

**Sviluppo di un percorso di revisione e
riqualificazione del processo assistenziale per le
persone anziane non autosufficienti**

P r e m e s s a

A z i o n i p r e v i s t e

Azioni per settore di intervento

1. Ricerche sui bisogni assistenziali della persona anziana.....4

2. Ridefinizione del processo assistenziale 5

2.1 L'accesso ai servizi

2.2 Il momento valutativo

2.3 L'attivazione della risposta assistenziale.....10

2.4 Le dimissioni ospedaliere "difficili" e le cure intermedie.....11

2.5 La riqualificazione delle Unità valutative

2.6 L'apporto dei Medici di medicina generale.....12

2.7 Il ruolo della geriatria

3. Interventi mirati sul sistema dei servizi

3.1 Assistenza domiciliare

3.2 Servizi semiresidenziali

3.3 Servizi di residenzialità

4. Forme di assistenza integrative alla fruizione diretta dei servizi.....16

5. Revisione delle norme sul sistema autorizzativo e di accreditamento.....17

Allegato 1.A) Linee guida per la sperimentazione di un modello organizzativo

t e r r i t o r i a l e d i A D I

Allegato 1.B) Strutture residenziali –Indicazioni e parametri per l'articolazione

" m o d u l a r e " d e i s e r v i z i

Premessa

Il PSR 2002/2004, a fronte di una consapevole presa d'atto della crescente incidenza della fascia di popolazione anziana e della conseguente necessità d'ulteriore attenzione ai problemi di salute che la riguardano, ha definito nel **capitolo 5.3.1** un'azione mirata allo sviluppo e alla razionalizzazione dell'offerta di servizi, avviando un processo di analisi sui bisogni assistenziali, di ridefinizione dell'assetto complessivo della rete di servizi e di conseguente valutazione delle risorse necessarie.

Nell'ambito del Progetto obiettivo definito dal PSR nel capitolo 5.3.1 soprarichiamato si evidenzia in particolare l'impegno a:

- lavorare sulla prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti degli "anziani fragili";
- garantire nel modo più appropriato la cura della persona anziana in qualsiasi grado di intensità di malattia o di cronicità essa si trovi;
- assicurare la continuità di assistenza tra ospedale e territorio;
- diversificare e personalizzare l'offerta di servizi e di interventi integrati, con il concorso di competenze e risorse sociali e sanitarie.

Obiettivo specifico è un'azione complessiva di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi da effettuarsi all'interno della nuova disciplina delle aree dell'integrazione socio sanitaria.

La tutela della salute degli anziani rientra tra le aree esplicitamente prese in considerazione dal DPCM 14 febbraio 2001 e il **PSR 2002/2004**, nell'apposito **capitolo 3.2.4 "L'integrazione socio sanitaria"** nell'**allegato n.3 "I livelli di assistenza socio sanitaria"**, definisce, con riferimento al contesto normativo nazionale, i principi e i criteri che devono orientare i servizi, attraverso una corresponsabilizzazione delle componenti coinvolte e una finalizzazione condivisa di risorse sanitarie e sociali.

Nel conseguente lavoro di ripensamento che dovrà essere effettuato sull'assetto dei servizi, è utile in particolare tener presente che l'attuazione dei livelli di assistenza socio sanitaria previsti dal PSR avviene all'interno di un sistema che, nell'organizzazione degli interventi, ha come elementi fondanti:

- l'azione di valutazione multidimensionale;
- la definizione del piano individuale di assistenza;
- l'apporto di risorse sanitarie e sociali, proporzionalmente articolato in base alla "fase" del percorso assistenziale;
- l'accesso ai servizi secondo il criterio dell'universalità, ma anche il possibile concorso alla spesa di parte sociale da parte dell'utente sulla base di indicatori sulla situazione economica.

Il PSR prevede una specifica **azione di concertazione tra i soggetti coinvolti** per riformulare, alla luce dei principi soprarichiamati, le indicazioni inerenti la gestione dei percorsi assistenziali e il concorso di competenze e risorse sanitarie e sociali e per sviluppare un'azione strategica complessiva unitaria, che consenta sia di fornire le risposte di assistenza necessarie, sia di intervenire, in una visione positiva dell'età anziana, sulla prevenzione e sul sostegno all'"anziano fragile", in modo da prevenire o ritardare la non autosufficienza.

Azioni previste

Elementi bersaglio - Premesso quanto sopra, sulla base del lavoro d'analisi avviato a livello regionale attraverso la collaborazione tra il Dipartimento del diritto alla salute e l' Agenzia Sanitaria Regionale, **gli elementi critici** che particolarmente emergono e che dovranno essere **oggetto di azioni mirate**, sono:

- la previsione di una popolazione anziana con problemi di disabilità in crescita;
- l'individuazione di situazioni caratterizzate da un'alta complessità di problemi sanitari;
- la rilevazione di tipologie di bisogni differenziati, caratterizzati da esigenze di natura più o meno sanitaria o sociale;
- l'esigenza di ridefinire l'assetto complessivo della rete di servizi, con particolare attenzione alle forme di residenzialità, in modo da fornire risposte adeguate secondo i criteri dell'appropriatezza.

Iniziative regionali - Ne discende pertanto la necessità di operare su più fronti. Le azioni attivate a livello regionale sono orientate ai seguenti aspetti:

1. sviluppo del lavoro di ricerca sui bisogni assistenziali della persona anziana in un'ampia parte del territorio toscano, per la costruzione di un quadro epidemiologico approfondito che consenta un orientamento ragionato alla programmazione regionale;

2. ridefinizione del processo assistenziale e delle sue caratteristiche fondamentali, con orientamento a:

- confermare e potenziare il ruolo della Zona/Distretto e della sua funzione di "governo" del sistema complessivo dei servizi e dei percorsi assistenziali;
- confermare il ruolo centrale del medico di medicina generale quale garante della risposta al bisogno di salute del cittadino-utente e della conduzione clinica dei percorsi assistenziali;
- confermare e definire il ruolo e l'apporto degli specialisti;
- ridefinire le modalità d'accesso ai servizi, secondo il criterio dell'accesso unificato;
- riqualificare il momento valutativo multidimensionale, quale elemento fondante il percorso assistenziale e l'integrazione degli interventi sanitari e sociali, orientandolo più fortemente alla definizione del piano d'intervento individuale e alla verifica periodica degli esiti, secondo modalità idonee a garantire la tempestività dell'intervento d'assistenza previsto;
- aggiornare gli strumenti valutativi, anche con riferimento alle innovazioni introdotte a livello internazionale e, in particolare, ai lavori promossi dall'OMS, attraverso la realizzazione di studi di confronto con il sistema valutativo attuale definito dalla Del.n. 214/91, utilizzando appositi progetti già in corso;
- promuovere l'utilizzo degli strumenti dell'integrazione socio sanitaria, dal livello programmatico a quello operativo, per agevolare il raccordo tra il momento valutativo, identificativo del bisogno, e la messa a disposizione della risposta assistenziale necessaria;

3. interventi mirati sul sistema dei servizi, tesi a sviluppare una circolarità e una integrazione di funzioni tra le singole tipologie di risposte assistenziali, per una riorganizzazione orientata a:

3.1 potenziare l'assistenza domiciliare integrata (AD), con definizione degli interventi, delle modalità organizzative del servizio e delle sue articolazioni in forme d'intensità assistenziale diversificata;

3.2 riqualificare i servizi semiresidenziali, con sviluppo dei Centri diurni orientati a gestire situazioni che richiedono elevata intensità assistenziale (es. Alzheimer) con soluzioni assistenziali di durata predeterminata e di breve periodo;

3.3 riorganizzare i servizi di residenzialità, con un aggiornamento della deliberazione del Consiglio regionale toscano n.311/98 orientato a sviluppare "modularità" differenziate per tipologia di bisogni assistenziali, nell'ottica di garantire anche nella stessa struttura la coesistenza di più tipologie assistenziali e la possibilità di passaggio da una tipologia assistenziale ad un'altra in relazione a mutate esigenze sanitarie ed assistenziali;

4. introdurre e sviluppare forme d'assistenza integrative alla fruizione diretta dei servizi, in raccordo con le azioni dei Comuni, per promuovere il più possibile il mantenimento dell'anziano nel suo contesto di vita e per un'azione di sostegno e di valorizzazione della famiglia come luogo di cura;

5. ridefinizione delle norme sul sistema autorizzativo e d'accreditamento dei servizi e sui relativi criteri.

Azioni per settore di intervento

1. Ricerche sui bisogni assistenziali della persona anziana

Attualmente è in corso un lavoro di analisi dei bisogni assistenziali della popolazione anziana in Toscana mediante specifici progetti finalizzati alla costruzione di un quadro epidemiologico complessivo.

In particolare:

1.1 il Laboratorio di Epidemiologia Clinica dell'INRCA, in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica, l'Istituto di Geriatria e Gerontologia dell'Università di Firenze e l'Agenzia Sanitaria Regionale, sta conducendo una ricerca sulla popolazione anziana, che fa parte del progetto complessivo di ricerca sanitaria finalizzata "ASSI" (Assistenza Socio Sanitaria in Italia), finanziato dal Ministero della Salute.

Il braccio di ricerca assegnato alla Regione toscana s'intitola "Valutazione del bisogno di Servizi Socio-Sanitari nella popolazione anziana residente a domicilio" e si propone, in un campione di oltre 5000 soggetti, di esplorare sia lo stato dei bisogni delle persone, che il livello del soddisfacimento di questi da parte dei servizi socio-sanitari e da parte delle famiglie e dell'assistenza informale. L'obiettivo è di definire il fabbisogno assistenziale della popolazione anziana, di descrivere l'attuale scenario delle risorse coinvolte nell'assistenza, e di analizzare l'effettivo soddisfacimento dei bisogni da parte dei vari attori;

1.2 è in atto, in ambito interregionale, una ricerca, finanziata dal Ministero della Salute, della quale è titolare la Regione Toscana, che mira a definire le “Prestazioni da includere nei livelli essenziali di assistenza integrata sociosanitaria” per anziani ultra65enni colpiti da demenza o ictus.

La ricerca vede coinvolti, oltre la Regione toscana, la Fondazione Zancan, cui è affidato il coordinamento scientifico e, a livello locale, 12 unità operative, 5 delle quali regionali (Az. UUSLL di Prato, Lucca, Versilia, Firenze –Az.USL e AO- e Comune di Firenze) e 6 extraregionali (Ass. Triestina, Ass.2 Gorizia, Az. USL Bologna Sud, Az. Ulls Padova, Apss Prov. Aut. Trento, Az. Osped. Parma). Oltre a rivolgersi alle due tipologie di bisogno di cui sopra, il progetto di ricerca mira ad estendere i risultati alle altre aree di bisogno socio sanitario.

La ricerca ha avuto inizio nell’ottobre del 2001 e la sua conclusione è prevista per giugno 2004.

È in corso la sperimentazione dei criteri e delle modalità di definizione delle prestazioni e dei processi assistenziali (nell’ambito di questo studio è stato messo a punto uno strumento di valutazione dei bisogni definito “Schema polare”);

1.3 l’Agenzia Regionale Sanitaria, in collaborazione con la Direzione Generale del Diritto alla salute e con un gruppo di Aziende USL, ha attivato un progetto di ricerca sui i soggetti anziani che presentano un bisogno di assistenza post ospedaliera, riabilitativa e socio-sanitaria.

Il progetto si articola in due parti:

- a) la prima parte consiste nell’effettuare una analisi dell’attuale offerta di strutture o attività di cure intermedie, a livello zonale, aziendale e regionale, valutando le diverse modalità organizzative e funzionali ed individuando quelle più efficienti;
- b) la seconda parte del progetto è focalizzata sulla analisi comparativa dei percorsi assistenziali di gruppi di soggetti affetti da determinate patologie. Le patologie oggetto dello studio sono l’Ictus, lo Scompenso Cardiaco e la Frattura del Collo del Femore. Per ciascuna patologia, l’obiettivo di questa parte del progetto è di effettuare una valutazione economica completa, considerando sia il lato dei costi economici sia quello degli esiti sanitari.

