

Corso di formazione

**I nuovi servizi sociosanitari
nelle Marche**

Tra vincoli nazionali e scelte regionali

6-13-20 Ottobre 2015

Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

www.grusol.it
ottobre 2015

Perché "Tra vincoli nazionali e scelte regionali"

- Quali i vincoli, gli "adempimenti"
- Quali le scelte regionali

www.grusol.it
ottobre 2015

L'analisi riguarda

Diurno e residenziale

- Disabilità/riabilitazione
- Anziani non auto/demenze
- Salute mentale

Cure domiciliari

www.grusol.it
ottobre 2015

La situazione

Residenziale e diurno

- 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.it
ottobre 2015

In fase di approvazione

- Nuova legge sulle autorizzazioni e accreditamento
- **Alcuni contenuti della Pdl**
- Fondo solidarietà. **Di cosa si tratta**
- **I contenuti delle bozze**

www.grusol.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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

www.grusol.it
ottobre 2015

fabbisogno autorizzabile

- il "fabbisogno autorizzabile", che è il livello più ampio delle esigenze individuate che definisce l'area della realizzazione di strutture e dell'esercizio di attività sanitarie, sociosanitarie e sociali; con valori che sono vincolanti per le strutture sanitarie (ex comma 3 dell'art. 8-ter del D.lgs. n. 502/92) e sociosanitarie (nell'accezione della presenza di una qualche forma di compartecipazione da parte del Servizio Sanitario Regionale), mentre rappresentano una indicazione di riferimento per le strutture sociali; sia per l'area sanitaria che per quella sociale, 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.

www.grusol.it
ottobre 2015

fabbisogno accreditabile

- il "fabbisogno accreditabile", con riferimento al concetto di accreditamento per cui è "lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale, ivi comprese quelle rientranti nei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale previsti dall'art. 9 del D.lgs n. 502/92 e s.m.i.", 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 mentre è in itinere il completamento del percorso anche per i servizi dell'area sociale con l'avvio dell'iter collegato alla proposta di Legge Regionale di riorganizzazione del settore "autorizzazione e accreditamento", sia sociale che sanitario;

www.grusol.it
ottobre 2015

Fabbisogno contrattualizzabile

- il “fabbisogno contrattualizzabile” comprende il numero complessivo di posti sia a gestione diretta da parte delle strutture pubbliche, sanitarie e sociali, della Regione Marche, sia a gestione mediante “accordi contrattuali” con privati dagli Enti Pubblici marchigiani e dall’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), in relazione alle disponibilità economico-finanziarie messe a disposizione dalla programmazione regionale; tale fabbisogno è una quota parte del “fabbisogno accreditabile” in quanto va garantita ai committenti pubblici la possibilità di poter scegliere tra tutti i potenziali fornitori accreditati.
- Relativamente alle strutture sociali si specifica che anche per il “fabbisogno accreditabile” e il “fabbisogno contrattualizzabile” i valori individuati costituiscono una indicazione di riferimento, che diviene vincolante se interviene una qualche forma di compartecipazione da parte del Servizio Sanitario Regionale o di finanziamento regionale.

www.grusol.it
ottobre 2015

Ad oggi

- Servizi legge 20/00

Requisiti autorizzazione e accreditamento

- Servizi legge 20/02

Solo requisiti autorizzazione

www.grusol.it
ottobre 2015

Nel rapporto “convenzionale” con SSR

- Legge 20/00. Rispetto normativa accreditamento

- Legge 20/02. Rispetto normativa autorizzazione

www.grusol.it
ottobre 2015

Servizi sociosanitari
nelle Marche. *Prima* delle delibere

Strutture della legge 20/2000

- Definito fabbisogno, non definite con specifico atto le tariffe; e - dove previsto - la compartecipazione tra sanità e sociale

Strutture della legge 20/2002

- Non definito fabbisogno (se non per alcune), non definito (se non per alcune) tariffe e quote di partecipazione tra sanità e sociale.

www.grusol.it
ottobre 2015

Servizi sociosanitari
nelle Marche. Dopo le delibere del 2013

- **Da ri-definire *fabbisogno* complessivo** (previsto con atto)
- **Mantenute tariffe per quelle già definite,**
- **Indicati criteri tariffari per le altre**
- **Definito standard assistenziale per tutti i servizi** (mantenuto per quelli già previsti)
- **Definita ripartizione degli oneri tra sanità e sociale (applicazione LEA)**

www.grusol.it
ottobre 2015

Servizi sociosanitari
nelle Marche. Dopo la dgr 1331

- ***Fabbisogno* complessivo (in attesa di atto approvato in giunta in attesa di parere dalla Commissione)**
- **Definite le tariffe di tutti i servizi**
- **Definito standard assistenziale per tutti i servizi** (ad eccezione di alcuni)
- **Definita ripartizione degli oneri tra sanità e sociale (applicazione LEA) sia in termini % che di quota**

