, per garantire tutela dei bisogni complessi. La sua attività si declina in relazione al livello di bisogno:

- a) semplice (di tipo monodimensionale, sociale o sanitario)
- b) complesso, di tipo multidimensionale, sociosanitario: il PUA trasmette le informazioni all'UVI e lo attiva per l'effettuazione della valutazione multidimensionale e la pianificazione del percorso appropriato, attivando l'intervento sanitario e socio assistenziale integrato

www.grusol
ottobre 2016

Punto unico accesso

L'articolazione organizzativa del PUA è declinata nell'ambito della definizione degli assetti organizzativi e gestionali che riguarda l'UOSeS

Nell'Accordo si definiscono tempi e modi della progressiva integrazione nel PUA degli Uffici di Promozione Sociale (UPS) e degli Sportelli della Salute (SdS) presenti sul territorio, a copertura di tutti i Comuni di riferimento.

www.grusol
ottobre 2016

L'UOSeS (dgr 110/2015)

Funzioni e livelli operativi dell'U.O. SeS

- L'U.O. SeS svolge le seguenti funzioni:
- organizzazione e gestione del "Governo della domanda";
- organizzazione e raccordo dell'offerta dei servizi sociali e sanitari;
- gestione integrata dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;
- concertazione di progetti di intervento mirati;
- definizione dei gruppi operativi di settore;
- individuazione delle modalità di relazione tra i soggetti coinvolti;
- raccordo e coordinamento di comunità, rispetto agli altri soggetti istituzionali coinvolti, ai vari soggetti del terzo settore, al coinvolgimento di famiglie e cittadini;
- collegamento e raccordo dell'attività di programmazione integrata sociale e sanitaria a livello di Distretto sanitario e di Ambito/i Territoriale/i Sociale/i.

www.grusol
ottobre 2016

L'UOSeS (dgr 110/2015)

L'Unità Operativa Sociale e Sanitaria, rappresenta la soluzione organizzativa specifica e innovativa dell'assistenza territoriale che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello socio assistenziale, persegue la salute e il benessere sociale garantendo la presa in carico integrata del bisogno e la continuità del percorso assistenziale e favorisce forme di partecipazione con rappresentanze istituzionali e associative.

www.grusol
ottobre 2016

Punto unico accesso

La **dotazione minima** delle specifiche **figure professionali** che vengono inserite nel PUA prevede per la funzione di "front office" la presenza di una unità individuate tra:

- personale infermieristico/assistente sanitario,
- personale amministrativo,
- personale dell'UPS e altro personale sociale dei Comuni.

Alla funzione di "back office" concorre il personale "dedicato" presso la sede dell'U.O.SeS, stabilito dall'Accordo di Programma che la istituisce e la formalizza.

www.grusol
ottobre 2016

Punto unico accesso

- I PUA devono coprire in modo omogeneo il territorio della Regione nell'ambito di ciascun Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale in esso ricompresi. L'indicazione regionale è quella della presenza di un'articolazione funzionale diffusa del PUA per Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, con punti di "front office" presenti, o vicini, in tutti i Comuni del territorio di riferimento.
- L'operatività dei "front office" del PUA in termini di fascia oraria di funzionamento e risorse di personale dedicato, viene comunque definita nell'ambito della programmazione locale integrata sociale e sanitaria secondo le seguenti modalità:
- apertura giornaliera dal lunedì al sabato,
- accesso al pubblico con aperture mattina e/o pomeriggio (escluso i prefestivi) secondo fasce orarie definite nelle singole realtà,
- orari dedicati alle attività di "back office" (attività valutative, amministrative, raccolta ed elaborazione dati, ecc.).

www.grusol
ottobre 2016

L'unità di valutazione integrata

Definizioni

L'Unità di Valutazione Integrata è un'équipe multidisciplinare integrata che svolge la valutazione multidimensionale per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente attraverso strumenti specifici e per fornire indicazioni necessarie ad avviare la pianificazione assistenziale (Piano Assistenziale individualizzato e definire adeguati e appropriati percorsi assistenziali).