L’Agenzia Regionale Sanitaria, le Aziende USL e i vari soggetti coinvolti metteranno a disposizione le risultanze delle ricerche in atto, ai fini dell’azione programmatica regionale e per l’emanazione di indirizzi specifici in ordine ai percorsi assistenziali oggetto delle ricerche.

2. Ridefinizione del processo assistenziale

L’obiettivo del PSR di garantire nel modo più appropriato l’assistenza alla persona anziana, assicurando la personalizzazione dell’intervento e la continuità del percorso assistenziale, non può prescindere da un’attenta riflessione sugli elementi e sulle modalità organizzative necessarie per la corretta conduzione del percorso di assistenza.

Già con la deliberazione G.R. n.214/91 erano stati messi a fuoco alcuni elementi fondamentali (funzioni del Distretto, ruolo del MMG, l’integrazione tra interventi sanitari e sociali) e, in particolare, era stato introdotto il principio del momento valutativo

multidisciplinare quale elemento indispensabile per l'orientamento e l'avvio del percorso assistenziale della persona anziana in condizione di non autosufficienza.

Nel concreto, l'applicazione del provvedimento ha dato luogo ad alcune "distorsioni", con un utilizzo talvolta finalizzato più a motivazioni accertative ai fini del pagamento della quota capitaria sanitaria che alla definizione dell'intervento assistenziale necessario alla persona.

Attualmente è indispensabile procedere ad una revisione delle modalità organizzative previste, in modo da superare quei punti di "criticità" che hanno talvolta inficiato la "ratio" stessa della deliberazione 214/91 e riportare il momento valutativo multidimensionale al suo fine soprattutto assistenziale.

Attraverso il lavoro di verifica effettuato con le Aziende sanitarie, svolto in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale, sulle modalità organizzative inerenti la "presa in carico" e la continuità assistenziale, con particolare attenzione alla continuità di assistenza ospedale/territorio, sono emersi gli elementi di forza e di debolezza del sistema, le varie soluzioni adottate per il superamento delle aree di criticità e gli aspetti omogenei e condivisi.

Dall'analisi delle esperienze presenti sul territorio, nonché dalle prime risultanze delle ricerche in corso, si possono pertanto desumere indicazioni utili per una ridefinizione degli elementi fondamentali che, pur nelle diverse caratterizzazioni delle realtà toscane e della specificità dei vari percorsi assistenziali, devono essere comunque presenti per assicurare la coerenza del processo assistenziale ai principi definiti dal PSR e l'omogeneità del "sistema di servizi" sul territorio regionale.

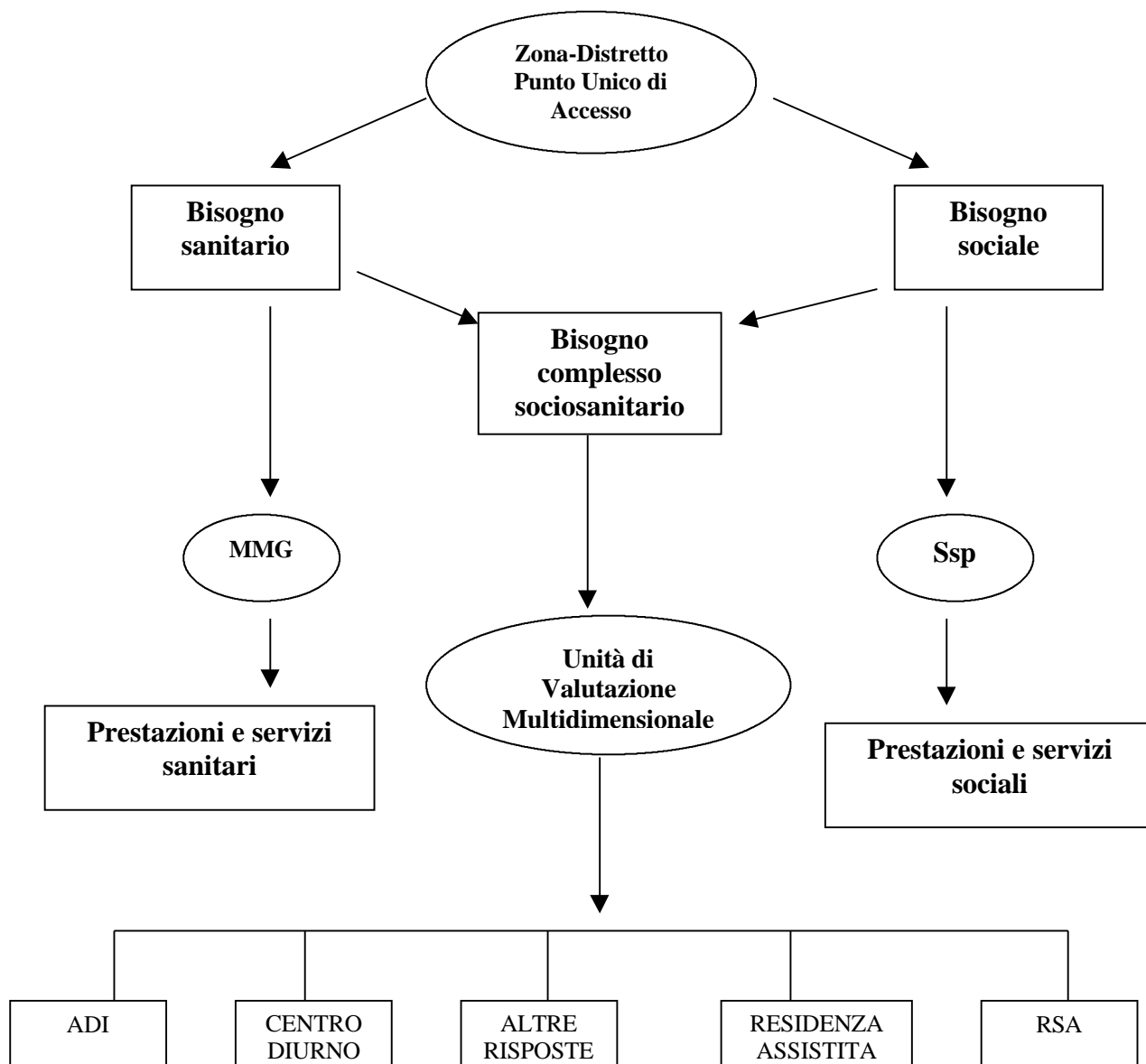
Aspetti fondamentali da affrontare. Nel lavoro di riorganizzazione si propone di orientare le modalità d'approccio all'assistenza della persona anziana non autosufficiente affrontando, come nodi cruciali, i seguenti aspetti:

- **l'accesso ai servizi;**
- **il momento valutativo multidimensionale del bisogno d'assistenza e la definizione del piano personalizzato d'intervento;**
- **l'attivazione immediata ed effettiva della risposta socio-sanitaria, come individuata;**
- **la continuità del percorso assistenziale.**

2.1 L'accesso ai servizi. Il PSR prevede che debba essere assicurato dalla zona/distretto un percorso di accesso unificato ai servizi in modo da evitare per l'utente, o chi lo rappresenta, difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate d'intervento.

Il PSR fa inoltre una distinzione tra problemi esclusivamente sanitari o esclusivamente sociali, per i quali la figura di riferimento è rispettivamente il medico di medicina generale o l'assistente sociale, e problemi inerenti bisogni complessi, quali quelli derivanti da una condizione di non autosufficienza della persona anziana che richiedono competenze professionali integrate, per i quali l'accoglienza della domanda deve essere assicurata dall'unità multiprofessionale che attua la valutazione multidimensionale della persona.

Il sistema di accesso ai servizi può essere così rappresentato:



L'Azienda USL, nel ridefinire le modalità di funzionamento del nucleo di valutazione multidimensionale deve:

- identificare il luogo fisico presso cui l'utente o chi lo rappresenta può rivolgersi per segnalare il bisogno e accedere all'unità multiprofessionale per richiedere l'intervento di assistenza;
- definire le modalità che, in determinati casi, fanno attivare automaticamente l'intervento dell'unità di valutazione multidimensionale.

Nell'organizzazione operativa per la funzionalità dell' U.V.M., occorre, infatti, tener presente delle **possibili modalità differenziate** attraverso le quali il processo viene attivato, in base alle diverse situazioni che determinano l'esigenza assistenziale.

In particolare:

- a) **presso la sede individuata del Distretto**, in tutte le situazioni in cui la persona anziana che risiede al proprio domicilio presenta condizioni di non autosufficienza o problemi complessi che richiedono un intervento di assistenza;

- b) **presso l'Ospedale** nelle situazioni in cui la persona anziana, ricoverata in ospedale per un evento acuto, necessita di una dimissione programmata al fine di garantire un adeguato percorso.

Resta fermo che il fulcro delle unità di valutazione multidimensionale è nel Distretto, a cui è affidato il governo della risposta assistenziale ai bisogni complessi.

L'esperienza di questi anni ha consentito di collaudare diffusamente percorsi e utilizzo degli strumenti di valutazione a livello distrettuale, mentre molto più difficile ed episodica è risultata l'applicazione di interventi di valutazione e di predisposizione di percorsi assistenziali partendo dal livello ospedaliero. Tale difficoltà è emersa soprattutto nelle realtà urbane, particolarmente in presenza di aziende ospedaliere, dove si sono manifestate difficoltà nell'allestire nuclei di valutazione, di attuare dimissioni programmate, di stabilire collegamenti efficaci con i servizi territoriali.

Mediante appositi protocolli per la gestione delle dimissioni programmate dovranno pertanto essere definite con chiarezza, tra le Aziende sanitarie coinvolte, le modalità di relazione tra l'ospedale e il territorio, in modo da garantire semplificazione e rapidità delle procedure di dimissione con continuità verso altre forme di assistenza se necessarie, garantendo comunque il collegamento funzionale con l'unità di valutazione multidimensionale del territorio, per una decisione condivisa sugli interventi di assistenza e per le successive valutazioni nell'evolversi del percorso assistenziale.

2.2 Il momento valutativo. La valutazione della condizione dell'utente e l'identificazione delle sue necessità, elemento fondamentale per un'appropriata conduzione del percorso assistenziale, è effettuata dall'Unità Valutativa Multidimensionale, che fa capo al Distretto. L'UVM deve garantire la capacità di valutare i bisogni in modo integrato, elaborare progetti personalizzati, assicurare la condivisione delle responsabilità da parte delle professionalità coinvolte, coinvolgere le persone e le famiglie sia nella stesura del progetto personalizzato che nella valutazione di efficacia degli interventi assistenziali attivati.

È compito quindi dell'UVM definire lo stato di salute del soggetto, la natura del bisogno di assistenza, le risorse della persona e della famiglia, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale necessario, la sua durata, le risorse finanziarie e professionali da attivare.

L'OMS individua come fondamentali tre aree di indagine per un'analisi multidimensionale dei bisogni:

funzionale-organica, cognitiva-comportamentale, socio-relazionale.