www.grusol.it
ottobre 2015

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

- **Anziani:** Rsa (2 tipologie), Rp (2 tipologie), centri diurni (2 tipologie). Aggiunte: cure intermedie
- **Disabili/Riabilitazione:** Rsr intensiva, estensiva, Rsa (2 tipologie), Unità speciali, Rp, Coser, Centri diurni adulti (2 tipologie); Centro diurno minori.
- **Salute mentale:** Srt, Srr (due tipologie), Cp (3 tipologie con diverso livello assistenziale), Comunità alloggio, Centro diurno

www.grusol.it
ottobre 2015

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

Manca ad oggi la legge sulle autorizzazioni (approvata a febbraio dalla giunta, deve essere definitivamente approvata in Consiglio) che dovrebbe definire le diverse tipologie di strutture a partire da questa impostazione

www.grusol.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

Regione Marche. Strutture sociali soggette ad autorizzazione

Soggetti destinatari	Strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa (bassa intensità ass. ie)	Strutture con funzione tutelare (media intensità ass. ie)	Strutture con funzione protetta (alta intensità ass. ie)
Minori	Comunità familiare	Comunità educativa	
		Comunità di pronta accoglienza	
		Comunità alloggio per adolescenti	
Disabili	Comunità alloggio?	Comunità socio-educativa-riabilitativa	Residenza protetta
			Centro diurno socio-educativo-riabilitativo
Anziani	Comunità alloggio	Casa di riposo?	Residenza protetta
	Casa albergo		Centro diurno
Persone con problematiche psico-sociali	Comunità alloggio	Casa famiglia	
	Comunità familiare	Centro di accoglienza per ex detenuti	
	Alloggio sociale per adulti in difficoltà	Casa di accoglienza per donne vittime di violenza o tratta	
	Centro di pronta accoglienza per adulti		

www.grusol.it
ottobre 2015

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 e day hospital psichiatrico
- Strutture residenziali psichiatriche
- RSA anziani (comprese demenze)

www.grusol.it
ottobre 2015

Dimensionamenti

- Nuclei erogativi dimensionati in 20 posti
- “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.it
ottobre 2015

Lo standard assistenziale

La delibera 1011 *riconosce* e mantiene lo standard definito con minutaggio

Non riconosce quello indicato nel “rapporto operatore utente”

www.grusol.it
ottobre 2015

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 sociosanitario: almeno 1/5

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

Attualmente attivi: circa 317 posti in 21 strutture

www.grusol.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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 animatore)

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.it
ottobre 2015

Fabbisogno

- Gli anziani ospiti delle strutture assistenziali delle Marche (RP e CR)? - **7000** circa
- Quanti sono gli anziani non autosufficienti ospiti di queste strutture? Ipotesi: almeno **5.000** circa
- Posti in Casa di riposo: circa **2259** su **114** strutture
- RP. Posti autorizzati: **circa 4621** in **140** strutture
- RP. Posti convenzionati totali: circa 3400 (3179 +200, circa 150/200 RP demenze)
- **Fabbisogno**: Posti contrattualizzabili nel triennio: **4260** Rp anziani e **410** RP demenze; un aumento di oltre **1200** posti.

www.grusol.it
ottobre 2015

Riflessioni

- La mancata definizione della tariffa
- L'aumento dei posti "convenzionabili"

www.grusol.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

Dopo la delibera

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.
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.it
ottobre 2015

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)
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.it
ottobre 2015

Dopo la 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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

Cure intermedie

- Derivanti dalla disattivazione ospedaliera (dgr 753/2013 e 960/2014). Inizialmente 195 posti, poi 165.
- 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.it
ottobre 2015

Disabilità

- L'area della riabilitazione viene ricompresa in quella della disabilità
- Strutture dimensionate per almeno 20 posti
- Da prevedere strutture da almeno 40-60 posti
- Mantenimento di standard e tariffe se già definite

www.grusol.it
ottobre 2015

Disabilità

- “Luogo di valutazione”, UVI, mai citata UM
- Si parla sempre di Piano riabilitativo individuale (PRI), non di Piano Educativo o di Piano educativo riabilitativo

www.grusol.it
ottobre 2015

Prima. Residenze disabili legge 20/2002

Comunità alloggio (Legge 20/2002 e seguenti).
Non previsto costo retta. Non previsto standard di personale.

Comunità socio educativa riabilitativa (Legge 20/2002 e seguenti)

Non definita tariffa. (la Regione partecipa con un finanziamento su un costo retta di 115 euro)
Definiti criteri di compartecipazione (con specifico atto). Intervento diretto regione al 50% su 115 euro. Ripartizione sanità sociale quota rimanente al 50%. Indicazione fabbisogno: (L.G. PdZ 1 ogni 40.50.000 abitanti; circa 350; DGR 1168/2006: circa 250 posti), Piano sociale 2008-10: 1 ogni 50.000 abitanti (circa 300). Confermate nelle ultime dgr. Posti su capacità recettiva prevista o su dimensionamento delle Comunità?

