

GRUPPO SOLIDARIETA'
Jesi (sala II Circostrizione, Via San Francesco)
Venerdì 2 ottobre 2009



Servizi residenziali per anziani non autosufficienti

Le indicazioni nazionali

Enrico Brizioli
Coordinatore sottogruppo Socio-Sanitario della Commissione Nazionale LEA
Amministratore delegato Gruppo Santo Stefano

Enrico Brizioli – Ottobre 2009 1

IL PROGETTO MATTONI

Nel 2005 la Conferenza Stato-Regioni, di concerto con il Ministero della Salute, ha approvato un progetto di implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario **NSIS**, che prevede la revisione di tutti i flussi informativi l'aggiornamento/omogenizzazione dei flussi delle principali settori dell'attività sanitaria.

E' nato il progetto "Mattoni del NSIS", articolato in 15 tavoli che hanno affrontato la revisione dell'intero modello organizzativo e di flusso delle prestazioni.

Enrico Brizioli – Ottobre 2009 2

IL PROGETTO MATTONI (segue)

Le problematiche dei servizi di Long Term Care sono state affrontate dai seguenti mattoni:

Mattone 12 - Prestazioni Residenziali resp. Brizioli
(Tutte le prestazioni extraospedaliere)

Mattone 3 - DRG resp. Verdini
(Le prestazioni di Riabilitazione e Lungodegenza ospedaliere)

Enrico Brizioli – Ottobre 2009 3



Mattone 12
"Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali"

Flusso Informativo Nazionale per le Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

Coordinatore Scientifico
Enrico Brizioli
Regione Marche



Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Gruppo di Lavoro

Coordinamento Mattone 12

<p>Regione Marche Capofila</p> <p>Provincia Aut. Bolzano</p> <p>Regione Friuli VG</p> <p>Regione Lombardia</p> <p>Regione Emilia Romagna</p> <p>Regione Umbria</p> <p>Regione Basilicata</p> <p style="text-align: right; font-size: small; color: yellow;">Invitate permanenti</p> <p>Regione Veneto</p> <p>Regione Liguria</p>	<p>+</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">COMITATO SCIENTIFICO</div>
---	---

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Comitato Scientifico

Comitato Scientifico Mattone 12

<p>Enrico Brizioli</p> <p>Roberto Bernabei</p> <p>Franco Di Stanislao</p> <p>Marco Trabucchi</p> <p style="text-align: right; font-size: small; color: yellow;">Invitati</p> <p>Carlo Saitto</p> <p>Luigi Tesio</p> <p>Matilde Leonardi</p>	<p>Coordinatore</p>
--	----------------------------

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

...“L’obiettivo del Mattone “Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali” è la costruzione di un

flusso informativo nazionale,

che impone la definizione di un

sistema di classificazione omogeneo

...“L’ambito di riferimento del progetto sono le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a favore di;

soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio:

- Anziani
- Disabili fisici, psichici e sensoriali
- Pazienti psichiatrici

...“In ragione delle strette connessioni e parziali sovrapposizioni tra prestazioni residenziali di riabilitazione e le prestazioni ospedaliere di lungodegenza e riabilitazione, al Mattone 12 viene affidato anche il **mandato** di predisporre, in **collaborazione con il Mattone 3** (DRG), una revisione del flusso informativo per le prestazioni di

Lungodegenza

e

Riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera.

Situazione di Fatto:

In Italia stimiamo oggi l’esistenza di circa 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua stimata di circa 6 mld di euro sul FSN.

Tuttavia non esiste oggi un flusso informativo per le prestazioni residenziali:

E non esiste un modello univoco di classificazione

delle **strutture**

delle **prestazioni**

dei **pazienti**

Nelle Regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse, e con nomi diversi cose uguali.

Le prestazioni residenziali si sovrappongono e sostituiscono spesso a prestazioni di lungodegenza e riabilitazione.

L’accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione.

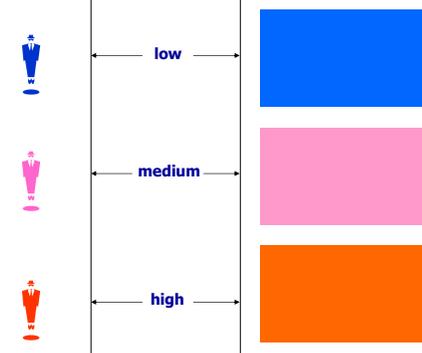
Non esiste un sistema di compensazione della mobilità sanitaria e questo determina problemi nella circolazione dei pazienti.