In sede di valutazione del bisogno va infatti garantita una analisi globale della condizione della persona con riferimento alle condizioni organiche, funzionali, cognitive, sociali e di contesto ambientale e relazionale. A questo fine gli strumenti individuati sono:

SETTORE	STRUMENTI DI VALUTAZIONE
Cognitivo comportamentale	Mini Mental State Examination
	Clinical Dementia Rating Scale
	Neuropsychiatric Inventory
	Cornell Depression Scale
Funzionale organico	Badl
	Iadl
	Cirs Severità

Socioambientale e
relazionale

Cirs Comorbidità
Caregiver Burden Inventory
Scala di responsabilizzazione
Indice di copertura assistenziale
Livello di protezione nello spazio di vita

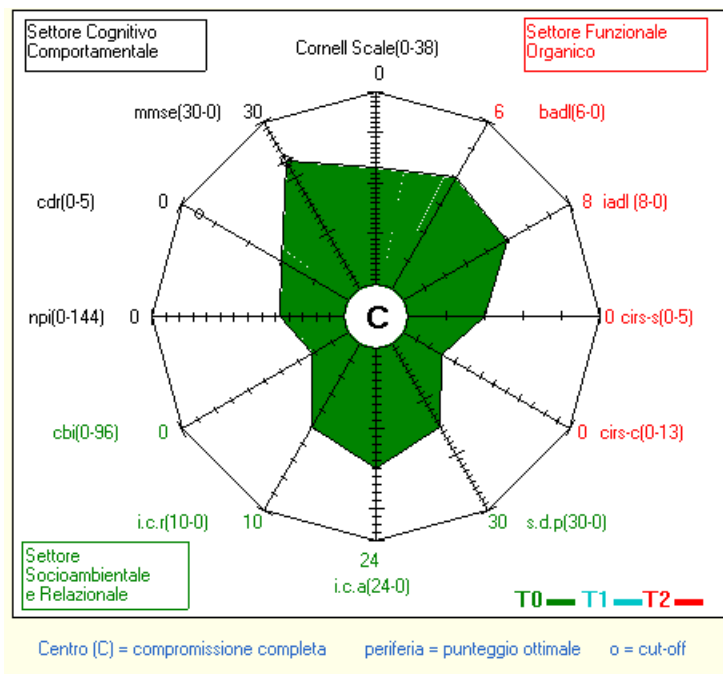
Tali strumenti soddisfano i criteri raccomandati dall' ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) e quanto previsto dall' art. 2 del Dpcm 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo sull' integrazione socio-sanitaria).

Dal progetto di ricerca di cui al punto 1.2, è emersa l' identificazione di una specifica metodica operativa, definita "Schema polare", che consente di utilizzare gli strumenti di valutazione sopraindicati con una rappresentazione grafica dei dati che si ottengono dalla valutazione multidimensionale, fornendo, attraverso una lettura visiva globale e immediata dei punteggi delle scale di valutazione utilizzate, una visione sintetica e globale della condizione di bisogno della persona nei tre assi delle funzioni cognitive e comportamentali, organiche, socioambientali e relazionali.

Operativamente lo strumento può essere facilmente utilizzato mediante un apposito applicativo informatico, che è stato elaborato nell' ambito del progetto di ricerca regionale soprarichiamato.

Lo "Schema polare" permette, nella prima fase di valutazione dei bisogni, di identificare le aree sulle quali incanalare l' intervento assistenziale e consente, nella rivalutazione periodica della situazione della persona, una agevole valutazione di efficacia degli interventi attivati, confrontando le variazioni delle scale che compongono lo schema polare in diverse unità di tempo.

Il grafico sottoriportato raffigura lo "Schema polare":



La valutazione della condizione di non autosufficienza, dell' intensità e della natura del bisogno assistenziale, deve essere finalizzata alla definizione del progetto assistenziale

individualizzato e quindi strettamente congiunta con l'individuazione della risposta assistenziale da fornire.

A tal fine è indispensabile che i soggetti componenti l'unità valutativa abbiano conoscenza delle disponibilità esistenti nella rete di servizi e la possibilità effettiva di attivarne l'utilizzo. Nel contesto attuale, il momento valutativo acquista un rilievo centrale nel processo di assistenza, in quanto è attraverso l'analisi del bisogno che avviene l'individuazione delle componenti sanitarie e sociali che lo caratterizzano, la "prescrizione" della risposta assistenziale e la sua conseguente riferibilità ad una "fase" del percorso assistenziale in relazione ai criteri sul concorso delle risorse di parte sanitaria e parte sociale definiti dal PSR.

In tal senso l'azione dell'unità valutativa è lo strumento attraverso il quale si esplica il governo dell'offerta di servizi e la gestione integrata tra i servizi sanitari e sociali che operano sul territorio.

In base all'assetto esistente (Società della salute oppure Zona/Distretto), dovranno essere previste con chiarezza le modalità attraverso le quali viene definita la disponibilità complessiva di servizi offribili e assicurato il raccordo in tempo reale tra l'operatività dell'unità valutativa e l'utilizzabilità dei servizi.

L'Azienda USL, d'intesa con i Comuni, definisce la composizione dell'UVM e le sue modalità di funzionamento, assicurando che al suo interno sia garantita la partecipazione del MMG, la presenza delle componenti professionali indispensabili (servizio sociale, servizio infermieristico) e l'apporto effettivo delle competenze specialistiche necessarie. In tale ambito particolare attenzione dovrà essere posta alla definizione del ruolo del geriatra, quale principale specialista della condizione anziana ed importante riferimento anche per il MMG nelle varie fasi del percorso assistenziale.

Nell'organizzazione del sistema di funzionamento dell'UVM dovrà essere individuato il **responsabile dei processi di cura** ("care manager"), cui è affidato il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, individuando le soluzioni concrete che meglio possono consentire, per l'attuazione dei progetti personalizzati, l'apporto integrato delle professionalità e l'attivazione dei servizi previsti.

Il **responsabile della presa in carico del caso** ("case manager"), che segue le diverse fasi attuative del piano di intervento individualizzato, ne cura la valutazione di qualità e di efficacia ed è garante della continuità dei rapporti con la persona e con la famiglia che svolge un ruolo di cura, coincide di norma con il medico di medicina generale o altro professionista individuato contestualmente alla predisposizione del progetto personalizzato.

L'evolversi delle condizioni dell'utente dovrà essere seguito attraverso un **processo di assistenza in divenire**. All'unità valutativa è affidato il compito di effettuare **verifiche periodiche** necessarie e la conseguente ridefinizione del piano personalizzato.

2.3 L'attivazione della risposta assistenziale. Elemento fondamentale per la qualità dell'assistenza è la tempestività con cui viene attivata la risposta assistenziale individuata per l'utente.

Tra le criticità rilevate nel lavoro di analisi sulle esperienze delle Aziende sanitarie si è rilevato che talvolta manca questa tempestività necessaria e spesso si è verificato un uso improprio della funzione valutativa disciplinata dalla deliberazione n. 214/91, interpretata, come già detto, più come strumento accertativo fiscale ai fini del pagamento della quota capitaria nei servizi di residenzialità, che nel suo ruolo di definizione del piano di intervento individualizzato e di indirizzo del percorso assistenziale.

Per affrontare questo elemento di criticità occorre lavorare perché, sulla base dei requisiti necessari di processo assistenziale come definiti nel punto 2.1, venga identificata la **mappa dei percorsi integrati di cura**, con definizione dei **percorsi operativi specifici** per le più consistenti tipologie di bisogno (es. malattia di alzheimer, frattura di femore, ictus ecc.), mediante i quali enucleare specifiche modalità di conduzione del percorso decisionale, i momenti e le modalità di relazione dell'UVM con i vari "attori" del percorso, i contenuti clinici e organizzativi delle varie "fasi" e le possibili soluzioni assistenziali, le possibili forme di attivazione diretta ed in tempo reale delle risorse territoriali da parte del medico di medicina generale e le modalità di riporto alla valutazione collegiale del caso, assicurata dall' UVM.

Indirizzi in tale direzione saranno forniti in tempi brevi, sulla base delle risultanze di alcuni progetti di ricerca (in particolar modo del progetto di cui al punto 1.2 sul percorso assistenziale per demenze e per ictus) e del lavoro di elaborazione attualmente in corso da parte dell' Agenzia regionale sanitaria, orientato soprattutto sulle tipologie caratterizzate da un percorso ospedale/cure intermedie/territorio.

Un'altra criticità rilevata, in ordine all' attivazione tempestiva della risposta assistenziale, sta nello squilibrio talvolta presente tra domanda e offerta di servizi appropriati ed, in particolar modo, la tendenza, a fronte di un' insufficiente disponibilità di servizi domiciliari, a orientare la risposta verso soluzioni ospedaliere o residenziali non sempre pertinenti.

L'obiettivo della tempestività della risposta non è quindi disgiunto dalla necessità di valutare l' adeguatezza delle rete dei servizi, intervenendo in particolar modo su quei campi su cui può essere strategico un potenziamento quali l' assistenza domiciliare.

Si sottolinea che, **nella definizione del piano di assistenza, dovrà essere assicurata l'acquisizione del consenso della persona (quando possibile) e della famiglia e la condivisione delle scelte adottate.**

2.4. Le dimissioni ospedaliere "difficili" e le cure intermedie. Nella definizione dei percorsi di cura una particolare attenzione va riservata a quelle che comunemente vengono denominate "dimissioni ospedaliere *difficili*". Si tratta di una casistica quantitativamente rilevante (il 2-3% di tutte le dimissioni ospedaliere) riguardante una serie di patologie (es: ictus cerebrale, fratture nell' anziano, pazienti affetti da tumore) le cui sequele invalidanti richiedono un' impegnativa fase assistenziale post-ricovero che può realizzarsi anche al domicilio del paziente, ma che il più delle volte richiede –per la gravità della malattia o per l' impossibilità della famiglia di farsi carico dell' assistenza – un ricovero a bassa intensità assistenziale finalizzato al recupero funzionale del paziente e/o a creare le condizioni idonee per un ritorno al domicilio. Questa fase dell' assistenza che intercorre tra la dimissione ospedaliera e il rientro al proprio domicilio prende il nome di "cure intermedie" (*intermediate care*).

Nella nostra regione le soluzioni adottate per rispondere a questo tipo di bisogno sono molto diverse, a seconda delle varie ASL: si ricorre a ricoveri in case di cura, in case di cura con letti gestiti da medici di famiglia, in strutture di riabilitazione, in ospedali di comunità, in RSA (ricoveri temporanei). La scelta praticata dalle varie Aziende USL è sostanzialmente condizionata dall' offerta prevalente nelle diverse realtà; ciò determina a livello regionale un quadro molto eterogeneo, con differenti risposte assistenziali, a cui si aggiunge anche una disparità di trattamento economico in relazione alla tipologia di struttura di ricovero disponibile.

La Direzione Generale del Diritto alla Salute, in collaborazione con l' ARS, ha effettuato un lavoro di analisi di questa situazione con i rappresentanti delle diverse ASL della Toscana, da cui sono emerse alcune indicazioni che possono essere sintetizzate nei seguenti punti:

- 1) le dimissioni ospedaliere *difficili* sono un fenomeno di notevole rilevanza sanitaria e sociale, che va gestito attivamente da parte delle ASL per garantire la continuità assistenziale (e quindi il massimo di efficacia dell'intervento) ed evitare che si scarichino sulle famiglie pesi insopportabili;
- 2) é necessario che ogni ASL adotti criteri e protocolli per le dimissioni programmate, tenendo conto delle risorse disponibili sul proprio territorio; tali criteri e protocolli devono essere il frutto di una concertazione tra presidi ospedalieri (e AO dove esistono), zone/distretti (compresi i medici di famiglia) e strutture di ricovero;
- 3) i protocolli locali devono consentire l'individuazione della soluzione assistenziale più idonea e nel contempo più sostenibile. Laddove non sia possibile l'immediato rientro al domicilio (per motivi sanitari e/o sociali) il paziente viene attivamente trasferito –in accordo con la famiglia - in una struttura di cure intermedie;
- 4) occorre che siano definiti gli standard assistenziali delle cure intermedie (eleggibilità dei casi, tipologia delle prestazioni erogabili, protocolli di collegamento con i servizi territoriali delle zone/distretto), in modo che, all'interno del percorso assistenziale definito per le specifiche patologie, indipendentemente dalla struttura di ricovero, i pazienti possano ricevere lo stesso tipo di trattamento e, di conseguenza, sussista una uniforme modalità di remunerazione. Si ritiene utile che debba essere fornita a livello regionale un' indicazione sui tempi di durata della fase di cura "intermedia", anche ai fini dell' assunzione degli oneri da parte del Servizio sanitario, per evitare disparità di trattamento dei pazienti.
- 5) La dimissione dal circuito delle cure intermedie rappresenta un' ulteriore momento critico del percorso assistenziale. E' necessario che durante la fase di ricovero venga attivato il raccordo con il nucleo di valutazione multidimensionale del territorio per la predisposizione del piano individuale d' intervento.