Residenza protetta (Legge 20/2002 e seguenti).
Non definita tariffa. Non definiti criteri di compartecipazione. Definito fabbisogno? (Psr 2003-06, parla di 280 posti). Piano sociale 2008-10 ne blocca l'attivazione, diversa la prassi.

www.grusol.it
ottobre 2015

Prima. Residenze disabili legge 20/2000

RSA disabili. Definita tariffa (120,57 euro/2014). Definito fabbisogno (DGR 1789-2009): 250. Standard: 140 minuti/giorno. Posti attivi 266 quasi tutti all'interno delle strutture ex art. 26-833 (non definita capacità recettiva struttura).

RSA disabili gravi. In via di attivazione. Previsione tariffa 154 euro; standard 174 min/die, rap. Op/utenti 0,7/1

Residenza sanitaria riabilitativa estensiva (RSR). Definita tariffa (167 euro/2014). Definito fabbisogno (DGR 1789-2009): 492 posti. Standard: 140 minuti/giorno. Posti attivi 312 la gran parte all'interno delle strutture ex art. 26-833 (non definita capacità recettiva struttura).

www.grusol.it
ottobre 2015

Prima. Residenza protetta

E' destinata a persone, in condizioni di disabilità **con gravi deficit psico-fisici, che richiedono un elevato grado di assistenza con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo con elevato livello di integrazione socio-sanitaria.**

E' dimensionata, di norma, **per l'accoglienza di 18 ospiti articolati in due nuclei e di 2 posti per la pronta accoglienza o accoglienza programmata.**

Personale. "Le unità di personale di assistenza diretta agli ospiti sono determinate in funzione di **90 minuti di assistenza educativa e di 140/170 minuti complessivi di assistenza socio-sanitaria e infermieristica pro die** pro capite, in relazione alla tipologia di utenza ed all'organizzazione delle attività, con presenza nelle 24 ore dell'operatore socio-sanitario e pronta disponibilità infermieristica nelle fasce orarie in cui non sia presente l'infermiere".

www.grusol.it
ottobre 2015

Prima. Comunità socio educativa riabilitativa (Coser)

E' una struttura residenziale a carattere comunitario rivolta a persone maggiorenni in condizioni di disabilità, **con nulla o limitata autonomia e non richiedenti interventi sanitari continuativi**, temporaneamente o permanentemente prive del sostegno familiare o per le quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale. **Prevede un massimo di 10 utenti compreso un posto per la pronta accoglienza.**

Personale. **Il personale educativo**, in rapporto alla tipologia dell'utenza ed all'organizzazione delle attività, è in misura mediamente non inferiore a 1,2 nelle ore più significative della giornata. **Il personale socio-sanitario** è in misura adeguata ad assicurare le funzioni tutelari di supporto al personale educativo: è comunque assicurata la presenza di un operatore nelle ore più significative della giornata (Reg. 3-06)

www.grusol.it
ottobre 2015

Prima. Centro diurno socio educativo riabilitativo (Cser)

Tipologia di utenza. disabili con notevole compromissione delle autonomie funzionali, soggetti con grave deficit psicofisico.

La capacità ricettiva è di norma pari ad un massimo di 18 presenze giornaliere. La presenza di soggetti con maggiori livelli di autonomia consente l'innalzamento della capacità ricettiva, compatibilmente con le risorse strutturali e organizzative, a massimo 25 presenze giornaliere.

Il personale educativo, in rapporto alla tipologia dell'utenza, ai progetti personalizzati ed all'organizzazione delle attività, **è di norma, non inferiore a 1,2 nelle ore più significative della giornata ed almeno per il 50% dell'orario di funzionamento del servizio.**

Il personale socio-sanitario è in misura adeguata ad assicurare le funzioni tutelari e di supporto al personale educativo: **è comunque presente almeno un operatore nelle ore più significative della giornata.**

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo le delibere (RD1)

- Residenza sanitaria riabilitativa intensiva
- Residenza sanitaria riabilitativa estensiva
- Rsa disabili gravi
- Unità speciali (pluriminorati, gravi Insuf. Respiratorie, comi persistenti, pediatrica)

Tutte a completo carico sanitario: standard, quello già definito

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo le delibere

- Residenza sanitaria riabilitativa intensiva (rd1.1)
Degenza max 120 giorni, conferma indicazione accordi centri riabilitazione (tariffa e standard), 100% sanità.
- Residenza sanitaria riabilitativa estensiva (rd1.2)
Degenza max 240 giorni, conferma indicazione accordi centri riabilitazione (tariffa e standard), 100% sanità. Su valutazione UVI ricovero può essere prorogato oltre (fino a ulteriori 120 giorni).
Se dopo tale periodo, senza indicazione prolungamento degenza UVI, non c'è posto in strutture di mantenimento, soggetto a compartecipazione

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo la delibera

Rsa disabili gravi (rd1.3)

Tariffe e standard come definite da accordi con centri di riabilitazione, oneri a completo carico sanitario, degenza anche permanente
Fabbisogno non definito: per un massimo del 15% dei posti previsti vi afferiranno le RSA disabili (Rd1.3)

Unità speciali (rd1.4)

Tariffe e standard come definite da accordi con centri di riabilitazione, oneri a completo carico sanitario, degenza anche permanente.
Fabbisogno non definito

