

7-8-9 OTTOBRE 2020
BARI | FIERA DEL LEVANTE

**4° Forum
Mediterraneo
2020 in Sanità®**



*Assistenza sociosanitaria residenziale
principali riferimenti normativi nazionali*

Mariadonata Bellentani
Direttore Ufficio II
DG programmazione

#Openforumrisk

@ForumRisk   www.forummediterraneosanita.it

CONTESTO

chronic patients
care diseases
health

«L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno che coinvolgerà sempre più nazioni, non solo del mondo sviluppato».

JOHN BEARD,
Director Ageing and Life Course
Department 

La **transizione demografica ed epidemiologica verso la cronicità complessa e avanzata** impongono di rivedere le modalità di organizzazione e governance del sistema di continuità delle cure rivolto a 'coorti' sempre più numerose di malati fragili.

- invecchiamento
- famiglie unipersonali
- fragilità
- patologie croniche evolutive
- instabilità clinica
- bisogni sanitari e psicosociali

**Medicina della
complessità**

CONTESTO STRATEGICO

PIRAMIDE DELLA COMPLESSITÀ e
CRONICITÀ (Kaiser)
Piano Nazionale della Cronicità 2016
Accordo Stato, Regioni e Provincie
Autonome di Trento e Bolzano.



- ✓ OMS – Organizzazione mondiale per la salute
- ✓ Patto per la salute
- ✓ Piano Nazionale Cronicità e Piano Nazionale Prevenzione
- ✓ Patto della Sanità Digitale
- ✓ Piano Sanitario Digitale – PSD
- ✓ Il decreto rilancio DL 34/2020 convertito nella L. 77/2020

OCCORRE SVILUPPARE MODELLI
INNOVATIVI PER ASSICURARE LA
SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI DI WELFARE



Le indicazioni del «Decreto Rilancio»

Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77

Articolo 1 «Disposizioni in materia di assistenza territoriale»

Le Regioni adottano Piani di riorganizzazione della rete di assistenza territoriale, con:

Potenziamento delle cure domiciliari integrate sia per i pazienti affetti da Covid-19 o in isolamento, sia per tutte le persone malate croniche, fragili e non autosufficienti, la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso – *732 milioni di euro nel 2020*

Sperimentazione di strutture di prossimità, per la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione delle persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria e della comunità; con progetti che riducano l'istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati, anche tramite budget di salute – *25 milioni 2020 e 25 milioni 2021*

Rafforzamento delle attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite



Le indicazioni del «Decreto rilancio»

Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77

Articolo 1- ter «Linee guida per la gestione dell'emergenza epidemiologica presso le strutture per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizioni di fragilità»

Il Comitato tecnico sanitario è chiamato ad adottare apposite linee guida per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture pubbliche e private, accreditate, convenzionate e non convenzionate, comunque denominate dalle normative regionali, che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socio-educativo, socio-occupazionale o socioassistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità.

Nel rispetto dei seguenti principi:

- a) garantire la sicurezza e il benessere psico-fisico delle persone ospitate
- b) garantire la sicurezza del personale, anche attraverso la fornitura di idonei DPI;
- c) prevedere protocolli specifici per la tempestiva diagnosi dei contagi e l'attuazione delle misure di contenimento;
- d) disciplinare le misure di igiene fondamentali alle quali il personale in servizio è obbligato ad attenersi;
- e) prevedere protocolli specifici per la sanificazione periodica degli ambienti.

Tali strutture sono equiparate ai presidi ospedalieri ai fini dell'accesso, con massima priorità, alle forniture dei DPI e di ogni altro dispositivo o strumento utile alla gestione e al contenimento dell'emergenza da COVID-19.