2.5 La riqualificazione delle unità valutative. Considerata l'importanza delle funzioni affidate alle unità valutative, occorre attivare un processo di riqualificazione delle stesse, in modo che gli operatori coinvolti siano adeguatamente in possesso delle competenze necessarie sia in ordine agli strumenti tecnici valutativi, sia in relazione agli aspetti organizzativi inerenti l'accesso ai servizi e l'utilizzazione delle risorse sanitarie e sociali disponibili.

In tal senso è opportuno prevedere la realizzazione di specifiche azioni formative rivolte ai componenti le unità valutative, in modo da promuoverne la crescita di competenze e la consapevolezza del proprio ruolo.

2.6 L'apporto dei medici di medicina generale. Le modalità di erogazione dell'assistenza programmata da parte dei medici di medicina generale all'interno dei servizi residenziali saranno oggetto di specifico accordo regionale secondo quanto previsto dall'art. 39 del DPR 28 luglio 2000, n.270, coerentemente con le strategie finalizzate alla ridefinizione, sviluppo e riqualificazione del processo assistenziale risultanti dall'analisi in atto.

2.7 Il ruolo della geriatria. Nel percorso assistenziale per l'anziano non autosufficiente la figura del geriatra assume un particolare rilievo per la specificità delle sue competenze e per la costante interazione con il medico di medicina generale. Dovrà essere pertanto cura delle Aziende Sanitarie promuovere l'apporto dei geriatri sia nei momenti valutativi sia nelle varie fasi del percorso assistenziale (ospedale, domicilio, RSA, centri diurni).

3. Interventi mirati sul sistema dei servizi

3.1 Assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'assistenza domiciliare integrata, proprio perché porta interventi sanitari e servizi sociali nella dimensione privata del cittadino, è tra le più importanti funzioni di competenza del Distretto per qualificare la presenza dell'assistenza pubblica sul territorio. Essa rappresenta la più delicata e di maggior impegno fra le attività che devono essere assicurate in stretto legame con la domanda di salute che scaturisce dalle reali esigenze della popolazione residente. Costituisce, infatti, l'offerta di un servizio concretamente alternativo a forme di ricovero improprio e agevola, nel consentire la permanenza al proprio domicilio, il mantenimento dell'abituale e familiare qualità della vita della persona anziana in condizione di non autosufficienza.

Per questi motivi la scelta strategica del P.S.R. 2002/2004 è orientata a sviluppare i servizi di ADI, potenziando gli interventi e migliorandone e ampliandone le modalità organizzative e gestionali.

Anche il P.I.S.R. (Piano integrato sociale regionale) prevede per il triennio 2002/2004 uno sviluppo del servizio di ADI per le persone anziane, sia nella forma diretta che in quella indiretta, indicando come obiettivo una copertura del 2,5% degli >65enni nel 2003 ed il 3% nel 2004 a livello di Zona socio sanitaria: viene in tal modo assicurata una maggiore convergenza delle risorse sanitarie e sociali.

Dal lavoro di confronto e verifica sui modelli assistenziali realizzati nel territorio toscano sono emerse indicazioni per una ridefinizione dei servizi di assistenza domiciliare integrata, con una individuazione di **“pacchetti” assistenziali ADI** riferiti alla specificità dei percorsi assistenziali, che saranno definiti per le più consistenti tipologie di bisogno identificate, come richiamato al punto 2.3 in relazione alla “mappa dei percorsi integrati di cura”.

La definizione dei “pacchetti integrati ADI” è il presupposto per una possibile utilizzazione, nell'ambito della programmazione aziendale, di forme di erogazione del servizio mediante il concorso di produttori privati.

Nell'Allegato A) sono definite le linee guida per la sperimentazione sul territorio toscano del modello organizzativo di ADI.

3.2 Servizi semiresidenziali

La funzione del Centro Diurno, che offre un servizio semiresidenziale per rispondere ai bisogni assistenziali di persone anziane >65 anni prevalentemente non autosufficienti, come definito dalle normative regionali (L.R. 72/97, art.52; Delib.C.R.T. n.228/98; Delib.C.R.T. n.214/91; Delib.C.R.T. n.311/98), viene collocata dal PSR 2002/2004 all'interno del sistema diversificato di servizi e interventi integrati, secondo la logica della circolarità e dell'interscambio tra le diverse tipologie di prestazioni, al fine del processo assistenziale.

In tal senso l'accesso deve avvenire sulla base della valutazione multidimensionale e la formulazione del piano individualizzato di intervento, secondo le modalità e i percorsi richiamati al punto 2.1.

All'interno del Centro Diurno è assicurato l'apporto integrato di competenze e il concorso di risorse sanitarie e sociali.

I dati sui servizi esistenti evidenziano la presenza in Toscana di 54 CD, con disponibilità di 529 posti per non autosufficienti e 298 per autosufficienti.

Il PSR 2002/2004 prevede lo sviluppo dei servizi di semiresidenzialità a sostegno dell'azione della famiglia, in particolare per le situazioni caratterizzate da elevata intensità assistenziale e forte temporaneità.

Già sulla base delle indicazioni del precedente PSR, con risorse destinate dal PISR 1998/2000, è stato dato avvio ad una sperimentazione, nell'ambito delle azioni sulla patologia di Alzheimer, volta alla definizione del Centro Diurno socio-terapeutico-riabilitativo con elevata intensità assistenziale:

Dal percorso sperimentale, condotto in alcuni ambiti aziendali e monitorato a livello regionale, si ricavano gli elementi per la definizione di un possibile "modello", da verificarsi ulteriormente con una sperimentazione diffusa sul territorio regionale, secondo le indicazioni di seguito riportate:

Tipologia dell'utenza

Il Centro Diurno è rivolto prevalentemente a persone anziane affette da sindromi demenziali con elevato decadimento, accompagnato anche da disturbi comportamentali, per le quali sia possibile definire e attivare un programma di "cura" con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.

Finalità e strategie

Perseguire l'obiettivo di un adeguato programma individualizzato di assistenza per modificare la storia naturale della malattia, per ridurre i sintomi dei processi degenerativi cognitivi, funzionali e comportamentali, per migliorare le abilità relazionali e sociali.

Il Centro Diurno si colloca nella rete dei servizi territoriali. Deve essere affiancato da altre risposte circolari e integrate, da quelle domiciliari a quelle semiresidenziali di intensità più leggera, ai ricoveri in RSA temporanei e si avvale del concorso e delle risorse messe in campo da più soggetti, pubblici e privati.

L'accesso e la presa in carico

La presa in carico e le modalità generali di accesso sono definite dalla *scheda* del Centro Diurno, punto 4, allegata al PISR 1998-2000 e integrate dai seguenti criteri introdotti sulla base degli elementi emersi nella sperimentazione regionale in corso:

- valutazione multidimensionale della situazione di bisogno, a livello distrettuale, accompagnata eventualmente dalla diagnosi differenziale da parte della UVA;
- definizione del programma di cura da parte di una Unità Multiprofessionale di cui organicamente fanno parte i referenti specialisti espressi dalla o dalle Unità Operative ospedaliere con proiezioni territoriali, concordato e condiviso con i familiari, orientato ai seguenti principi:
 - temporaneità dell'accesso c/o il Centro Diurno ;
 - organizzazione, attraverso il coordinamento della stessa équipe di operatori del Diurno Alzheimer, di forme assistenziali integrate di minor intensità e a domicilio,
 - attivazione di gruppi di supporto e formazione del caregiver, con particolare attenzione ai familiari;
 - definizione di criteri per definire le graduatorie nell'accesso al servizio. Si terrà conto particolarmente delle condizioni di gravità dell'assistito e del livello di stress del nucleo familiare.

Gli standard e i requisiti strutturali

Il percorso sperimentale non ha ancora prodotto standard e requisiti definiti nel dettaglio. Gli orientamenti acquisiti permettono di anticipare alcune indicazioni per i requisiti strutturali.

Si rimanda alla Linee Guida per la sistemazione degli spazi interni ed esterni delle strutture assistenziali già pubblicati.

In riferimento agli standard previsti dal PISR 98-00 per i Centri Diurni vengono già fornite alcune indicazioni specifiche:

- a) la superficie interna complessiva deve essere aumentata almeno del 20% rispetto a quella indicata per i Centri Diurni già normati;
- b) gli spazi interni devono essere ridisegnati e attrezzati per garantire locali attrezzati per il riposo, pranzo, attività occupazionali, terapie mirate, trattamenti terapeutico-assistenziali differenziati, in modo da attribuire carattere di familiarità e continuità con l'ambiente quotidiano di vita della persona malata;
- c) presenza nei Centri attigui a Residenze sanitarie, di posti letto per l'emergenza e il sollievo;
- d) continuità tra spazi interni ed esterni - Vedi le indicazioni delle Linee Guida per il Giardino Alzheimer;

Il modello gestionale

Il modello sperimentale prevede due moduli, il primo con capienza da 10 a 12, il secondo con capienza da 13 a 15, con standard differenziati di dotazione di personale.

L'esperienza avviata sui Centri Diurni Alzheimer tende a prefigurare un'articolazione, all'interno dei servizi di semiresidenzialità, di servizi orientati a specificità di problemi e che possono assolvere a "fasi" specifiche del percorso assistenziale.

In tal senso si ritiene che lo **sviluppo sul territorio di Centri Diurni** previsto dal PSR debba essere utilizzato e **orientato in base alla programmazione dei percorsi integrati di cura** richiamati al punto 2.3.

3.3 Servizi di residenzialità

Il PSR 2002/2004 prevede, nel programma per il triennio, una riorganizzazione delle strutture residenziali orientata a sviluppare una diversificazione nell'offerta di prestazioni, in modo da favorire ".l'inserimento organico ed equilibrato in un'unica struttura di più tipologie di servizi.per favorire la flessibilità delle prestazioni in relazione all'evoluzione della condizione e dei bisogni della persona e del relativo progetto assistenziale..".

Il PSR inoltre pone l'accento sull'esigenza di sviluppare la disponibilità di posti dedicati a ricoveri temporanei e per le funzioni di "sollievo", in un sistema di interscambio tra servizi domiciliari e residenziali.

Sulla base del lavoro di approfondimento effettuato, sono state identificate le "modularità" ritenute necessarie, con una definizione delle loro caratteristiche in ordine a:

- **caratteristiche utenza** e situazione assistenziale;
- **modalità di accesso** al "modulo" (sistemi valutativi e di verifica);
- eventuale **durata del ricovero**;
- **prestazioni** che devono essere assicurate;
- **parametri di personale o di professionalità** che devono essere garantiti;
- **indicazioni inerenti gli oneri sanitari e sociali**;

Correlata alla identificazione delle “modularità”, dovranno inoltre essere definiti i requisiti strutturali e organizzativi necessari ai fini dell’aggiornamento normativo sui processi autorizzativi e di accreditamento, fermo restando che **l’organizzazione delle strutture deve comunque essere ispirata alla cultura sociale del servizio e garantire il modello di organizzazione familiare degli ambienti.**

Nell’allegato B) sono definite le indicazioni e i parametri per la riorganizzazione delle RSA.

Nella descrizione delle “modularità, dettagliate nell’allegato “B”, il riferimento a struttura di 40 posti è effettuato unicamente come riferimento parametrico per definire il rapporto tra numero assistiti e operatori previsti.

4. Forme di assistenza integrative alla fruizione diretta dei servizi

La realizzazione del programma di iniziativa regionale “Valutazione sociale, Azione 4 - Qualità sociale” prevista dal PISR per la produzione di un repertorio delle Buone Pratiche per lo sviluppo della qualità, ha fatto emergere alcune iniziative significative avviate in diversi ambiti territoriali (Prato, Arezzo, Firenze), orientate all’introduzione di forme di “buoni servizio” finalizzati prevalentemente a fornire assistenza domiciliare per persone anziane in condizione di non autosufficienza.