La mancanza di dati impedisce la verifica dei LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA erogati per questa tipologia di prestazioni.

Cosa tanto più grave se si tiene conto che, in assenza di chiari modelli normativi, di strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali, di criteri di appropriatezza e di verifica della qualità, le cure residenziali in Italia sono caratterizzate da una **sostanziale casualità dell’assistenza !**

NEEDS

CARE



Ratio del progetto: La situazione attuale

Ottimale



Reale



Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Ratio del progetto: La situazione attuale – Criticità



Effetto Tetto:

Un soggetto con elevati bisogni inserito in un "sistema a bassa offerta" tende a stressare il sistema ed ottenere una quota di assistenza maggiore degli altri ospiti, ma inferiore a quella che assorbirebbe in un sistema con idonea organizzazione



Effetto Pavimento:

Un soggetto con modesti bisogni inserito in un "sistema ad alta offerta" riceve una quota di assistenza, legata alla organizzazione del lavoro (minuti specifici) o a protocolli (minuti specifici), superiore a quella che assorbirebbe se inserito in un sistema a bassa offerta

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Ratio del progetto: L'approccio metodologico

Per valutare e standardizzare il reale fabbisogno assistenziale è necessario adottare ove possibile strumenti di misura in grado di rilevare il case-mix assistenziale espresso nel rapporto tra bisogni ed assistenza (in tipologia e quantità) ed adeguato a definire standard organizzativi e dotazione di personale

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Mattone 12 - ANZIANI

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Mattone 12 - Anziani

Sistemi di Analisi del Case-Mix in RSA

RUG III (Resource Utilization Groups)	USA e Canada (e Italia)
FRED (Functionally Ranked Explanatory Designations)	California anni '80
CMAR (Case Mix Assessment Reimbursement System)	UK
RCS (Resident Classification Scale)	Australia
ARCS (Alberta Residents Classification System)	Alberta anni '90
AGGIR (Autonomie Gerontologique Groupes Iso Resources)	Francia e ITA Liguria
SOSIA (Sistema Case mix Lombardo)	ITA Lombardia
SVAMA (Sistema VMD + casemix)	ITA Veneto

- Brizioli E, Bernabei R, Grechi F, et al. Nursing home case-mix instruments: validation of the RUG-III system in Italy. Aging Clin Exp Res. 15(3):243-53, 2003.
 - Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. Residenze Sanitarie per Anziani. Edizioni il Mulino, Bologna 2002.
 - Brizioli E, Ferrucci L, Bernabei R, et al. Criticità e prospettive per il trasferimento dei "RUGs" alle Regioni. Bollettino delle Ricerche del Ministero della Sanità 1:45-55, 2001.

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Mattone 12 - Anziani

Tra le diverse opzioni è necessario adottare uno strumento di Case-mix che:

- ▶ **Consenta di valutare l'effettivo carico assistenziale degli ospiti presenti nella struttura**
- ▶ **Sia scientificamente validato**
- ▶ **Permetta di differenziare le tariffe in rapporto all'effettivo carico assistenziale**
- ▶ **Consenta la verifica dei livelli assistenziali effettivamente erogati**
- ▶ **Sia effettivamente integrato con uno strumento di VMD, essenziale per la programmazione dell'assistenza**

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Un buono strumento di Case-mix permette:

- ▶ Di costruire modelli "isorisorse" di assistenza
- ▶ Di valutare il "peso assistenziale" del singolo caso
- ▶ Di valutare il casemix ed il carico assistenziale della struttura
- ▶ Di individuare standard e sistemi di verifica della qualità
- ▶ Di valutare la variabilità nel tempo dei bisogni e gli Outcome delle cure
- ▶ Di trasformare il Casemix in criteri di rimborso delle prestazioni.
- ▶ Di trasferire l'analisi dalla prestazione al paziente ed ai risultati delle cure.

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

La scelta degli strumenti

L'adozione su base nazionale di un unico strumento di analisi del Case-mix consentirebbe l'immediata alimentazione del data-base NSIS e permetterebbe di definire standard univoci.

Il modello di di classificazione delle prestazioni potrebbe essere integrato in un sistema unitario di classificazione isorisorse (sul modello dei DRG).

Tuttavia

Le precedenti esperienze avviate dalle Regioni e la sostanziale indisponibilità reciproca a vanificare il percorso avviato, hanno imposta la convivenza dei diversi strumenti...