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331

Tariffe confermate

Riab. Intensiva: 271,39€

Riab. Estensiva: 167,39€

Resid. protratta: 154€

Unità speciali (plurisensoriali e responsività minimale): 292,94

Fabbisogno

Riab. Intensiva (rd1.1): **163** (prec.153)

Riab. Estensiva e Resid protratta (rd1.2 e 1.3): **322** (prec. Rsr est: 312)

Unità speciali (plurisensoriali e unità pluriminorati sensoriali e pediatrica): **199** (prec. 154)

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo. Residenze disabili gravi (RD3)

- Rsa disabili accoglienza, ex 20/00 (rd3.1)
Mantenimento standard (senza definizione figure professionali) e tariffa come da accordi con Centri di riabilitazione.
Compartecipazione: da 100% sanità a 70/30. Fabbisogno, da definire
- Residenze protette, ex 20/02 (rd3.2)
Mantenimento standard legge 20/02, tariffa definita da ASUR (ipotesi 121) Compartecipazione: 70/30. Fabbisogno, da definire
Per un massimo 25% dei posti previsti dal fabbisogno afferirà a questo livello le Coser (classificate come rd4) prevedendo lo standard delle RP

Le indicazioni dei LEA

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331

- RSA, RP e Coser: Residenze disabili gravi (RD3)
- Tariffa: 120,87 euro. Ripartizione costo, sanità/sociale: 70/30

Dgr 1331: Coser e RP dovranno riconvertirsi in RSA. Entro 30.9.15, piano di adeguamento per "afferire a livello assistenziale e tariffario rd3". Conversione entro 31.12.17. Fino a quel periodo valgono standard e tariffe attuali. Dal 1.1.'18, tariffa RSA disabili. Senza piano di riconversione sospensione autorizzazione.

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo. Residenze disabili senza sostegno familiare (RD4)

Tariffa, definita da ASUR (ipotesi 70 €),
Standard, 120 minuti (60 Oss e 60 educatore).
Ripartizione costo: 40/60 (per “autismo severo”
quota aggiuntiva regionale di 15,000 euro anno, ex
dgr 23/2013).

Le indicazioni dei LEA: disabili gravi e non gravi

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 e modifiche legge 20/02

- **Tariffa**, 68 €. **Ripartizione costo sanità/ sociale**: 40/60 (27,20/40,80)
 - **Standard**, 100 minuti (70 Oss e 30 educatore).
 - **Capacità recettiva**: 10 (invece di 6)
 - **Posti attivi**: 28. **Fabbisogno**: 27 (contrattualizzabili)
- “La struttura, in base alla valutazione effettuata dall'UMEA, garantisce il collegamento funzionale con almeno un centro socio educativo-riabilitativo diurno per disabili frequentabile da almeno due terzi dell'utenza ospitata e tale da rendere minimale la permanenza nella struttura durante l'arco dell'intera giornata (...)
Garantisce il servizio trasporto”.

www.grusol.it
ottobre 2015

Residenze disabili per minori (Rd2)

Precedentemente non definite. Durata degenza: di norma 6 mesi; situazioni complesse fino a 24 mesi. Disturbi comportamentali e patologie neuropsichiatriche

Livello terapeutico riabilitativo. Medico, 10 m; psicologo, 60m, educatore 80 m; IP, 50 m; Oss, 40m. 240m/giorno. 100%sanità

Livello socio educativo riabilitativo. Medico, 4 m; psicologo, 8m, educatore 140m.; 152m/giorno. 100%sanità (livello configurabile come supporto per le comunità con minori, riconoscimento 70m costo educatore, e 8 psicologo)

Tariffa, definizione ASUR (ipotesi 147,rd2.1)

Fabbisogno: da definire

COSA dicono i LEA

www.grusol.it
ottobre 2015

Diurno per minori (SR Dis)

Di nuova istituzione: per minori adolescenti con quadri psicopatologici

Standard: Medico, 10 m; psicologo, 10m, educatore 120 m; IP, 10 m;. 150m/giorno. 100%sanità

Fabbisogno. Da definire

Tariffa, definizione ASUR (ipotesi 91,30)

Cosa dicono i LEA

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331

- Standard. Non apportate modifiche
- Tariffa. Residenziale: 190 e 95. Diurno 89 euro.
- Posti: Attivi 20 (ex modulo speciale adolescenti).
- Fabbisogno: Non prevista attivazione dei posti.

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo. Centri diurni (legge 20/00 e 20/02)

Rivolto a disabili gravi. Due tipologie

a) Prestazioni terapeutico e socioriabilitativo (SRdis1.1)

Standard: 100 minuti (Oss, 15; FKT, 20, educatori, 65); **tariffa:** determinata Asur (ipotesi 60), **Ripartizione:** 70/30. **Fabbisogno:** da definire.

b) Prestazioni a prevalente contenuto socioriabilitativo (SRdis1.2)

Standard: non definito, determinata su valutazione multidimensionale tariffa: **Non viene stabilita, l'ASUR mette a disposizione personale o rimborsa per: 10 min Oss, 30 m, Fkt/educatore (circa 15 euro giorno). Non ripartizione percentuale tra sanità e sociale; Fabbisogno:** da definire. **In questa tipologia di Centri afferiscono i Cser della legge 20/02** (tetto massimo 18 per Centro)

www.grusol.it
ottobre 2015

Centri diurni (legge 20/00 e 20/02)

I Centri diurni della legge 20/2000: Non vengono disciplinati (unica tipologia di servizi non presi in considerazione dalla delibera).