Le sperimentazioni attivate suggeriscono alcune prime riflessioni:

- gli interventi di assistenza alla popolazione anziana necessitano, per garantire adeguatamente le risposte necessarie, di una strategia complessiva tra i servizi sanitari e le azioni poste in essere dai Comuni, finalizzate a creare un tessuto di sostegno all’anziano e quindi a fornire opportunità di “protezione” nei confronti delle fragilità insite nell’età stessa e a consentire il più possibile il mantenimento della persona nel suo ambiente di vita;
- la scelta di utilizzo di “buoni servizio” deve avvenire all’interno delle opzioni assistenziali individuate a seguito della valutazione multidimensionale e delle predisposizioni del progetto personalizzato. L’introduzione di “buoni servizio” deve infatti collocarsi nell’ambito della strategia complessiva di ampliamento e diversificazione delle soluzioni da mettere a disposizione per i processi assistenziali prevista dal PSR, nella logica di quella circolarità e integrazione tra gli interventi più volte richiamata nei precedenti punti;
- la regolamentazione di forme di erogazione di “buoni servizio” deve essere coniugata ad azioni per definire le regole di un “sistema di qualità”, orientato quindi alla definizione di criteri di accreditamento dei soggetti da cui l’utente “acquista” il servizio;
- l’azione intrapresa, che porta a far emergere un mercato di lavoro spesso sommerso di operatori dediti all’accudimento degli anziani, esige in parallelo un percorso verso il riconoscimento e la formazione delle nuove figure professionali;

- i progetti sperimentali avviati, nati esclusivamente nell' alveo della programmazione dei Comuni, sono orientati verso l' acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare di tipo sociale. Potrebbero comunque costituire un supporto per un' azione di valenza più ampia, all' interno degli interventi previsti dal percorso assistenziale in relazione a fasi e situazioni con caratterizzazione a prevalenza sanitaria.

A livello regionale si prevede pertanto di attivare, in collaborazione con l' Agenzia regionale sanitaria, un monitoraggio delle sperimentazioni avviate, per procedere, sulla base delle valutazioni che saranno elaborate, ad una fase propositiva di normazione della materia.

5. Revisione delle norme sul processo autorizzativo e di accreditamento

L' ipotesi di revisione e riadeguamento complessivo della rete dei servizi pone, su più fronti, il problema di un adeguamento delle norme regionali che sovrintendono ai processi autorizzativi e di accreditamento, nonché alla definizione di parametri e requisiti.

Il tema dell' accreditamento in particolare, esteso dalle recenti norme nazionali anche ai servizi che erogano prestazioni sociali e, ovviamente, socio sanitarie (D.Lgs.229/99; L.328/2000), rende obbligato un percorso di riaggiornamento delle disposizioni regionali anche per quei settori già dettagliatamente normati in relazione all' autorizzazione al funzionamento, quali i servizi residenziali e semiresidenziali volti all' assistenza di persone anziane prevalentemente non autosufficienti.

Le proposte contenute nel presente documento, in particolare le ipotesi di una riorganizzazione modulare delle RSA, pongono chiaramente l' esigenza di una riflessione sui parametri strutturali e sui requisiti organizzativi, per le evidenti implicazioni in ordine alla funzionalità dell' assistenza e alle ricadute finanziarie.

Occorre inoltre una particolare attenzione al problema della presenza all' interno di una stessa struttura di più modularità caratterizzate da una differente finalizzazione rispetto alla tipologia dell' utenza e alle diverse esigenze di natura più o meno sanitaria o sociale.

Gli orientamenti del PSR verso una diversificazione delle risposte assistenziali suggeriscono inoltre una riflessione su un possibile ampliamento delle tipologie di strutture, che offrono soluzioni di residenzialità, attualmente previste.

Alla luce quindi delle indicazioni del PSR, che vede la G.R. impegnata ad emanare nel triennio apposite disposizioni in ordine ai processi autorizzativi e di accreditamento dei servizi che operano nell' alta integrazione socio sanitaria, si ritiene pertanto necessario avviare un lavoro di ridefinizione delle norme regionali, sia in ordine ai soggetti titolari delle funzioni autorizzative e di accreditamento, sia in merito ai requisiti specifici.

Dovrà inoltre essere espresso un orientamento rispetto alle disposizioni nazionali, sia con riferimento a quelle tradizionalmente applicate (DPCM del 1989), sia a quelle più recenti (DM 21 maggio 2001 n.308) di valenza non cogente in relazione alle mutate competenze regionali a seguito della modifica del titolo V della Costituzione.

Attualmente è in corso il lavoro di approfondimento a livello regionale, con il concorso dei competenti Settori della Direzione Generale del Diritto alla salute e Politiche di solidarietà e dell' Agenzia Sanitaria Regionale, al fine di pervenire ad una normazione completa dei processi autorizzativi e di accreditamento, in coerenza con le innovazioni introdotte con il presente documento.

Linee guida per la sperimentazione di un modello organizzativo territoriale di ADI

Premessa

Principi generali identificativi dell' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI):

- L' ADI è un servizio erogato al domicilio del paziente (di qualsiasi età) sulla base di un piano terapeutico assistenziale, attraverso l'intervento di più figure professionali, sanitarie e sociali.
- L' ADI si effettua in stretta collaborazione con il MMG e con la famiglia stessa, garantendo presso il domicilio interventi sanitari, socio-assistenziali, adeguati ai bisogni del malato al fine di garantirgli la migliore qualità della vita possibile.
- Il progetto assistenziale di ADI è di norma limitato nel tempo e rinnovabile tramite valutazione periodica in base alla evoluzione dei bisogni.
- Sia la formulazione del piano terapeutico-assistenziale che la rivalutazione periodica avvengono secondo le modalità descritte al punto 2.2 "momento valutativo" della parte generale del documento.

1. FINALITA'

1.1 Linee Guida

In sede di "**definizione di linee guida**" viene configurato un modello organizzativo di ADI che faccia riferimento alla Zona-distretto e che comprenda l'intero percorso assistenziale. Le linee indicano le modalità operative uniformi nelle varie fasi del percorso e nei diversi momenti di evoluzione del bisogno socio-sanitario, coerentemente a quanto indicato nel PSR 2002-2004 al Punto 5.3.1.1 lettere a) e c).

IL TARGET

2.1 I destinatari

Il servizio di ADI è rivolto a persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, in modo temporaneo o protratto, affetti da patologie croniche o post acute trattabili a domicilio e inserite in un contesto familiare o sociale capace di collaborare e di integrarsi con il servizio stesso.

2.2 Le varie tipologie di assistiti:

- persone anziane con patologie croniche che si avvalgono di trattamenti domiciliari;
- persone affette da neoplasie che necessitano di chemioterapia, NAD, terapia del dolore o altri interventi erogabili a domicilio;
- persone in dimissione programmata dall'ospedale, a seguito di interventi chirurgici o post-traumatici che necessitano di assistenza e di trattamenti riabilitativi erogabili a domicilio;
- persone in dimissione programmata dall'ospedale, a seguito di eventi acuti conseguenti a patologie gravi cardiovascolari, respiratorie, renali, neurologiche ed altro, che richiedono assistenza e cura erogabili a domicilio;
- persone che sviluppano al proprio domicilio eventi acuti potenzialmente trattabili a domicilio con adeguato supporto assistenziale, anche al fine di evitarne il ricovero.

TEMPESTIVITA' DELLA PRESA IN CARICO

3.1 Informazione

La Zona-distretto deve garantire all'interno della sua struttura organizzativa: informazione, orientamento e sostegno nell'espletamento di quanto necessario per l'attivazione del servizio di ADI.

3.2 Presa in carico tempestiva

La presa in carico del caso deve avvenire ordinariamente in tempi ragionevolmente rapidi. E' tuttavia possibile intervenire con procedure d'urgenza, anche su segnalazione telefonica del MMG, nel caso debba essere assicurata una risposta socio assistenziale immediata. L'attivazione dell'intervento di urgenza deve avvenire senza attendere le procedure tecnico-amministrative (valutazione multidimensionale del bisogno, definizione del piano individuale di assistenza, determinazione della quota sociale di partecipazione economica), che saranno attivate non oltre i successivi 15 giorni.

3.3 Concessione di ausili, protesi, farmaci

Per gli assistiti in ADI la concessione di ausili, protesi e farmaci deve mantenere le caratteristiche di immediatezza e a tal fine si possono prevedere protocolli concordati tra medici di medicina generale, medico di Zona- Distretto e specialisti.

Per alcune tipologie di ausili(es. lettini, spondine, materassi antidecubito, deambulatori, carrozzine per uso domestico ecc.), è necessario prevedere la costituzione di un parco ausili per ogni Zona Distretto, che renda possibile anche attraverso la forma del riutilizzo, la fornitura immediata.

4. IL PERCORSO ASSISTENZIALE

L'ADI si esplica attraverso progetti individuali di assistenza che siano in grado di pianificare le tipologie di prestazioni in relazione al bisogno e di adeguarsi alla sua evoluzione .

4.1 Operatori

Concorrono alla realizzazione del progetto individuale di assistenza, previa formazione, ove necessaria, tutti gli operatori del percorso: MMG, Servizio sociale, Servizi distrettuali, Reti di solidarietà.

4.2 Sistema informativo

All'interno del sistema informativo distrettuale dovrà collocarsi la gestione in rete del processo assistenziale con tutti i flussi essenziali di informazioni relative all'ADI

4.3 La cartella unica assistito

E' lo strumento che permette di raccogliere i dati conoscitivi dell'assistito e le indicazioni terapeutiche ed assistenziali, sia nella fase di avvio che in quella di consolidamento del Progetto individuale di assistenza. Viene aperta al momento dell'accesso, nel Punto unico, ma sarà tenuta e aggiornata dal Distretto. I dati contenuti nella cartella saranno inseriti in un programma informatizzato, permettendo così un flusso costante di informazioni tra Distretto, Ospedale, Presidi assistenziali e Regione, in maniera tale da costituire uno strumento valido a supportare la logica della continuità assistenziale.

Presso il domicilio dell'assistito sarà tenuto il *Diario assistenziale* i cui contenuti potranno periodicamente essere utilizzati per l'aggiornamento della cartella.

4.4 La segnalazione del caso

Fermo restando che al MMG spetta la identificazione del bisogno, la segnalazione della persona che necessita di assistenza domiciliare può essere effettuata presso il Punto Unico di Accesso (PUA) di Distretto da:

- a) Medico di medicina generale;
- b) Medico ospedaliero
- c) Operatore socio-sanitario;
- d) Familiari
- e) Volontariato.

Le segnalazioni non provenienti dal MMG dovranno essere tempestivamente comunicate allo stesso

4.4.1 Gli strumenti:

L'attivazione dell'ADI presuppone quali strumenti operativi:

- a) Protocollo MMG - Distretto
- b) Protocollo Ospedale - MMG - Distretto
- c) Punto Unico di Accesso (P.U.A.) distrettuale con supporto tecnologico e amministrativo per integrare le varie professionalità interne (sociale e sanitario) e avviare le procedure di presa in carico.
- d) La cartella unica per assistito
- e) Il Gruppo di Progetto

4.4.2 La valutazione del bisogno (vedi punto 2.2. del Documento "Sviluppo di un percorso di revisione e riqualificazione del processo assistenziale per le persone anziane non autosufficienti")

La valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale della persona anziana non autosufficiente è svolta con riferimento:

- a) al suo stato di salute funzionale-organico;
- b) alle sue condizioni cognitive e comportamentali;
- c) alla situazione socio-ambientale della persona e del suo contesto familiare.

4.5 Referenti delle U.V.M. (Unità di Valutazione multidimensionale)

Alla valutazione multidimensionale concorrono:

1. Il Medico di Medicina generale
2. Il Medico referente per il Distretto socio-sanitario
3. L'infermiere caposala distrettuale
4. Il terapeuta della riabilitazione
5. L'Assistente sociale dell'Azienda USL e del Comune
6. La figura amministrativa che opera nel Punto Unico di Accesso
7. Lo specialista se necessario
8. L'Équipe ospedaliera nella fase di dimissione, se la persona necessita di un percorso di assistenza in fase post-acuta e/o di lungo assistenza da organizzarsi a domicilio;

4.5.1 Operatività della U.V.M.

La U.V.M. deve essere dotata di effettivo potere decisionale in modo che le indicazioni terapeutiche e assistenziali contenute nei progetti di assistenza possano essere attuate concretamente attraverso prestazioni adeguate. A tal proposito le Aziende

UU.SS.LL. ed i Comuni devono sottoscrivere *Protocolli attuativi* che conferiscano ai loro referenti :deleghe operative, risorse tecnico professionali ed economiche.