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Strumenti di Case-mix in uso in Italia

◊ Analisi dei principali strumenti regionali per la valutazione degli ospiti in strutture residenziali.

- RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGGIR (AGED)



◊ Valutazione comparativa degli items che caratterizzano ogni strumento: 128 items analizzati solo 22 sovrapponibili in tutti e tre gli strumenti

◊ Modalità di integrazione attraverso strumento di transcodifica

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Implementazione degli Strumenti di Case-mix

◊ L'implementazione dei diversi strumenti dovrà avvenire in maniera autonoma, garantendo comunque l'individuazione di un ente che svolga funzioni di "agenzia" per l'aggiornamento, l'analisi integrata dei dati, la definizione di standardi qualità :

Strumento

- RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGGIR (AGED)

"Agenzia"

- INRCA (Ircs) Regione Marche
- Ass Famiglia Regione Lombardia
- Ass. Sanità – Regione Veneto
- Agenzia Sanitaria – Regione Liguria

In ogni caso il comitato scientifico del Mattone rimane a disposizione per tutte le valutazioni necessarie da parte delle Regioni.

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

La VMD

La Valutazione Multidimensionale è una metodica che consente di standardizzare la Valutazione dei soggetti anziani e disabili integrando necessità assistenziali di tipo Socio-Sanitario, rilevando le criticità del caso e costruendo un piano coerente di trattamento.

Sono disponibili diversi strumenti, il più noto dei quali è il RAI (Resident Assessment Instrument) obbligatorio in USA - nel sistema Medicare - ed in Canada.

Una variante del RAI è stata sviluppata dal ISS (VALGRAF) ed è oggi utilizzata in Friuli Venezia Giulia.

Un altro sistema con caratteristiche simili è stato sviluppato dalla Regione Veneto (SVAMA)

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Dalla VMD al CASEMIX

Di norma una scheda di Valutazione Multi-Dimensionale produce i dati essenziali per la valutazione del profilo assistenziale del paziente, fornendo informazione necessarie per alimentare i sistemi di "pesatura".

Dal Data-Base della VMD si può quindi costruire lo strumento di analisi del "case-mix".

Il RAI ed il VALGRAF consentono di produrre il RUG. Lo SVAMA ha un proprio sistema di pesatura.

Il SOSIA (Lombardia) può essere considerato uno strumento di analisi del case-mix, pur non avendo le caratteristiche strutturali di una VMD.

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Effetti della pluralità degli strumenti

La necessità di adottare diversi strumenti di analisi del Case-mix ci impedisce di utilizzare un unico modello VMD-Casemix.

Ma soprattutto ci impedisce di prescindere dalla "tipologia di prestazione".

Infatti essendo i diversi strumenti non sovrapponibili, non è possibile definire la prestazione a partire dai bisogni, ma è necessario riprodurre continuamente il modello "bisogni-tipologia di assistenza" per rendere confrontabili gli strumenti e quindi i dati.

E' inoltre necessario accontentarsi di un Flusso Informativo Nazionale costruito su un data-base comune limitato.

Dal CASEMIX alla Prestazione

Per "prestazione residenziale" non si intende il singolo atto assistenziale, ma più in generale

"classi di prestazioni residenziali",

intese come

complesso organico di prestazioni erogate a categorie omogenee di utenti all'interno di adeguati moduli organizzativo-professionali.

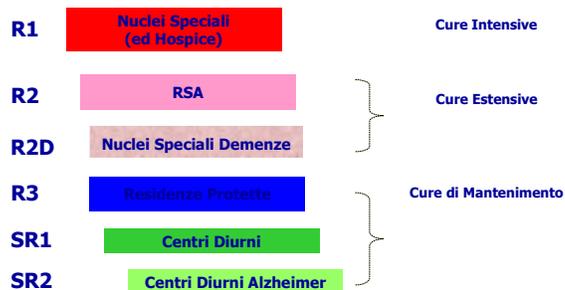
Dal CASEMIX alla Prestazione

Il "complesso organico di prestazioni" che costituiscono la prestazione residenziale possono essere ben definite dal "Modulo Organizzativo" attivato presso la struttura.