Nuovi bisogni e nuove risposte

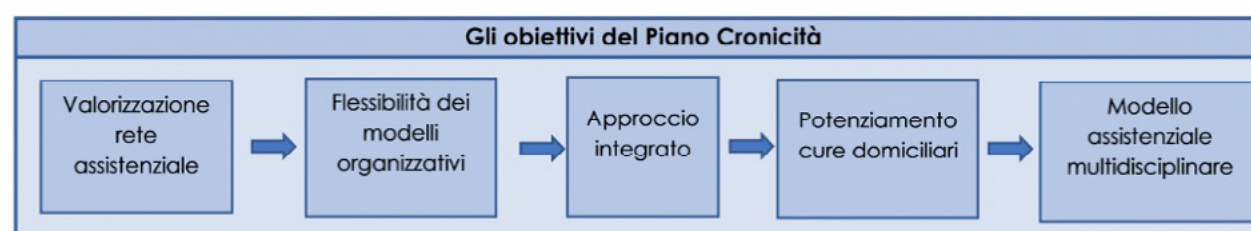
Continuità assistenziale

Care management

Sistema a rete

Tecnologie

Per garantire l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, come indicato nel Piano nazionale della cronicità, approvato con Accordo Stato-Regioni del 15.09.2016 (Rep. Atti n. 160/CSR), occorre attivare azioni di sistema sulla gestione del percorso assistenziale della cronicità, tese a migliorare gli aspetti organizzativi, gestionali e di governo che diano al cittadino la certezza sulla quantità e la qualità sui servizi e che conferiscano a tutto il territorio elementi di omogeneità in relazione allo standard di risposta assistenziale al bisogno.



Fonte: Piano Nazionale Cronicità



Nuovi bisogni e nuove risposte

Risulta fondamentale mettere al centro la persona e non la malattia, considerando i suoi trascorsi, i timori, le aspettative.

Tipologia di utenza

E' importante attuare, nelle residenze, miglioramenti assistenziali con operatori formati, strumenti e ausili idonei, tecnologie avanzate (soprattutto di sorveglianza di operatori e anziani),

Organizzazione e modalità di funzionamento

ma è altrettanto importante ripensare le forme di assistenza, che favoriscano nuove forme di domiciliarità e anche di residenzialità, con residenze per soggetti fragili non come strutture "chiuse" e a sé stanti, ma come strutture della comunità

Caratteristiche strutturali e tecnologiche

Strutture di comunità quotidianamente impegnate nel benessere dei residenti, siano essi ospiti per un periodo di tempo limitato o di lungo assistenza, e operanti in forma integrata con gli altri servizi del territorio, quali l'assistenza domiciliare, i centri diurni, le strutture intermedie, per garantire un'offerta flessibile di servizi di qualità, sostenibili e adattabili in ragione dei mutevoli bisogni delle persone.

Integrazione nel sistema di ass. territoriale



Gli ospiti delle strutture residenziali per anziani sono particolarmente vulnerabili all'infezione COVID-19 :

- Presentano spesso patologie di base o sono per lo più affetti da patologie croniche spesso multiple.
- Di solito hanno un'età avanzata.
- Hanno stretti contatti con altre persone (i loro caregiver) e gli altri ospiti.
- Trascorrono molto tempo in ambienti chiusi con popolazioni ugualmente vulnerabili.
- La presenza di ospiti con deterioramento cognitivo può rendere difficile l'applicazione delle precauzioni di contatto e dell'isolamento



Per gli *operatori* la facilità di trasmissione del virus nelle strutture residenziali è esacerbata dalla necessità di uno stretto contatto fisico con gli ospiti durante le attività di igiene personale, mobilizzazione, aiuto nell'alimentazione.

Per i *familiari* i gesti di affetto e la consueta vicinanza fisica possono favorire la trasmissione dell'infezione dagli uni agli altri.

Per i *volontari* (e molti sono persone anziane) le attività abitualmente loro affidate, quali fare compagnia, aiutare nella somministrazione dei pasti, possono favorire la trasmissione dell'infezione dagli uni agli altri.