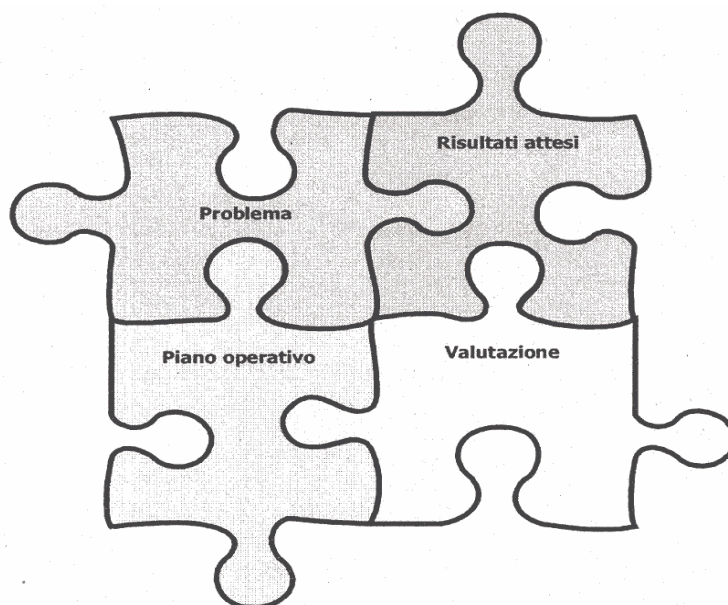
4.5.2 Periodicità della valutazione multidimensionale

Viene assicurata in funzione della gestione e della verifica dell'appropriatezza dell'intero percorso assistenziale e delle risposte fornite all'interno di ogni singola area di bisogno (vedi Punto 2.2, sullo Schema Polare, del Documento "Sviluppo di un percorso di revisione e riqualificazione del processo assistenziale per le persone anziane non autosufficienti").

4.6 La definizione del progetto individuale di assistenza

Il Progetto individuale di assistenza, predisposto dalla équipe multiprofessionale, deve contenere:

- La definizione del *problema*, a partire dai bisogni espressi dal soggetto e dalla famiglia;
- I bisogni e le funzionalità evidenziate dalla *valutazione* multidimensionale;
- I *risultati attesi*, misurabili (valutazione in itinere), concreti e definiti nel tempo, devono essere costruiti sulla base dell'analisi della situazione-problema, e sulla base del complesso delle risorse effettivamente disponibili ;
- Il *piano operativo*, che definisce le azioni/interventi necessari al raggiungimento dei risultati attesi ed è descritto per singole prestazioni elementari dettagliate
- L'indicazione del responsabile del caso



4.6.1 Condivisione con la famiglia

La definizione del progetto individuale di assistenza e la scelta della tipologia di risposta più idonea, ispirata a criteri di gradualità, flessibilità e circolarità, deve ricercare il massimo di condivisione della persona assistita e di partecipazione da parte della famiglia.

4.7 La risposta domiciliare assistenziale socio sanitaria

4.7.1 Il percorso domiciliare

Il percorso domiciliare, collegato in modo circolare e sussidiario all'intera gamma delle tipologie assistenziali (assistenza ospedaliera, assistenza in fase post-acuta, assistenza residenziale e semiresidenziale) si colloca nell'area della *assistenza socio sanitaria* con forti elementi di *integrazione*.

4.7.2 Livelli di intensità assistenziale

Il concorso dei servizi sanitari e di quelli sociali, con le relative risorse tecniche, professionali ed economiche, nell'assistenza domiciliare integrata viene determinato, alla luce dell'Allegato 3 del PSR 2002-2004, *con riferimento al livello di intensità assistenziale* lettera b) "Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani e persone non autosufficienti".

4.7.3 I Moduli di diversa intensità assistenziale

Per ognuno dei *Moduli* corrispondenti ai tre *Livelli di intensità* viene attribuito e riconosciuto il concorso della parte sanitaria (caratterizzata dalla gratuità) e di quella sociale (sottoposta all'accertamento del reddito), in coerenza a quanto previsto dall' Allegato 3 del PSR 2002-2004, Area "Anziani", lettera b).

Vengono quindi configurati dei veri **Profili di Assistenza** classificati in base all'*intensità delle cure sanitarie e delle prestazioni sociali* calcolate sul numero (e intensità) di operatori coinvolti e delle prestazioni necessarie.

Va comunque precisato che anche nel primo e secondo livello il MMG può attivare la consulenza specialistica se ritenuta necessaria e che la frequenza di accessi dei vari operatori dettagliata nei livelli va intesa come frequenza minima prevedibile in relazione alla complessità della tipologia di caso trattato, mentre la frequenza effettiva verrà definita dall' UVM in relazione alle effettive esigenze del singolo caso in esame.

Bassa intensità assistenziale – I° Livello-

- operatori coinvolti: MMG +1 operatore;
- casistica: persone con patologie a carattere cronico lieve e/o a carattere acuto lieve;
- prestazioni da assicurare:
 - a) presenza domiciliare almeno mensile del MMG;
 - b) assistenza infermieristica settimanale o quindicinale;
 - c) assistenza sociale professionale;
 - d) assistenza OTA/OSA;

- operatori che possono essere coinvolti:
 - a) I. P.;
 - b) Assistente Sociale;
 - c) Assistente domiciliare (OTA-OSA-OSS);
 - d) Terapista riabilitazione;
 - e) Medico Distretto per prescrizione ausili a domicilio.

Media intensità assistenziale -II° Livello –

- operatori coinvolti: MMG con accesso almeno settimanale + almeno 2 operatori di diversa professionalità
- casistica:
 - a) Persone , in genere anziani, in fase di riacutizzazione della/e patologia/e;
 - b) soggetti sottoposti a dimissioni programmate;
- prestazioni da assicurare: sanitarie e sociali; deve verificarsi l'integrazione di almeno due operatori di assistenza, anche se non insieme e contemporaneamente;
- operatori coinvolti:
 - a) Assistente Sociale con periodicità mensile;
 - b) Assistenza infermieristica e/o riabilitativa con uno o più accessi settimanali;
 - c) Operatori O.T.A. - O.S.A.- O.S.S.

Alta intensità assistenziale – III° Livello –

- operatori coinvolti: gli operatori descritti al punto precedente+ gli specialisti
- casistica:
 - a) Persone in trattamento con cure palliative;
 - b) Persone in condizioni di criticità : in coma, con insufficienza respiratoria, in NAD;
 - c) Persone anziane, e non, in condizioni di cronicità particolarmente gravi; affette da demenze; con gravi disturbi del comportamento;
- prestazioni:
 - a) Assistenza del MMG tramite accessi anche pluri-settimanali;
 - b) Assistenza infermieristica e riabilitativa con frequenza giornaliera e/o plurigiornaliera;
 - c) Assistenza sociale professionale;
 - d) Coinvolgimento della specialistica (es. Geriatra; Cardiologo; Rianimatore, Psicologo, ecc.), sulla base delle indicazioni del MMG.
 - e) Operatori O.T.A. - O.S.A. – O.S.S.

Le prestazioni possono essere erogate in **forma diretta** dai servizi socio sanitari pubblici con proprio personale e/o attraverso enti e/o associazioni accreditate e in **forma indiretta**, attraverso modalità quali assegni di assistenza alla famiglia e/o buoni servizio,(da definirsi con apposite disposizioni regionali) da utilizzare per l'erogazione di servizi attraverso soggetti accreditati ed in conformità a quanto previsto dal piano individuale di assistenza.

4.7.4. Il responsabile dei processi di cura (“care manager”)

La Zona- distretto opererà in conformità agli indirizzi contenuti nel presente documento, per attivare il ruolo del responsabile dei processi di cura, cui è affidato il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, individuando le soluzioni concrete che meglio possono consentire, per l'attuazione dei progetti personalizzati, l'apporto integrato delle professionalità e l'attivazione dei servizi previsti.

4.7.5. Accreditamento

E' previsto l'accreditamento dei soggetti erogatori di prestazioni domiciliari, fatti salvi:

- a) il ruolo regolatore e programmatore del servizio pubblico;
- b) la partecipazione attiva dei Comuni;
- c) il ruolo centrale del Distretto nelle procedure della presa in carico e del monitoraggio.

5. ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO DISTRETTUALE PER FAVORIRE L'ACCESSO TEMPESTIVO

5.1 Logica di progetto

Le attività di ADI seguono una logica di "progetto" e non di "prestazione", costruito sulla base della diversa intensità assistenziale. Quando il bisogno rilevato è di tipo complesso richiede la capacità di sviluppare un "processo/progetto assistenziale" di lungo periodo e/o di alta intensità; la logica dell'approccio metodologico per "prestazioni" è basato invece sull'individuazione di tipologie di prestazioni riconducibili ognuna a bisogni singoli, semplici e diversi.

5.2 Il punto unico di accesso alle prestazioni di ADI (PUA)

Il Distretto socio sanitario garantisce la presenza strutturata di un "Punto unico di accesso" dotato di personale in grado di:

- a) accogliere tutte le segnalazioni di bisogno e le richieste di intervento , anche per via telefonica e le richieste da parte del MMG per l'attivazione rapida;
- b) aprire una "cartella assistito";
- c) trasmettere la segnalazione al Responsabile sanitario del Distretto il quale attiva gli operatori interessati. Qualora egli rilevi l'urgenza degli interventi, avvia le procedure semplificate di cui al Punto 3.2, informandone il medico di medicina generale.

Le segnalazioni saranno accolte anche presso i presidi territoriali della rete dei servizi socio-sanitari i quali provvederanno all' inoltro verso il P.U.A.

6. LA OBBLIGATORIETA' DELLA PRESA IN CARICO DI URGENZA

6.1 Gruppo di progetto

La presa in carico avviene da parte di un *Gruppo di progetto* costituito presso il Distretto e in collegamento diretto con il P.U.A. e i MMG. Qualora si evidenzino bisogni urgenti esso si caratterizza come "gruppo di operatori di pronto intervento e di primo contatto" e svolge un lavoro propedeutico e non sostitutivo rispetto a quello dell' UVM.

6.2 Composizione Gruppo di progetto

Il Gruppo di progetto è composto da operatori sanitari, sociali e di assistenza presenti permanentemente presso il Distretto. Esso deve essere composto necessariamente almeno dal medico di distretto, dall'Assistente sociale, da una figura infermieristica.

7 ATTIVAZIONE DI UNA FASE SPERIMENTALE IN ALCUNI TERRITORI TOSCANI

7.1 Sperimentazione

Si rende necessario validare le Linee guida attraverso una sperimentazione diffusa sul territorio toscano,. A tal fine verrà individuato un gruppo tecnico regionale di valutazione e monitoraggio della sperimentazione. Il gruppo di valutazione è composto da tre funzionari regionali referenti per i tre settori interessati, da un Coordinatore dei Servizi sociali, da un Medico di Distretto di Aziende USL non coinvolte nella sperimentazione e da un Medico in rappresentanza della Medicina generale. Sugli andamenti della sperimentazione, sarà data periodica informazione alle parti sociali

7.1.1. Il percorso della sperimentazione:

.

Soggetti coinvolti: tutta la struttura distrettuale oltre i servizi sociali dei Comuni e dell' Azienda U.S.L., i servizi sanitari di Comunità, e le professionalità indicate al punto 4.7.3

Strumenti operativi tra i vari soggetti istituzionali: protocollo d'intesa per l'avvio della sperimentazione.

Il finanziamento. La Regione Toscana destinerà risorse del fondo sanitario e del fondo sociale garantendo la piena attuazione del percorso sperimentale

L'informazione diffusione di un opuscolo relativo all'avvio del servizio di ADI sperimentale a tutte le famiglie residenti, a cura della Regione Toscana.