Ogni struttura può essere accreditata per più moduli organizzativi:

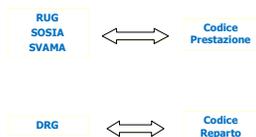
- Stati Vegetativi
- Residenza ad alta integrazione Sanitaria
- Nuclei Demenze
- Residenza Protetta
-

Classificazione delle Moduli Residenziali



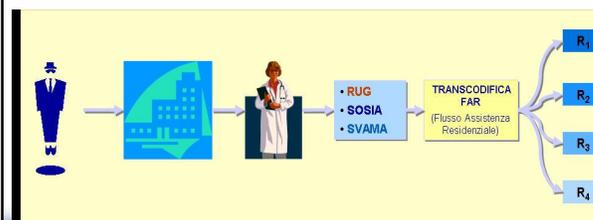
Incrocio Paziente / Prestazione

Classificazione Paziente ↔ Tipologia di Prestazione



Incrocio Paziente / Prestazione

Classificazione Paziente ↔ Tipologia di Prestazione



FAR - Sezione Ammissione/Dimissione **Mattone 12 - Anziani**

Sezione 2. AMMISSIONE/DIMISSIONE

PROVENIENZA OSPITE

Tipologia di struttura di provenienza:

abitazione struttura protetta socio-sanit. struttura sociale
 struttura ospedaliera struttura di riabilitazione struttura post-acuzie

Finalità della richiesta di inserimento:

privato familiare-affine soggetto chiamato obbligato
 assistenza sociale medico di medicina generale medico ospedaliero

Validazione della richiesta da parte della UNITA' VALUTATIVA (UV):

SI NO

Motivazione della richiesta di inserimento:

perdita dell'autonomia (acuto/degenerativo) instabilità della salute clinica (post-acuzie)
 insufficienza del supporto familiare insufficienza della rete socio-sanitaria domiciliare
 alloggio non idoneo intossicazioni altra motivazione sociale

Scelte amministrative applicate:

Spese UV € Tariffa gestionale comprensiva ospedare: €

Alloggio:

domicilio senza assist. domicilio con assist. struttura ospedaliera per soci
 altra tipologia di residenza nessuno

Enrico Brizioli - Ottobre 2009

FAR - Sezione Valutativa **Mattone 12 - Anziani**

Sezione 3. VALUTATIVA

ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA (alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso bagno)

1	Autonomo
2	Parzialmente dipendente
3	Totalmente dipendente

AREA DELLA MOBILITA'

1	Si sposta da solo
2	Si sposta assistito
3	Non si sposta

AREA COGNITIVA (memoria, orientamento, attenzione)

1	Absente/Lieve
2	Moderato
3	Grave

AREA DEI DISTURBI COMPORTAMENTALI

1	Absenti/Lievi
2	Moderati
3	Gravi

AREA TRATTAMENTI SPECIALISTICI

	Alimentazione parenterale
	SNG / FECE
	Tracheostomia
	Respiratore / ventil. assistita
	Ossigenoterapia
	Dialisi
	Ulcere da decubito
	1°-2° stadio
	3°-4° stadio

AREA SOCIALE (supporto delle reti formali ed informali)

1	Presenza
2	Parziale e / o temporanea
3	Absenza

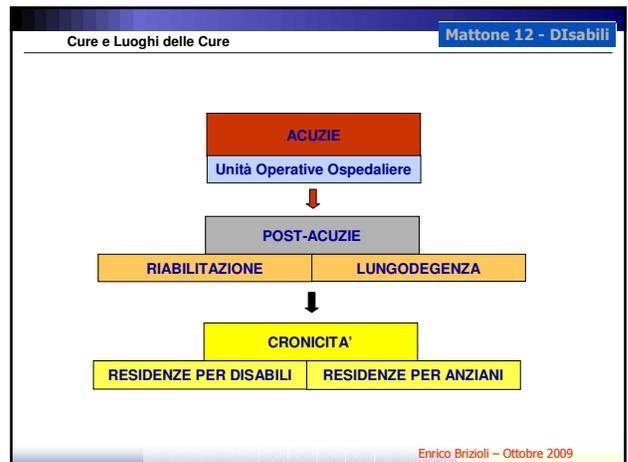
AREA FINANZIARIA (capacità di copertura dell'assistenza)

1	Autonomo finanziariamente
2	A carico totale o parziale dei familiari
3	A carico totale o parziale del comune

Enrico Brizioli - Ottobre 2009

Mattone 12 - DISABILI

Enrico Brizioli - Ottobre 2009



Mattone 12 - Disabili

Per riabilitazione si intendono programmi di cure:

- successive ad una perdita di funzione,
- che hanno precisi obiettivi terapeutici,
- che si sviluppano in un arco di tempo coerente con l'obiettivo terapeutico e condizionato dalla risposta del soggetto