Cosa dicono i LEA rispetto ai Centri diurni per disabili gravi?

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 e modifiche legge 20/02

- Due tipologie di CD (ex CSER). Modifica legge 20/2002.

"Il Centro socio-educativo-riabilitativo diurno (CSER) si articola su due livelli a diversa intensità assistenziale per **una capacità massima ricettiva di 25 utenti**, rivolgendosi a soggetti in condizione di disabilità differenziata tale da prevedere modelli organizzativi diversi:

- il **CSER a valenza socio-assistenziale**, che ospita soggetti con una moderata compromissione delle autonomie funzionali, i quali hanno adempiuto all'obbligo scolastico e per i quali è prevedibile anche un percorso lavorativo o formativo, con capacità massima di 15 utenti;
- il **CSER a valenza socio-sanitaria**, che ospita soggetti con una notevole compromissione delle autonomie funzionali, i quali hanno adempiuto all'obbligo scolastico e per i quali non è prevedibile nel breve periodo un percorso lavorativo o formativo, con capacità massima di 10 utenti".

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 e modifiche legge 20/02

Standard

- Per il CSER a **valenza socio-sanitaria**

110 minuti: Attività educativa per 105 m.;

Oss: 5 m.

- CSER a **valenza socio-assistenziale**

70 minuti: Attività educativa per 65 m.;

Oss: 5 m.

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 e modifiche legge 20/02

Tariffe

Cser sociosanitario: 62 euro. Ripartizione
70/30 (43,40/18,60)

Cser socioassistenziale: Non definita tariffa.
Quota sanitaria forfettaria, 15,10 euro

Fabbisogno

- Attualmente presenti, **70 Cser per 1073 posti.**
- **700** Cser sociosanitari e **373** socio assistenziali.

www.grusol.it
ottobre 2015

Centri diurni l. 20/2000

Finanziamento e tariffa. Situazione attuale

Centro diurno (semiresidenziale) legge 20/2000

- A completo carico della sanità

Tariffa 2014

- Medio livello: 91,42
- Alto livello: 118,50
- Unità plurisensoriali: 137,34 (età evolutiva 145,88)

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331

- Non inserito standard assistenziale

fabbisogno: 389 posti

www.grusol.it
ottobre 2015

Sintesi attuale offerta residenziale socio
sanitaria

dati ripresi da DGR Fabbisogno

- **Coser:** 283 posti (in 33 Coser), comprensivi di 40 della Divina Provvidenza. Al 31.12.2006: 139 posti in 14 CoSER (dati Piano sociale)
- **Residenza protetta*:** 157 posti (10 comunità).
- Rsa disabili: 266 (13 strutture, media: 20)
- RSR estensive**: 312 (7 strutture: 44 media)

Totale offerta sociosanitaria: 1018 posti

** Alcune residenze non accolgono disabili ma persone con disturbi psichici

** Struttura in via di trasformazione: i permanenti transitano nella estensività protratta

www.grusol.it
ottobre 2015

Centri diurni: offerta complessiva
attuale

- Centri diurni (legge 20/2000).
389 in 20 strutture **media di circa 20 per Centro**
- Centri diurni (legge 20/2002)
1073 in 70 strutture, **media di circa 15 per Centro**

Totale attivi: 1462 posti in 90 servizi

www.grusol.it
ottobre 2015

Riabilitazione Extraospedaliera.
Riabilitazione intensiva e Unità speciali (tariffa 2014 e ipotesi
fabbisogno)

- RSR intensive. Posti presenti: 153 (5 strutture); Posti previsti: 163
Standard e tariffa: 271 euro, 180 minuti assistenza (Rapp. Op/ut 1-1; riab 0,3-1)
Dove: S. stefano (P.P. Picena, Villa Adria, Macerata F.) Bignamini

**Unità speciali residenziali: presenti 154
fabbisogno: 199 posti (+45)**

- **Unità pluriminorati sensitivi**
Standard e tariffa: 292 euro, (Rapp. Op/ut 1,5-1), Dove: Lega del Filo D'Oro
- **Unità coma permanente,**
Standard e tariffa: 292 euro, (Rapp. Op/ut 1.5-1)
Dove: S. Stefano
- **Unità gravi insufficienze respiratorie**
Standard e tariffa: 292 euro,
Dove: S. Stefano (P.P. Picena, Villa Adria, Macerata F.)
- **Unità speciale intensiva pediatrica**
Standard e tariffa: 292 euro,
Dove: Bignamini/Don Gnocchi (Falconara Marittima .)

www.grusol.it
ottobre 2015

Salute mentale: *Prima*

Servizi psichiatrici diagnosi e cura ospedaliera (SPDC) e Strutture residenziali terapeutiche (SRT): complessivamente un posto letto ogni 10.000 abitanti

- Centri Diurni (CD): almeno uno per ogni DSM

Residenzialità

- Strutture residenziali terapeutiche (SRT)
- Strutture Riabilitative Residenziali (SRR)
- Comunità Protette (CP)

Obiettivo tendenziale: una struttura per ogni tipologia, per ogni DSM. Posti letto: tre ogni 10.000 abitanti.