La formazione congiunta degli operatori sugli obiettivi e sulle procedure dell' A.D.I.

Controllo di qualità e verifica della sperimentazione. Il raggiungimento degli obiettivi proposti dalla sperimentazione sarà verificato attraverso una serie di indicatori dimensionati alle caratteristiche dell' area in cui il modello sperimentale viene validato:

- *tasso di pazienti assistiti/anno;*
- *tasso di variazione (semestrale) del numero di pazienti presi in carico*
- *tasso di variazione (semestrale) del numero di giornate di assistenza erogate*
- *tasso di variazione (semestrale) del numero di pazienti in lista di attesa per l'accesso all' ADI*
- *numero di ore giornaliere e numero di giorni/settimana di attività dell' ADI*
- *numero medio pro-capite di ricoveri ospedalieri dei pazienti assistiti in ADI (e relativo tasso di variazione)*
- *tempo medio di attesa tra richiesta di accesso all' ADI e presa in carico*
- *percentuale di ripresa dei gradi di autonomia previsti;*
- *percentuale di ricorso alla istituzionalizzazione durante l' A.D.I.*
- *durata media dell' ADI per ogni livello di intensità assistenziale;*
- *costo medio per assistito;*
- *costo medio di una giornata in ADI;*
- *livello di gradimento dell' ADI da parte dei pazienti e dei familiari dei servizi erogati dall' ADI sulla base dei risultati scaturiti dalla compilazione di un questionario debitamente predisposto.*

Monitoraggio dei costi. In riferimento ai vari livelli di intensità assistenziale di ADI dovrà essere monitorato nell' intero percorso sperimentale, il costo del servizio suddiviso per:

- costi per il personale dipendente;
- costi per il personale convenzionato;
- costi per i presidi sanitari (farmaci, materiale da medicazione, materiale per l'incontinenza, ecc..)
- costi per l'assistenza alla persona (ausili sanitari, assistenza domestica e igiene alla persona).

Conclusione del percorso sperimentale. Il modello sperimentale verrà valutato, anche attraverso il confronto con le parti sociali, sulla base dei risultati raggiunti in termini di qualità, gradimento, ed analisi dei costi in modo da determinare, o meno, le seguenti ipotesi:

- prosecuzione della sperimentazione;
- integrazione e modifiche nel percorso progettuale, allungandone i tempi.
- Individuazione di standards assistenziali in termini di assorbimento di risorse quantificabili, determinando fabbisogni certi e quote sanitarie corrispondenti.
- Valutazione positiva e integrazione della normativa regionale (Piano sanitario e Piano integrato sociale regionale) per inserire organicamente nel modello assistenziale toscano i contenuti e le procedure innovative sperimentate.

7.1.2 La sperimentazione si concluderà al 31.12.2004 con una relazione intermedia di andamento al 30.09.2004.

8 CONTINUITA' TRA TUTTE LE TIPOLOGIE DI OFFERTA DISPONIBILI

8.1 La continuità

In ogni Zona Distretto dove essere garantita la continuità assistenziale tra:

- a) Strutture di servizio (residenziali, intermedie, domiciliari)
- b) Processi di servizio (art.2 DPCM 14.02.2001 sulla integrazione socio-sanitaria)
- c) Servizi sanitari e servizi sociali
- d) Servizi sanitari, servizi sociali e comunità
- e) Distretto e produttori accreditati
- f) Ospedale e territorio.

9 PROCEDURE DI DIMISSIONE

9.1 Scheda di dimissione

Il servizio di ADI cessa o viene sospeso in caso di ricovero in struttura sanitaria o sociale, o nel momento in cui vengono a mancare le condizioni sanitarie e/o sociali che hanno determinato l'attivazione dell'assistenza al domicilio.

La *scheda di dimissione* viene compilata dalla UVM su indicazione del MMG, e contiene tutte le indicazioni del caso. Essa costituisce parte della cartella unica assistito.

10 INDICATORI DI EFFICACIA E DI QUALITA'

- miglioramento funzionale (ripresa dell'autosufficienza ove possibile);
- tempo di permanenza al domicilio e/o numero di ricoveri ospedalieri;
- percentuale di ricorso alla istituzionalizzazione durante o dopo l'ADI;
- livello di gradimento dell'ADI da parte del paziente, della famiglia e degli operatori coinvolti (tramite somministrazione di appositi questionari);
- analisi dei costi relativi alle prestazioni previste dal progetto individuale di assistenza;
- tempi di concessione degli ausili

Strutture Residenziali per persone anziane non autosufficienti Indicazioni e parametri per l' articolazione " modulare" dei servizi

Premessa

Nell' ambito della rete di servizi per la persona anziana non autosufficiente si collocano i servizi di residenzialità assicurati dalle Residenze sanitarie assistenziali (**RSA**).

L' inserimento nella RSA avviene all' interno del percorso assistenziale, quale scelta tra le varie opzioni possibili, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione conseguente del piano personalizzato di intervento.

L' applicazione delle disposizioni fornite nel paragrafo 2. (Ridefinizione del processo assistenziale") è il presupposto indispensabile per un corretto utilizzo dei servizi offerti dalle RSA ed, in particolare, delle diverse "modularità" previste, mediante le quali viene garantita, nella differente offerta di prestazioni, la possibilità di una risposta assistenziale appropriata, in base a quanto definito nel progetto di assistenza personalizzato.

Principi generali per la identificazione e l' attivazione di " moduli " ad attività assistenziale differenziata all' interno delle RSA:

- In una RSA i posti letto da destinare ai moduli specialistici non possono superare il 40% della disponibilità totale dei posti e non è possibile attivare più di due moduli in ogni struttura. (Ad esempio una RSA tipo di 40 p.l. non può avere al suo interno più di 16 p.l. specialistici e con non più di 2 moduli da 8 p.l. ciascuno).
Eventuali deroghe nella composizione dei posti letto costituenti i moduli (comunque non più di due per ogni RSA, oltre quello base) potranno avvenire a seguito di concertazione locale in fase di programmazione aziendale e su documentate esigenze dei bisogni stimati. I parametri delle ore di prestazioni si riferiscono a strutture tipo di 40 p.l. e dovranno essere incrementati proporzionalmente ai posti eccedenti i primi 40.
- L' autorizzazione alla attivazione dei moduli presuppone che la RSA possieda almeno tutti i requisiti già previsti dal DPCM del Dicembre 1989 e che vi siano locali adeguati alla tipologia dei bisogni assistenziali espressi dalle persone ospitate nei nuclei.
- Le RSA possono accogliere pazienti anche temporaneamente non autosufficienti, ordinariamente ultrasessantacinquenni.
- La proposta di ammissione deve anche determinare il periodo di trattamento da potersi ritenere post-acuto .
- I moduli specialistici rispondono ad esigenze di accoglienza temporanea
- Le Aziende sanitarie ed i gestori delle strutture residenziali si impegnano ad agevolare il progressivo inserimento delle figure di O.SS. nei ruoli organici delle RSA, al fine di aumentare l' appropriatezza delle prestazioni rese alla persona, secondo modalità che saranno successivamente concordate.
- E' ritenuto elemento qualificante della struttura la presenza di personale di assistenza con rapporto stabile di lavoro dipendente al fine di evitare una eccessiva rotazione di

operatori , per garantire la continuità assistenziale ed una corretta e duratura relazione con gli ospiti.

La presenza di O.SS. nelle RSA (o un programma ben definito e scadenzato per il loro inserimento) e la esistenza di rapporti di lavoro stabili per il personale di assistenza, costituiscono elementi di qualificazione delle strutture e pertanto dovranno essere opportunamente valorizzati dalle Aziende sanitarie nelle procedure di affidamento dei servizi.

Accedono ai moduli specialistici, secondo le procedure previste al punto 2 “Ridefinizione del processo assistenziale “ del documento, persone la cui disabilità è comparsa come esito di uno scompenso patologico acuto (dall’Ospedale secondo i protocolli di dimissionamento programmato) o come aggravamento progressivo della perdita di autonomia (dal proprio domicilio o da struttura residenziale).

Una RSA può essere interamente dedicata alla non autosufficienza stabilizzata (tipologia base n.1) o articolata in modo da prevedere una parte della struttura per persone in situazione di non autosufficienza stabilizzata, (tipologia base) e non più di due moduli, fra i tre che saranno successivamente descritti.(tipologia dei moduli nn. 2-3-4)

Definizione delle “ modularità “ assistenziali

- 1) Non autosufficienza stabilizzata, tipologia base
(conforme alla del.311/98 del C.R.T.)**
- 2) Disabilità prevalentemente di natura motoria
(Es. esiti di ictus, malattia di Parkinson, fratture)**
- 3) Disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale
(Es. persone con demenza)**
- 4) Stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali**

1) Non autosufficienza stabilizzata conforme alla tipologia base della Del. del C.R.T. 311/98)

Caratteristiche utenza: si tratta di pazienti non autosufficienti, con esiti di patologie ormai stabilizzate, inseriti in progetti di lungoassistenza. Possono presentare problemi quali malattie croniche in fase di discreto compenso, esiti stabilizzati di problemi ortopedici o neurologici, o problemi funzionali che necessitano di un intervento fisioterapico di mantenimento;

modalità di accesso: valutazione multidimensionale del nucleo valutativo territoriale, con definizione del piano di assistenza;

durata del ricovero: in base al piano di assistenza;

prestazioni:

assistenza medica: è garantita dal MMG di libera scelta, secondo il protocollo per la regolamentazione dell' accesso alle strutture residenziali;

assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale ed in particolare: nursing di ogni ospite, la somministrazione della terapia, la rilevazione periodica dei parametri, l' esecuzione degli accertamenti periodici prescritti, controllo dell' alimentazione e di diete particolari; il controllo della integrità cutanea e dei corretti posizionamenti;

assistenza riabilitativa: l' attività fisioterapica è impostata su programmi di mantenimento, orientata su specifiche funzioni, in base alla situazione dell' utente (deambulazione, equilibrio, attività motoria degli arti superiori, abilità manuale), o attuata, anche in collaborazione con l' animatore, tramite programmi di ginnastica di gruppo con finalità di riattivazione e mobilitazione generale e funzione psico-motoria;

assistenza alla persona: comprende la cura dell' unità paziente, l' aiuto nell' igiene personale e abbigliamento, la somministrazione dei pasti con eventuale assistenza e la sorveglianza. Inoltre l' esecuzione degli schemi di posizionamento, l' accompagnamento del paziente negli spostamenti all' interno del reparto, utilizzo di ortesi o ausili prescritti;

attività di animazione: per questi utenti rappresenta un momento importante nella giornata, sia come attività ludica e sociale, sia come terapia occupazionale e di rieducazione. Dato che si tratta di pazienti in degenza prolungata, l' attività di animazione prevede una valutazione dell' ospite in base a quello che è il suo livello culturale e di istruzione, il lavoro pregresso, l' ambiente familiare e di vita, l' attività lavorativa svolta, gli hobbies coltivati, i problemi attuali medici e funzionali, le aspettative presenti. In base a questi dati l' animatore compila una scheda personale (diario dell' ospite) e si pone degli obiettivi di intervento attraverso attività da svolgere in gruppo o attività individuali. Importanti sono inoltre momenti particolari durante l' anno, come festività, ricorrenze, compleanni, spettacoli che saranno organizzati coinvolgendo gli ospiti.

Parametri minimi ,in ore di prestazioni:

assistenza medica: MMG;

assistenza infermieristica, riabilitativa, aiuto alla persona e animazione: parametri base Del. C.R.T. n.311/98.

Tariffa complessiva:

quota capitaria sanitaria: vedi tabella allegato n.3 Modulo base

quota di parte sociale: definita secondo la contrattazione territoriale, con riferimento alle voci di cui all' allegato n. 4

2) Disabilità prevalentemente di natura motoria

Caratteristiche utenza : pazienti che, in fase post-acuta e/o post-ospedaliera, necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale (es.

esiti di ictus, malattia di Parkinson, fratture) anche se hanno usufruito di un primo ciclo di trattamento riabilitativo.