Enrico Brizioli - Ottobre 2009

Mattone 3-12 - DRG

Codici di disciplina per ricoveri Ospedalieri di Riabilitazione e Lungodegenza

Codice	Disciplina	
75 plus*	Neuroriabilitazione in soggetti in assistenza intensiva/subintensiva	} Alta Specialità
75	Neuroriabilitazione	
28	Unità Spinale	
56	Riabilitazione Intensiva	
60	Lungodegenza post-acuzie	

* Nuovo Codice proposto al tavolo del Mattone 12, già operativo in Emilia Romagna

Enrico Brizioli - Ottobre 2009

Mattone 12 - Disabili

Classificazione delle Moduli **Residenziali** di Riabilitazione Estensiva

RRE1	Riabilitazione Estensiva – post acuzie (Linee Guida: art. 2.2. Comma a/1)
RRE2	Riabilitazione Estensiva – trattamenti lungo termine (Linee Guida: art. 2.2. Comma a/2)

RRE = Riabilitazione Estensiva

Enrico Brizioli – Ottobre 2009 43

Mattone 12 - Disabili

Classificazione delle Prestazioni Residenziali per Disabili

		Copertura FSN
RD1	Ass. in Nuclei Speciali e responsività minimali (DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello a)	100%
RD2	Minorazioni Plurisensooriali (DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello a)	100%
RD3	Età Evolutiva con disturbi Neuropsichiatrici (DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello b)	100%
RD4	Disabili Gravi (DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello c/gravi)	70%
RD5	Disabili (DPCM 21.11.2001 All 1.C punto 9 – disabili livello c/non gravi)	40%

Enrico Brizioli – Ottobre 2009 44

DM 9 Gennaio 2009

Istituzione del Flusso informativo delle Prestazioni Residenziali (FAR)

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

DECRETO MINISTERIALE 9 Gennaio 2009 - Istituzione del Flusso Informativo Residenziale

Con il DM 9.1.2009 è stato istituito il Flusso Informativo Residenziale (FAR) : entro il 2010 tutte Le regioni dovranno aver adottato uno strumento di Valutazione Multidimensionale e di Analisi Del Casemix idoneo ad alimentare il FAR.

Il decreto indica gli strumenti già validati, che sono il RUG, lo SVAMA e l'AGED e obbliga le regioni che non hanno ancora adottato un sistema a scegliere uno di questi strumenti, mentre quelle che hanno già implementato un proprio sistema sono tenute ad avviare un programma di validazione del proprio strumento entro il 2009.

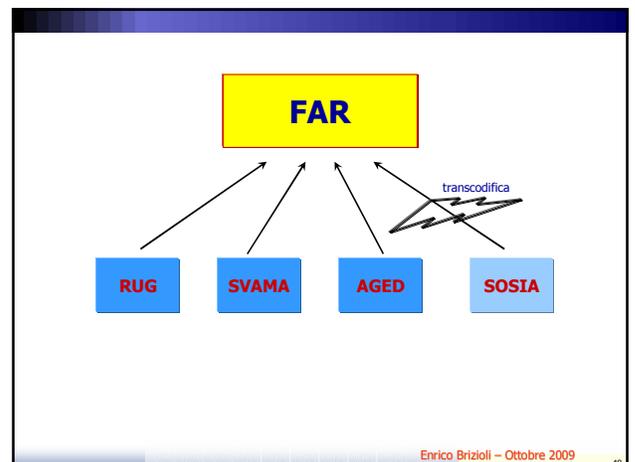
Enrico Brizioli – Ottobre 2009 46

Mattone 12 - Anziani

Classificazione delle Prestazioni Residenziali per Anziani

R1	Nuclei Speciali (ed Hospice)	Cure Intensive
R2	RSA	Cure Estensive
R2D	Nuclei Speciali Demenze	
R3	Residenze Protette	Cure di Mantenimento
SR1	Centri Diurni	
SR2	Centri Diurni Alzheimer	

Enrico Brizioli – Ottobre 2009 47



NUOVI LEA

Revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Nuovo DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza

Art. 22 - Cure Domiciliari

1. Nell'ambito delle cure domiciliari il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico
2. (omissis) Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del "progetto di assistenza individuale" (Pai), socio-sanitario integrato....
3. In relazione al bisogno di salute dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:
 - a) Cure domiciliari prestazionali:
 - b) Cure domiciliari integrate (Adi) di I e II livello.....
 - c) Cure domiciliari integrate ad elevata intensità (III livello).....