- Le ZT possono attivare residenze e SPDC con i limiti di 20 e 16 p.l. e non più di due moduli continui e autonomi

Gli inserimenti presso Case riposo, comunità protette (dgr 2569/1997)

www.grusol.it
ottobre 2015

Struttura residenziale terapeutica (Srt)

Utenza. Malati in post acuzie; specifiche attività terapeutico riabilitative. Assistenza in fase di stabilizzazione di malattia o in dimissione dal SPDC

Capacità recettiva. Non più di 20 posti

A completo carico del fondo sanitario

Invio da parte del DSM di residenza assistito

Posti attivi: 83 (in 5 strutture) - Fabbisogno (dgr 1789/09) 40 (+15)!
Presenti anche 10 posti di RST minori - Fabbisogno (dgr 1789/09) 20

www.grusol.it
ottobre 2015

Struttura riabilitativa residenziale (SRR)

Utenza. Strutture terapeutico-riabilitative per persone clinicamente stabilizzate per le quali si ravvisa la necessità di un ambito residenziale tutelato e per cui sia possibile individuare un obiettivo di miglioramento nell'ambito del trattamento riabilitativo.

Capacità recettiva. Non più di 20 posti per modulo (debbono funzionare come modulo "familiare" o "comunitario" con presenza costante di operatori esperti nelle tecniche di riabilitazione, con i quali il paziente potrà costruire rapporti continuativi nel tempo)

A completo carico del fondo sanitario

Permanenza media 12 mesi - max 3 anni

Posti attivi: 239 (18 strutture) - Fabbisogno (dgr 1789/09) 282

www.grusol.it
ottobre 2015

Centro diurno

Struttura con funzioni terapeutico-riabilitative. *L'orario di apertura è determinato con atto del DSM su base annuale secondo la domanda di prestazioni presente nel territorio. Come linea di indirizzo rimane una apertura di otto ore al giorno su sei giorni alla settimana*

Non indicata capacità recettiva. Uno per DSM

A completo carico del fondo sanitario

Posti attivi: 344 in 24 strutture

Non viene definito il fabbisogno (circa 2 posti ogni 10.000 abitanti)

www.grusol.it
ottobre 2015

Comunità protetta

Destinata ad utenti

- i cui programmi assistenziali a carattere più specificatamente terapeutico, si siano rivelati insufficienti a causa delle ridotte potenzialità evolutive delle loro condizioni;
- Deterioramento del nucleo familiare
- uno stato di malattia psichiatrica prevalente (su eventuali altre patologie), perdurante e stabilizzato, tale da richiedere un trattamento continuo

- In tali strutture sono stati ricoverati in via prioritaria gli ospiti degli ex Ospedali Psichiatrici

- Massimo 20 posti per modulo

- Sono previste forme di partecipazione alla spesa a carico degli ospiti in applicazione del D.P.C.M. 14.02. 2001 in materia di prestazioni socio-sanitarie

Posti attivi: 301 in 15 strutture – Fabbisogno dgr 1789/09 322

www.grusol.it
ottobre 2015

Gruppo Appartamento

- I Gruppi appartamento sono strutture destinate ad un numero massimo di 6 utenti con caratteristiche di autosufficienza e residuo minimo di bisogno assistenziale. I relativi posti letto non rientrano in uno standard predefinito regionale

- Un G.A. per DSM

- Il DSM assicura nei Gruppi appartamento una presenza periodica con propri operatori, in relazione alle reali necessità assistenziali sanitarie dell'utenza, pari all'assistenza domiciliare

Attivi 43 posti in 7 comunità

www.grusol.it
ottobre 2015

Le comunità alloggio della legge 20/2002

I destinatari del servizio sono persone con disturbi mentali, con un alto livello di autosufficienza ed un residuo minimo di bisogno assistenziale sanitario

La Comunità Alloggio offre alla persona con disturbi mentali una abitazione adeguata e confortevole e fornisce ospitalità ed assistenza creando le condizioni per una vita comunitaria parzialmente autogestita, collegati con un servizio di assistenza di carattere domestico, se necessario, e con i servizi territoriali del DSM

Capacità recettiva: massimo 6 posti

Attivi 102 posti in 18 comunità

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo le delibere

Prestazioni terapeutiche riabilitative (RP1)

- **Livello intensivo** (RP 1.1)

Riconducibile **ex SRT**, anche post acuzie, durata max degenza 18 mesi
Standard: 210 m (+ 10 medico). Oneri sanità 100%. Tariffa da determinare ASUR (ipotesi 147). **Fabbisogno** da definire

- **Livello estensivo** (RP 1.2): a) su 24 h (RP 1.2.1); b) su 12h (RP 1.2.2)

Riconducibile **ex SRR**. Oneri sanità 100%. Tariffa da determinare ASUR.