Uno sguardo alla normativa sulle RSA – le indicazioni degli anni ‘90

➤ **Legge 11 marzo 1988, n. 67 (Legge finanziaria 1988) – art. 20**

Nell’ambito del programma pluriennale di investimenti in sanità si prevede anche la realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani e soggetti non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio e che richiedono trattamenti continui. *Tali strutture, che possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti letto ospedalieri, devono essere di dimensioni adeguate all’ambiente e integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni deteriorate;*



Rimangono temi aperti: la definizione di non autosufficienza e la stessa definizione di strutture residenziali

➤ **DPCM 22 dicembre 1989 «Atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani»**

Definisce le caratteristiche e requisiti delle RSA, nel rispetto del modello assistenziale adottato dalle Regioni/Province autonome, prevedendo anche standard dimensionali degli alloggi e delle camere e una superficie totale funzionale della struttura di mq. 40/45 per ospite. *Questo decreto è stato integrato e parzialmente sostituito dal DPR 14 gennaio 1997;*



L’unità organizzativa per l’erogazione delle prestazioni residenziali è il “Nucleo” - 20 p.l.

➤ **Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1991-1995 e linee guida sulle RSA del 31 marzo 1994.**

D.P.R. 14 gennaio 1997 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie»

Le R.S.A. sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello «alto» di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome

Requisiti minimi strutturali e tecnologici	
Capacità recettiva	Non inferiore a 20 posti e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti, articolata in nuclei da 10/20 soggetti.
Area destinata alla residenzialità	- camere da 1, 2, 3, 4, letti; in ogni camera è garantita la privacy di ogni ospite e l'accesso ed il movimento di carrozzine; - servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza; - ambulatorio-medicheria; - locale controllo personale con servizi igienici annessi; - cucina attrezzata; - spazi soggiorno/gioco-TV/spazio collettivo; - armadi per biancheria pulita; - locale deposito biancheria sporca; - locale per vuotatoio e lavapadelle; - locale deposito per attrezzature, carrozzine e materiale di consumo, ecc.; - attrezzature adattate ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti (letti, materassi e cuscini antidecubito, etc.).
Area destinata alla valutazione e terapie	- locali e attrezzature per prestazioni ambulatoriali e valutazioni specifiche; - area destinata all'erogazione delle attività specifiche di riabilitazione; - locali e palestra con attrezzature per le attività riabilitative previste.
Area di socializzazione	- angolo bar; - sale e soggiorni polivalenti; - locale per servizi all'ospite; - servizi igienici.
Aree generali di supporto	- ingresso con portineria, posta e telefono; - uffici amministrativi; - cucina, dispensa e locali accessori (se non appaltate all'esterno); - lavanderia e stireria (se non appaltate all'esterno); - magazzini; - camera ardente; - depositi pulito e sporco.

Requisiti minimi organizzativi	
VMD	- valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;
PAI	- stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;
Equipe	- lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare;
Dati	- raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della R.S.A.;
Famiglia	- coinvolgimento della famiglia dell'ospite;
Personale	- personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate.

Il decreto specifica che spetta alle singole regioni la determinazione degli standard di qualità che costituiscono requisiti ulteriori per l'accreditamento.

D.P.R. 14 gennaio 1997 *«Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie»*



Presupposti per l'assistenza in R.S.A.:

- Persone in condizioni di **non autosufficienza**, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste
- **non curabili a domicilio** e che necessitano di cure qualificate sul piano clinico e assistenziale

Alcune considerazioni *:

- Il termine “non autosufficienza”, utilizzato in Italia in diversi disposti normativi, non è mai stato declinato in maniera chiara.
- In linea di principio qualsiasi persona non autosufficiente è potenzialmente assistibile a domicilio anche se affetta da patologie complesse: tuttavia quanto più queste sono gravi ed evolutive tanto più si riduce la possibilità reale di assistenza familiare.
- Le condizioni di salute (o meglio la necessità di interventi sanitari specifici) influiscono sulla possibilità di essere assistiti a domicilio, perché impongono interventi assistenziali a diversi livelli di complessità e professionalità e questo può risultare più o meno compatibile con l'organizzazione familiare. Le diverse problematiche impattano sul carico assistenziale in termini di specificità dell'intervento, orari di copertura, stress dei familiari e vanno valutate in rapporto alla organizzazione domestica.
- Un bisogno assistenziale elevato rappresenta un fattore determinante, anche se non assoluto, per la opzione della istituzionalizzazione e gli strumenti di Valutazione Multidimensionale offrono la possibilità di analizzare in modo sistematico questi problemi, nonché di pesarli in termini di bisogno assistenziale (Landi 2000, Brizioli 2003, Bernabei 2008).
- Le problematiche più difficilmente gestibili sono quelle di tipo cognitivo e comportamentale, perché continuative nell'arco della giornata ed associate ad un progressivo deperimento del rapporto relazionale tra caregiver ed assistito (Spingate 2014).

** Dalla relazione finale del progetto «Assistenza sociosanitaria: fabbisogni e costi», Agenas, 2015.*

Riferimenti normativi – la difficile individuazione dell'area sociosanitaria

Il D.lgs. 229/99, nel modificare il D.lgs. 502/92, inserisce la definizione di prestazioni sociosanitarie (art. 3-septies) e, tra queste, «le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sociale e sanitaria», caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, che attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative...

Il DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, che classifica le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e assistenziali erogate dalle strutture residenziali. Retta RSA con 50% dei costi a carico dell'utente o del comune

Il DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei Livelli essenziali di assistenza - allegato 1C, area sociosanitaria, che comprende:

Assistenza territoriale residenziale		
Attività sanitaria e sociosanitaria in programmi riabilitativi a favore di anziani	prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva	[a carico del Ssn]
	prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale , ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco]	50%
	prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna fianco]	50%

focus: accreditamento delle strutture socio-assistenziali

- **Legge 8 novembre 2000, n. 328** *"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"* – l'art. 11 fissa alcuni principi generali sull'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture socio-assistenziali.
- **Decreto Ministeriale 21 maggio 2001, n. 308**, Regolamento concernente *"Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma della legge 8 novembre 2000, n. 328"*. Il Decreto individua 4 tipologie di strutture socio-assistenziali:
 - strutture a carattere comunitario (capienza da 7 a 20 posti letto)
 - strutture a prevalente accoglienza alberghiera (destinate ad anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti)
 - strutture protette (destinate ad utenza non autosufficiente)
 - strutture a ciclo diurno (eventualmente interne o collegate ad una struttura residenziale)

Sono inoltre individuate le "Strutture di tipo familiare e comunità di accoglienza minori" con capienza fino a 6 posti, destinate ad anziani, disabili, minori ed adulti in difficoltà. Il decreto non riguarda le RSA, per le quali resta vigente la specifica normativa.
- **D.P.R. 3 maggio 2001** *"Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003"*.

Eventuali ulteriori requisiti per case di riposo, case famiglia, case albergo, comunità alloggio, RSSA per persone anziane richiedono il necessario coinvolgimento dei soggetti competenti, prima di tutto i Comuni e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Il Flusso informativo FAR e l'impegno volto ad identificare le residenze per intensità e complessità assistenziale

DM 17 dicembre 2008, come modificato dal DM 6 agosto 2012 *"Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"* – Flusso informativo dell'assistenza residenziale (Flusso FAR) per persone anziane e soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Codice	Descrizione
R1	Trattamenti erogati in Unità d'offerta residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali e in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienti respiratore, persone terminali etc.)
R2	Trattamenti erogati in Unità d'offerta residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.
R2D	Trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Unità d'offerta Residenziali), che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico".
R3	Trattamenti erogati in Unità d'offerta residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità d'offerta residenziali di Mantenimento)
SR1	Trattamenti Semiresidenziali – Trattamenti di riabilitazione e di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
SR2	Trattamenti Semiresidenziali Demenze – trattamenti di cure estensive per persone con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale erogate in unità d'offerta o in centri diurni.