L'**UVI** ha un ruolo centrale nella continuità clinico-assistenziale; deve essere attivata precocemente garantendo l'integrazione operativa con gli altri servizi distrettuali, con i Dipartimenti specialistici, con l'Ospedale, con i soggetti erogatori delle prestazioni e con i servizi sociali pubblici e privati

www.grusol
ottobre 2016

L'unità di valutazione integrata

Funzioni

L'Unità Valutativa Integrata attraverso la valutazione clinica e sociale del soggetto:

- valuta le necessità assistenziali sociali e sanitarie della persona, con un approccio multidisciplinare e multidimensionale, attraverso strumenti scientificamente validati, gestibili su supporti informatici ed omogenei su scala regionale;
- individua il referente formale della presa in carico "case manager";
- individua la figura di riferimento informale del processo di assistenza "care giver";
- Indica bisogni prioritari ed indicazioni di trattamento funzionali alla predisposizione del progetto individualizzato di intervento (PAI) che viene sviluppato e formalizzato dove viene stabilizzata la presa in carico;
- definisce il percorso assistenziale (domiciliare, diurno, assistenziale) sulla base delle risultanze della valutazione
- monitora l'evoluzione dell'intervento e stabilisce eventuali variazioni del progetto specifico approntato per il soggetto con verifiche e controlli del PAI.

www.grusol
ottobre 2016

L'unità di valutazione integrata

Attività

I destinatari dell'intervento sono le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti con necessità di continuità dell'assistenza, in condizione di fragilità, nelle sue varie accezioni e con difficoltà d'inclusione nella rete dei servizi.

L'UVI, coerentemente con quanto previsto nel PSSR, viene attivata in risposta alle seguenti situazioni:

- bisogni sanitari complessi che richiedono l'intervento delle strutture di riferimento distrettuali, l'erogazione di Cure Domiciliari di servizi semiresidenziali o di servizi residenziali sociosanitari convenzionati;
- bisogni sanitari che necessitano di una presa in carico congiunta e/o coordinata da parte di diversi servizi sanitari interni ed esterni al Distretto;
- bisogni socio-sanitari complessi che necessitano l'intervento dei servizi sanitari, pubblici e privati, in integrazione con i servizi sociali gestiti dagli enti locali o dai soggetti autorizzati del terzo settore;
- bisogni rispetto ai quali non è chiaro il servizio competente per la presa in carico;
- bisogni per i quali è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget;
- bisogni sanitari o sociali emersi con carattere di urgenza; non attendono invece all'UVI le condizioni di effettiva emergenza che devono quindi essere indirizzate ai servizi di Pronto Soccorso sanitario e ai Servizi di Pronto Intervento Sociale che operano a livello territoriale;
- necessità di intervenire con modifiche del piano di intervento.

www.grusol
ottobre 2016

L'unità di valutazione integrata

Dotazione minima

Dotazione minima "Nucleo fisso":

- responsabile dell'UVI: Dirigente sanitario; il medico curante dell'assistito (responsabile clinico del paziente); l'assistente sociale referente del caso (del Distretto sanitario e/o degli Ambiti Territoriali Sociali); l'infermiere
- Il nucleo fisso, i cui componenti sono individuati per le rispettive competenze dal direttore di Distretto e dal Coordinatore D'Ambito, è integrato, a seguito di specifiche esigenze del caso, da professionisti individuati da UOSes.