Fabbisogno da definire

su 24h: Standard: 170 m (+ 6 medico), durata max degenza 36 mesi (prorogabile), Tariffa, Asur (ipotesi 120).

su 12h: Standard: 140 m (+ 6 medico), IP, h 24, durata max degenza 36 mesi (prorogabile). Tariffa, Asur (ipotesi 103). **Riconducibili ricoveri in RSA disposti DSM**

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo le delibere

Prestazioni socio riabilitative (RP2)

- **personale su 24 h** (riconducibile Comunità Protetta)

Standard: 118 m. Oneri: 70/30%. Tariffa da determinare ASUR (ipotesi 84). **Fabbisogno** da definire. **Riconducibili** ricovero in RP o CR disposto da DSM

- **personale su 12 h** (riconducibile Comunità Protetta)

Standard: 60 m. Oneri: 40/60%. Tariffa da determinare ASUR (ipotesi 53). **Fabbisogno** da definire. **Riconducibili** ricovero in RP o CR disposto da DSM

- **personale su fasce orarie** (riconducibile Gruppo Appartamento)

Standard: 14 ore settimanali. Oneri: 40/60%. Tariffa da determinare ASUR (ipotesi 22 euro). **Fabbisogno** da definire

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo le delibere

Centro diurno: Standard: 85 m. Oneri: 100%, sanità. Tariffa da determinare ASUR (ipotesi 60). **Fabbisogno** da definire

Coesistenza di due o più unità erogatrici (più moduli da 20) anche di aree diverse (anziani disabili)

Le indicazioni dei LEA

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo le delibere

- In sintesi: 6 tipologie di strutture residenziali

Livello intensivo: 1 (ex SRT)

Livello estensivo: 2 (ex SRR)

Livello socioriabilitativo: 3 (ex CP e GA)

Nella seconda e terza tipologia riconducibilità ad inserimenti presso: RSA, RP, CR. Riferimento: **DGR 2569-1997**

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 - tipologie

- **Terapeutico Riabilitativo a carattere Intensivo SRP1**
Struttura Residenziale Terapeutica (SRT)
- **Terapeutico Riabilitativo a carattere Estensivo SRP2.1**
Struttura Riabilitativa Residenziale (SRR)
- **Terapeutico Riabilitativo a carattere Estensivo SRP2.2**
Struttura Riabilitativa Residenziale (SRR)
- **Socioriabilitativo SRP3.1.1**
Comunità Protetta H24
- **Socioriabilitativo SRP3.1.2**
Comunità Protetta H24
- **Socioriabilitativo SRP3.2**
Comunità Protetta H12
- **Socioriabilitativo SRP3.3**
Gruppo Appartamento
- **Semiresidenziale SSRP**
Centro Diurno

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 - Intensivo Srp1- SRT

- Standard: come dgr1011
- Tariffa: 170 euro
- Fabbisogno (contrattualizzabili): 153 (+70)

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 - Estensivo Srp2- Srr

2 Tipologie

1) Srp2.1
Standard: come dgr1011 personale non medico (170 m.). Medico 10 m (+ 4)
Tariffa: 140 euro
Fabbisogno (contrattualizzabili): 132

2) Srp2.2
Standard: dgr1011: aumento 10 m. personale educativo (60): Tot. personale non medico (150 m.). Medico 10 m (+ 4)
Tariffa: 128 euro
Fabbisogno (contrattualizzabili): 88

Totale fabbisogno: 220 (precedentemente attivi SRR, 239)

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 – 1 Socioriabilitativo (Srp3 - CP)

4 Tipologie

1) Srp3.1.1 (CP 24 h)
Standard: Aumento minutaggio (da 118 a 128 m.)
Tariffa: 115 euro. 64,4 sanità (70%); 27,6 utente/comune (30%)
Fabbisogno (contrattualizzabili): 193

2) Srp3.1.2 (CP 24 h)
Standard: Non prevista con dgr1011: 113 m. + Medico/psicologo 8 m
Tariffa: 92 euro: 80,5 sanità (70%); 34,5 utente/comune (30%)
Fabbisogno (contrattualizzabili): 193

Totale fabbisogno h 24: 386 (193 + 193). Ora attivi RP: 301

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 – 2 Socioriabilitativo (Srp3 - CP)

1) Srp3.2 (CP 12 h)
Standard: come dgr 1011
Tariffa: 55 euro. 22,00 sanità (40%); 33,00 utente/comune (60%)
Ipotesi Fabbisogno (contrattualizzabili): 20

fabbisogno h 12: 20

2) Srp3.3 (Gruppo appartamento)
Standard: Come dgr1011
Tariffa: 27 euro: 10,80 sanità (40%); 16,20 utente/comune (30%)
IFabbisogno (contrattualizzabili): **138 con CADM**

Fabbisogno: 138 (insieme a CADM). Totale precedente: 145

www.grusol.it
ottobre 2015

Dopo dgr 1331 – Semiresidenziale (SSRP)