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Nuovo DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza

Art. 23 - Cure Palliative domiciliari alle persone nella fase terminale della vita

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce le cure domiciliari palliative nell'ambito della Rete di assistenza ai malati terminali. Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici..... continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni nonché disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o ai caregiver. Le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico da parte di una équipe multiprofessionale e la definizione di un "progetto di assistenza individuale" (Pai)....

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Nuovo DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza

Art. 29 - Assistenza residenziale extraospedaliera ad Elevato Impegno

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, a elevato impegno sanitario e assistenziale, alle persone con patologie non acute, incluse le condizioni di responsabilità minime e le gravi patologie neurologiche, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.
2. I trattamenti di cui al primo comma sono a totale carico del SSN.

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Nuovo DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza

Art. 30 - Assistenza socio-sanitaria residenziale e semi-residenziale

1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alla persona non autosufficiente, previa valutazione multidimensionale e presa in carico :
 - a) Trattamenti intensivi ed estensivi di cura e recupero a persone non autosufficienti con patologie che Richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale....(omissis)....
 - b) Trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico" a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnemonico 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.
 - c) Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura cure alle persone non autosufficienti....(omissis)....
2. I trattamenti intensivi ed estensivi di cui al comma 1 lettera a) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti estensivi di cui al comma 1. lettera b) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 60% della tariffa. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 1. lettera c) sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50% della tariffa
3. Nell'ambito dell'assistenza semi-residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:
 - a) Trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protetico", ivi compresi interventi di sollievo, a persone con demenza senile

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Nuovo DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza

Art. 32 - Assistenza socio-sanitaria residenziale e semi-residenziale alle persone con disturbi mentali

1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale e semi-residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti di lungoassistenza, di recupero e mantenimento funzionale nell'ambito dell'attività del Dipartimento di salute mentale....
2. In relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale e semi-residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:
 - a) Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi, anche nella fase di post-acute,della durata massima di 18 mesi... nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nelle 24 ore.
 - b) Trattamenti residenziali socio-riabilitativi estensivi rivolti a pazienti in fase cronicadella durata massima di 36 mesi... nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nelle 12 ore.
 - c) Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi estensivi rivolti a soggetti parzialmente non autosufficienti, non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di una soluzione abitativa e di tutela sanitaria ... nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nelle 6 ore.

Enrico Brizioli – Ottobre 2009

Elementi Innovativi del Nuovo DPCM sui Livelli Essenziali di Assistenza

- Prevede sempre la **valutazione multidimensionale** e la presa in carico
- Articola le **cure domiciliari su 3 livelli**, prevedendo un servizio programmato sui reali bisogni e se necessario su 7 giorni
- Prevede un livello speciale di **cure palliative a domicilio**
- Definisce le **Prestazioni Residenziali per anziani su 4 livelli**
- Individua e riconosce il **Nucleo Alzheimer**
- Individua e il **Centro Diurno Alzheimer**
- Chiarisce la fase della **post-acuzie** da quella della **residenzialità cronica** nelle patologie psichiatriche
- Continua a **non** riconoscere il problema delle **vecchie e nuove cronicità** complesse con necessità di assistenza o supervisione 24 ore su 24, relegandole a strutture con assistenza su sole 12 ore e con partecipazione alla spesa del 60%.

Classificazione delle Prestazioni Residenziali per Anziani

			In carico SSN
R1	Nuclei Speciali (ed Hospice)	Cure Intensiva	100%
R2	RSA	Cure Estensive	50%
R2D	Nuclei Speciali Demenze		60%
R3	Residenze Protette	Cure di Mantenimento	50%
SR1	Centri Diurni		
SR2	Centri Diurni Alzheimer		

PATTO PER LA SALUTE

Accordo Stato Regioni 2010-2012

Tetto

Art. 6

Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali (??) rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che:

Nelle singole Regioni e Province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità per anziani non autosufficienti con oneri a carico del SSN non superi il parametro di 1 posto letto per 1.000 anziani >65 anni e 3 posti letto per 1.000 anziani >75 anni. Gli oneri a carico delle aziende sanitarie eccedenti i limiti di cui al DPCM 29 novembre 2001 (50%) ovvero relativi a posti letto eccedenti la dotazione massima sopra riportata, resteranno a carico de bilanci regionali