Analogamente si procederà ad integrare il nucleo fisso con le professionalità di UMEE ed UMEA, nel caso la valutazione inserisca soggetti di loro competenza

www.grusol
ottobre 2016

L'unità di valutazione integrata

Percorso

L'UVI è un gruppo di lavoro multidisciplinare con attività di valutazione multidimensionale e di avvio della presa in carico, coinvolgendo le figure professionali del "Nucleo fisso" e ove necessario del "Nucleo Variabile" per garantire, attraverso strumenti specifici di valutazione, una corretta analisi del bisogno per l'individuazione dei possibili interventi da attuare nell'ambito della rete dei servizi sociali e sanitari integrati.

- L'UVI acquisisce le informazioni socio sanitarie sulla persona e avvia il processo valutativo multidimensionale, attivando i professionisti e i servizi necessari.
- Dalla valutazione multidimensionale deriva un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, l'eventuale patologia emergente, acuta e/o cronica, le condizioni di disabilità che condizionano i processi di sviluppo in età evolutiva e di autonomia nelle attività della vita quotidiana nell'età adulta, la rete delle relazioni sociali del soggetto, le sue risorse familiari, ambientali ed economiche.
- Nella fase di valutazione, l'UVI definisce le necessità assistenziali, individua i soggetti e i servizi più appropriati per il percorso terapeutico più idoneo,
- Le indicazioni emerse forniscono la base del PAI che viene opportunamente definito e dettagliato dall'equipe che prende in carico l'utente e concordato con l'assistito e (ove possibile) con la famiglia.
- La valutazione non comporta alcun costo / ticket a carico dell'assistito

www.grusol
ottobre 2016

L'unità di valutazione integrata

valutazione

La valutazione viene effettuata entro un tempo definito a seconda della tipologia di richiesta e ai criteri di priorità: entro tre giorni per i casi in cui il valutando sia in fase di dimissione ospedaliera e per casi di urgente attivazione di cure domiciliari; entro un massimo di 15 giorni nei casi in cui non venga ravvisato carattere di urgenza. In ogni caso l'avvio del procedimento deve decorrere entro 48 dalla presentazione del caso.

www.grusol
ottobre 2016

Area dimissioni protette

Il percorso di DP:

1. Il medico del Reparto individua il caso e compila una scheda di segnalazione da trasmettere al Coordinatore DP che attiva i successivi percorsi
2. Il Coordinatore comunica al MMG la prossima dimissione protetta del suo paziente
3. Per i pazienti in dimissioni protette, il Coordinatore attiva l'Unità Valutativa Integrata (UVI)

Processi connessi alla DP:

- Accesso alle Cure Domiciliari (CP - ADI)
- Accesso alla residenzialità
- Distribuzione diretta di farmaci
- Prescrizione diagnostica nel post ricovero
- Consulenza dietetica/supporto nutrizionale
- Accesso alla riabilitazione intensiva estensiva
- Accesso all'assistenza protesica
- Accesso ai Servizi Sociali
- Presa in carico da parte di servizi/strutture
- Trasporto sanitario

www.grusol
ottobre 2016

Tempi utilizzo strumenti valutazione

Tempi di utilizzo degli strumenti di valutazione

Nelle more della formalizzazione dell'UVI nell'ambito dell'Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O. SeS) di cui al successivo punto 7, l'utilizzo degli strumenti di valutazione individuati è operativo con l'approvazione del presente atto per cui, anche in relazione alle nuove codifiche delle unità erogative di cui alla DGR 1331/14:

- tutti i nuovi inserimenti in strutture residenziali e semiresidenziali dovranno essere autorizzati il relazione alle risultanze dell'utilizzo degli strumenti di valutazione individuati;
- la rivalutazione degli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie dovrà essere attuata entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto.

www.grusol
ottobre 2016

Fondo non autosufficienze

Istituzione 2006. A chi è rivolto

- 2011, finanziamento solo per malati di SLA
- 2012, azzerato
- 2013, 275 milioni
- 2014, 350 milioni (**Marche 9,758 milioni**)
- **2015, 400**, inizialmente 250, (**Marche 11,3 milioni**)
- **2016, 400 (strutturale)**

www.grusol
ottobre 2016