Modalità di accesso : a seguito di dimissione programmata dall'ospedale o dal domicilio

Durata del ricovero: non superiore a 60 giorni e secondo il piano di assistenza comprensivo del primo ciclo di trattamento riabilitativo

Prestazioni:

assistenza medica. L'assistenza al singolo ospite viene garantita dal MMG di libera scelta. Il quale si avvale, per una costante verifica del percorso di "cura", del geriatra e/o degli altri specialisti necessari (fisiatra, neurologo ecc.). Il MMG attiva gli interventi specialistici necessari nell'ambito dei parametri di riferimento. Nelle strutture residenziali pubbliche tale consulenza specialistica è proiezione delle U.U.OO. dell'Azienda USL o dell'Azienda Ospedaliera;

assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale ed in particolare: nursing di ogni ospite, somministrazione della terapia, rilevazione dei parametri ritenuti necessari, controllo della minzione e dell'alvo, recupero della continenza, controllo dell'integrità cutanea, medicazione di decubiti, ferite chirurgiche.

Inoltre per assicurare la coerenza tra l'organizzazione dei servizi e il piano assistenziale previsto per l'utente, è necessario che, nell'ambito delle attività infermieristiche, sia assicurata una funzione di coordinamento degli interventi sulla persona.

assistenza alla persona: comprende l'assistenza al paziente nelle attività di base della vita quotidiana e nelle attività strumentali possibili, a seconda del recupero del grado di autonomia. Il personale provvede inoltre ad osservare gli schemi di posizionamento prescritti e ad accompagnare l'ospite all'interno della struttura, utilizzando le attenzioni e gli ausili che man mano vengono proposti dal medico o dai terapisti. Un aspetto particolare riguarda l'utilizzo di ortesi o di dispositivi di posizionamento, in accordo con il personale medico e fisioterapico, che controllerà la correttezza delle manovre eseguite.

Assistenza riabilitativa: rappresenta l'intervento preminente ed è attuata secondo un preciso programma di intervento stabilito insieme al medico dopo una valutazione iniziale utilizzando apposite scale e griglie di valutazione e riportato in un'apposita cartella; nella suddetta cartella vengono indicati gli obiettivi da raggiungere e le strategie da utilizzare. L'evoluzione del programma è controllata e aggiornata settimanalmente. Insieme al medico viene valutato se l'evoluzione del programma riabilitativo avviene regolarmente o se intervengono fatti e problemi che interferiscono con essa e che determinano l'esecuzione di accertamenti, l'adozione di terapie o altri interventi o che impongono una variazione degli obiettivi o delle strategie. Quando l'obiettivo è raggiunto, secondo le scadenze temporali previste, il paziente è dimesso oppure transita in una collocazione assistenziale di mantenimento di minore intensità;

Parametri minimi, in ore di prestazioni:

- **assistenza medica:** MMG; consulenza medica specialistica orientativamente: 6 ore settimanali per 52 settimane (312 ore) all'attivazione del modulo e per i primi 8 ospiti e aggiunta di ulteriori 3 ore settimanali per gruppi di 4 ospiti successivi, per un totale a regime dei 16 posti di n. 624 ore annue.

- **assistenza infermieristica, riabilitativa e aiuto alla persona:** parametri base Del. C.R.T. n. 311/98 con accentuazione della funzione sanitaria. Aggiunzione di n. 1634 ore annue di assistenza sanitaria alla persona (infermiere, O.SS, O.SSS, comprensive delle funzioni di coordinamento infermieristico) all'attivazione del modulo per garantire una più appropriata continuità assistenziale sulle 24 ore. Funzioni riabilitative, pari a circa 408 ore annue all'attivazione del modulo e fino ai primi quattro ospiti, aggiunzione ulteriore di circa 408 ore annue per ogni gruppo di 4 ospiti successivi (per un totale, a regime dei 16 posti, di n. 1634 ore annue).

Tariffa complessiva:

quota capitaria sanitaria: vedi tabella allegato n. 3 Modulo 2

quota di parte sociale: definita secondo la contrattazione territoriale, con riferimento alle voci di cui all' allegato n. 4

3) Disabilità prevalentemente di natura cognitivo-comportamentale

Caratteristiche utenza: si tratta di soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti i disturbi del comportamento, come agitazione, aggressività, wandering. Sono soggetti che necessitano di una sorveglianza più stretta, sia per i rischi di fuga che per le cadute. In tali pazienti possono coesistere altre patologie, spesso intercorrenti, ma il problema prevalente è dato dal decadimento cognitivo e dallo stato di dipendenza;

modalità di accesso: valutazione della demenza da parte delle Unità Valutative Alzheimer (UVA) e presa in carico dal nucleo valutativo multidimensionale territoriale per un inquadramento sia sanitario che sociale della situazione, secondo le specifiche disposizioni sul percorso assistenziale della persona affetta da demenza.

durata del ricovero: secondo il piano assistenziale individuale, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso e comunque non oltre il terzo mese di permanenza in struttura.

Prestazioni:

assistenza medica: L'assistenza al singolo ospite viene garantita dal MMG di libera scelta. Il quale si avvale, per una costante verifica del percorso di "cura", del geriatra e/o degli altri specialisti necessari (Neurologo, Psichiatra ecc.) Il MMG attiva gli interventi specialistici necessari nell'ambito dei parametri di riferimento. Nelle strutture residenziali pubbliche tale consulenza specialistica è proiezione delle U.U.OO. dell' Azienda USL o dell' Azienda Ospedaliera;

assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale ed in particolare: nursing di ogni ospite, somministrazione della terapia, rilevazione dei parametri ritenuti necessari, controllo della minzione e dell' alvo, recupero della continenza, controllo dell' integrità cutanea, medicazione di decubiti.

Inoltre per assicurare la coerenza tra l'organizzazione dei servizi e il piano assistenziale previsto per l'utente, è necessario che, nell'ambito delle attività infermieristiche, sia assicurata una funzione di coordinamento degli interventi sulla persona.

assistenza alla persona: comprende cura dell'unità paziente, cure igieniche dell'ospite, cercando di salvaguardare le potenzialità residue di autonomia, accompagnare in bagno l'ospite quando possibile o il periodico cambio durante il giorno se incontinente, esecuzione di programmi di rieducazione minzionale (bladder retraining) quando prescritti, assistenza e controllo nell'alimentazione, ma soprattutto la sorveglianza degli ospiti, il posizionamento dei mezzi di contenzione quando prescritti, l'attenzione all'ambiente per ridurre i rischi di cadute e di fughe;

attività di animazione e riabilitazione psico-sociale: è importante in questi soggetti ed è dedicata sia ad attività di gruppo che mirano a stimolare l'attenzione e le potenzialità residue, sia ad attività più personalizzate che mirano a migliorare aspetti particolari, in base al piano di intervento definito. L'animatore provvede ovviamente alla sorveglianza durante la sua attività. Nei casi di elevato stato di dipendenza fisica, l'animazione è principalmente rivolta al mantenimento delle attività che riguardano alcune autonomie, come la capacità di bere o di alimentarsi o per mantenere forme di comunicazione.

Parametri minimi, in ore di prestazioni:

- **assistenza medica:** MMG; consulenza medica specialistica orientativamente: Geriatra, Neurologo, Psichiatra, 6 ore settimanali per 52 settimane (312 ore) all'attivazione del nucleo e per i primi 8 ospiti e aggiunta di ulteriori 3 ore settimanali per gruppi di 4 ospiti successivi, per un totale, a regime dei 16 posti, di n. 624 ore annue ;
- **assistenza infermieristica, aiuto alla persona e attività di animazione:** parametri base Del. C.R.T. n. 311/98. con accentuazione della funzione sanitaria e di riabilitazione psico-sociale. Aggiunzione di n. 1634 ore annue di assistenza sanitaria alla persona(infermiere, O.SS, O.SSS comprensive delle funzioni di coordinamento infermieristico) all'attivazione del modulo per garantire una più appropriata continuità assistenziale sulle 24 ore e incremento di animazione e riabilitazione psico-sociale pari a circa 200 ore annue all'attivazione del modulo e per i primi quattro ospiti, aggiunta ulteriore di circa 200 ore annue per ogni gruppo di 4 ospiti successivi (per un totale, a regime dei 16 posti, di n. 800 ore annue). **Incremento delle prestazioni di aiuto alla persona:** circa 408 ore annue all'attivazione del modulo e per i primi quattro ospiti, aggiunta ulteriore di circa 408 ore annue per ogni gruppo di 4 ospiti successivi (per un totale, a regime dei 16 posti, di n. 1634 ore annue).

Tariffa complessiva:

quota capitaria sanitaria: vedi tabella allegato n. 3 Modulo 3

quota di parte sociale: definita secondo la contrattazione territoriale, con riferimento alle voci di cui all'allegato n. 4

4) Stati vegetativi persistenti con parametri vitali stabilizzati e pazienti terminali

caratteristiche utenza

Si tratta di persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale (nutrizione parenterale, enterale) allettate, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria o di persone con patologie in stato terminale la cui complessità clinica potrebbe, con gli opportuni supporti, essere affrontata anche al domicilio del paziente e la cui situazione socio-familiare non lo permetta.

modalità di accesso: a seguito di dimissione programmata dall'ospedale o dal proprio domicilio

durata del ricovero: secondo il piano di assistenza

Prestazioni:

assistenza medica. L'assistenza al singolo ospite è garantita dal MMG di libera scelta il quale si avvale, per una costante verifica del percorso di "cura", del geriatra e/o degli altri specialisti necessari con competenze nella lungodegenza. Questi specialisti potranno ulteriormente avvalersi di tutte le componenti mediche specialistiche del territorio. Nelle strutture residenziali pubbliche tale consulenza specialistica è proiezione delle U.U.OO. dell'Azienda USL o dell'Azienda Ospedaliera;

assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale ed in particolare: nursing di ogni ospite, somministrazione della terapia, rilevazione dei parametri ritenuti necessari, controllo della minzione e dell'alvo, recupero della continenza, controllo dell'integrità cutanea, medicazione di decubiti e correttivoposizionamenti.

Inoltre per assicurare la coerenza tra l'organizzazione dei servizi e il piano assistenziale previsto per l'utente, è necessario che, nell'ambito delle attività infermieristiche, sia assicurata una funzione di coordinamento degli interventi sulla persona.

assistenza riabilitativa: intervento del fisioterapista limitato generalmente alla impostazione di schemi di posizionamento;

assistenza alla persona: comprende le cure igieniche, necessarie generalmente più volte al giorno, esecuzione degli schemi di posizionamento, assistenza nell'alimentazione, assistenza all'infermiere professionale durante le medicazioni, cambio catetere o sondino naso gastrico, controllo parametri.

Parametri minimi, in ore di prestazioni:

- **assistenza medica:** MMG; consulenza medica specialistica orientativamente: 6 ore settimanali per 52 settimane (312 ore) all'attivazione del nucleo e per i primi 8 ospiti e aggiunta di ulteriori 3 ore settimanali per gruppi di 4 ospiti successivi, per un totale, a regime dei 16 posti, di n. 624 ore annue;

- **assistenza infermieristica, riabilitativa e aiuto alla persona:** parametri base Del. C.R.T. n. 311/98 con accentuazione della funzione sanitaria. Aggiunzione di n. 1634 ore annue di assistenza infermieristica (comprehensive delle funzioni di coordinamento) all'attivazione del modulo per garantire una appropriata continuità assistenziale sulle 24 ore, aggiunzione di prestazioni di assistenza alla persona: circa 408 ore annue all'attivazione del modulo e per i primi quattro ospiti ed ulteriori 408 ore per ogni gruppo di 4 ospiti successivi (per un totale, a regime dei 16 posti, di n. 1634 ore annue).

Tariffa complessiva:

quota capitaria sanitaria: vedi tabella allegato n.3 Modulo 4

quota di parte sociale: definita secondo la contrattazione territoriale, con riferimento alle voci di cui all' allegato n.4