Standard: come dgr 1011
Tariffa: 56 euro. 22,00 sanità (100%);
Fabbisogno (contrattualizzabili): 344
Coincidenza posti attivi e contrattualizzabili

www.grusol.it
ottobre 2015

DGR 1331

AREA SALUTE MENTALE

Si concorda che per i moduli assistenziali per pazienti psichiatrici storicamente attivati in strutture residenziali sanitarie e socioassistenziali in virtù della **DGR n. 2569 del 13/10/1997** e del punto 7.4 del manuale dei Requisiti di Autorizzazione di cui alla L.R. n. 20/2000, venga attivato un nuovo percorso di autorizzazione ed accreditamento, da concludersi entro il **31/12/2016**, finalizzato alla conversione definitiva di tali moduli per assistenza psichiatrica. Il relativo livello di intensità assistenziale (**SRP1-SRP2-SRP3**) sarà individuato sulla base del livello di gravità clinica dei pazienti inseriti attraverso la valutazione dei DSM che hanno in carico tali pazienti.

www.grusol.it
ottobre 2015

DGR 1331

NORMA GENERALE SULLA RESIDENZIALITÀ PER LE PICCOLE STRUTTURE

In ragione del principio contenuto nella nota prot. N. 253646 del 09/04/2014, gli standard di cui alla tabella 1 devono essere intesi come minimi, al fine di garantire un livello di uniformità regionale. Nel caso di piccole strutture residenziali che, con tali standard, non riuscirebbero a garantire la chiusura dei turni in H24, l'ASUR potrà incrementare gli standard stessi fino al livello strettamente necessario per consentire la chiusura dei turni, riconoscendo il corrispettivo economico aggiuntivo sulla tariffa giornaliera.

www.grusol.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

Cure domiciliari

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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 di cui all'allegato 2
- monitora l'evoluzione dell'intervento e stabilisce eventuali variazioni del progetto specifico approntato per il soggetto con verifiche e controlli del PAI.

www.grusol.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

L'unità di valutazione integrata

Organizzazione

L'UVI è una delle articolazioni dell'U.O. SeS. Il Responsabile dell'UVI è nominato dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore d'Ambito "responsabile", al quale, di concerto con gli eventuali colleghi nel caso di non coincidenza con il Distretto Sanitario, spetta l'individuazione degli operatori sociali provenienti dall'Ambito Territoriale Sociale e dai Comuni.

L'UVI è costituita da un nucleo fisso e da un nucleo variabile composto da professionalità specialistiche in funzione delle caratteristiche dell'utente e delle specifiche competenze richieste dalla problematica, nonché dal care giver di riferimento.

www.grusol.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

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.it
ottobre 2015

Per approfondire

- Gruppo Solidarietà (2015), **Dove sono i forti, dove i deboli**. I servizi socio sanitari nelle Marche, prefazione di Giacomo Panizza.
- Gruppo Solidarietà (2013), **Trasparenza e diritti**. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche, prefazione di Tiziano Vecchiato
- Gruppo Solidarietà (2011), **La programmazione perduta**. I servizi sociosanitari nella regione Marche, prefazione di Nerina Dirindin
- Gruppo Solidarietà (2010), **I dimenticati**. Politiche e servizi per i soggetti deboli nelle Marche, prefazione di Giovanni Nervo
- Gruppo Solidarietà (2007), **Quelli che non contano**. Soggetti deboli e politiche sociali nelle Marche, prefazione di Roberto Mancini.
in <http://www.grusol.it/pubblica.asp>

Documentazione, nel sito del Gruppo Solidarietà, www.grusol.it

- <http://www.grusol.it/vocesociale.asp>
- <http://www.grusol.it/informazioni.asp>

www.grusol.it
ottobre 2015

Appendice

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001, dpcm 29.11.2001

www.grusol.it
ottobre 2015

Le prestazioni sociosanitarie nella normativa nazionale

- **D. lgs 229/99 (art. 3 septies - integrazione sociosanitaria);**
- **Dpcm 14.2.2001**
- **Dpcm 29.11.2001 (allegato 1c)**

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
ottobre 2015

Le prestazioni sociosanitarie nella
normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001, dpcm 29.11.2001

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
ottobre 2015

Le prestazioni sociosanitarie nella
normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001, dpcm 29.11.2001

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
ottobre 2015

Le prestazioni sociosanitarie nella
normativa nazionale

D. lgs 229/99; dpcm 14.2.2001, dpcm 29.11.2001

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
ottobre 2015

Oneri delle prestazioni sociosanitarie

(nazionale)

1. Prestazioni in fase intensiva: Oneri 100% sanità.
2. Prestazioni in fase estensiva: Oneri 100% sanità, con eccezioni (centri diurni, ADI).
3. Prestazioni in fase di lungoassistenza: Prevista compartecipazione alla spesa di utenti/comune.

www.grusol.it
ottobre 2015

Anziani non autosufficienti

- 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
ottobre 2015

Disabili

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

www.grusol.it
ottobre 2015

Salute mentale

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

40% nelle strutture residenziali a *bassa intensità assistenziale*

Cosa connota la bassa intensità assistenziale?

www.grusol.it
ottobre 2015

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 assistenza tutelare

www.grusol.it
ottobre 2015