Per "prestazione residenziale" non si intende il singolo atto assistenziale, ma il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore, a categorie omogenee di utenti all'interno di adeguati moduli organizzativo-professionali

Le residenze R2 e R3 identificano di norma le RSA previste dalle norme regionali.

- R2 a alta intensità sanitaria, di durata limitata (in genere 60-90 gg.)
- R3 a bassa intensità sanitaria, di mantenimento e lungo assistenza

Sulla base del documento « finale del Gruppo 12 "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" del 2006, relativo al Programma Mattoni del SSN.

DPCM 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*
Capo IV «Assistenza sociosanitaria»

- Sono inseriti nei Lea i **percorsi assistenziali integrati** (art. 21) con indicazione del percorso di presa in carico a garanzia della continuità dell'assistenza

Accesso unitario, valutazione multidimensionale con strumenti validati, piano assistenziale individuale, esecuzione dei trattamenti da parte dell'equipe di cura.

Previsto il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia e con il Medico di medicina generale o Pediatra di libera scelta in qualità di coordinatore dell'attività clinica.

Si riconosce che nei LEA vi sono i percorsi di cura

e si descrivono i passaggi della presa in carico e il ruolo di coordinamento clinico del MMG/PLS

- La norma precisa **che la priorità va data all'assistenza a domicilio:**

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

La priorità è l'assistenza nel luogo di vita

L'assistenza residenziale nei livelli essenziali di assistenza

L'assistenza residenziale nei LEA è differenziata in diversi livelli di intensità e complessità assistenziale, con trattamenti:

- **intensivi** (per accogliere le persone con necessità di supporto alle funzioni vitali, spesso dimesse dall'ospedale)
- **estensivi** (per persone che richiedono elevata assistenza sanitaria e continuità dell'assistenza)
- **di lungoassistenza e mantenimento** (per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate a domicilio per difficoltà familiari/sociali)

Non sono variate le quote di compartecipazione a carico del Comune o dell'assistito.



Che possono farsi corrispondere alle tipologie di strutture o di moduli di una singola struttura, come descritte dal Mattone 12 e dalle esperienze regionali

R1 – Nuclei speciali per stati vegetativi, centri risvegli, altri centri con supporto alle funzioni vitali

R2 – Residenzialità/moduli estensivi, spesso post-acuzie e con valenza riabilitativa, di norma 60-90 giorni

R3 – Residenze/moduli di mantenimento, a lungo assistenza

SR - Strutture semiresidenziali come Centri diurni demenze e Caffè Alzheimer

Residenzialità e semi-residenzialità per persone NON AUTOSUFFICIENTI (artt. 29 e 30)

	Trattamenti	Target	Descrizione	Note
RESIDENZIALITÀ	Intensivi, ad elevato impegno sanitario (art. 29)	persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore	Prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici	Durata del trattamento: è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica VMD A totale carico del SSN
	Estensivi di cura e recupero funzionale	Persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica h24	Prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e tutelari, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici, educazione terapeutica del paziente e del caregiver	Durata: di norma <u>≤60 giorni</u> , fissata sulla base delle condizioni dell'assistito e VMD; A totale carico del SSN
	Lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale	Persone non autosufficienti e interventi di sollievo per chi assicura le cure	Come sopra più attività di socializzazione e animazione	A carico del SSN per il 50% della tariffa giornaliera
SEMI RESIDENZIALITÀ	Lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, compresi interventi di sollievo	Non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria; comprese persone con demenza	Trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo	A carico del SSN per il 50% della tariffa giornaliera

DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza

**Residenzialità e semiresidenzialità per persone con DISABILITÀ
fisiche, psichiche e sensoriali (art. 34) – con progetto riabilitativo individuale**

	Trattamenti	Target	Standard	Note
RESIDENZIALITÀ	Riabilitazione intensiva	Persone di ogni età non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica, con disabilità complesse e modificabili	Intervento riabilitativo = 3h die Infermiere h24 Durata di norma ≤ 45 giorni, con possibilità di nuova VMD che rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo	A totale carico del SSN
	Riabilitazione estensiva	Persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale	Intervento = 1h die Personale sociosanitario h24 durata ≤ 60 giorni, rivalutabile	A totale carico del SSN
	Socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, insieme a prestazioni assistenziali	Persone disabili non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate	Moduli differenziati: 1) disabili gravi con elevato impegno assistenziale	A carico del SSN per il 70%
			2) Disabili con moderato impegno assistenziale e tutelare	A carico del SSN per il 40%
SEMI RESIDENZIALITÀ	Riabilitazione estensiva (in ambito diurno)	Persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale	Intervento = 1h die durata ≤ 60 giorni, rivalutabile	A totale carico del SSN
	Socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue e assistenziali (in ambito diurno)	Non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate	Non previsti standard, si prevedono trattamenti socio-riabilitativi, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità	A carico del SSN per il 70%

DPCM 12 gennaio 2017 di definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza

focus: Accredimento delle strutture sanitarie

- **Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e modificazioni, articoli da 8-bis a 8-quinquies** (sistema di autorizzazione alla realizzazione; autorizzazione all'esercizio; accreditamento istituzionale; accordi contrattuali – per tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie)
- **DPR 14 gennaio 1997** - che definisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, tra le quali le RSA
- **Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012** sul documento “Disciplinare per la revisione della normativa dell'accREDITamento, in attuazione dell'art. 7, comma 1, del Patto per la salute 2010-2012”.
- **Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015** in materia di adempimenti relativi all'accREDITamento delle strutture sanitarie.

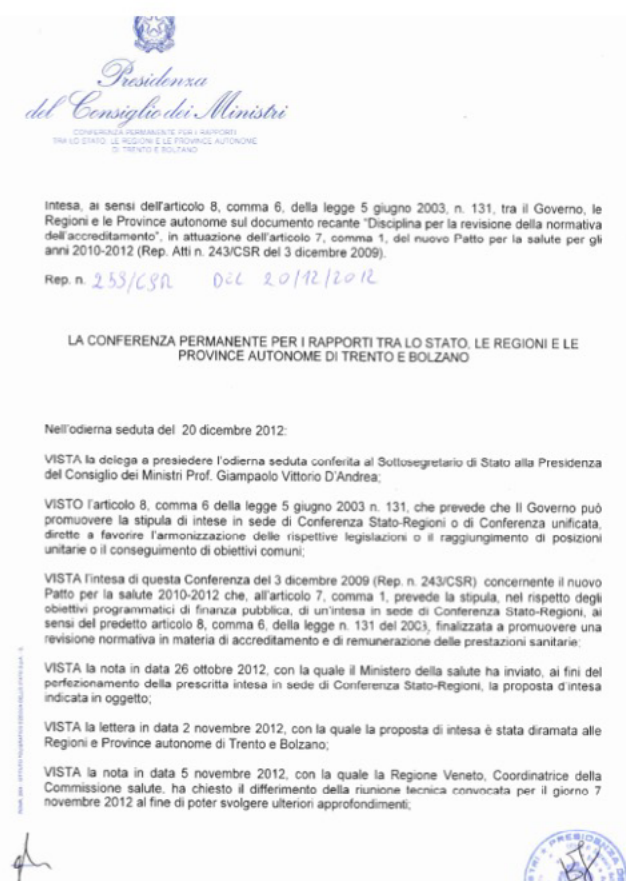


Riferimenti non normativi:

Documento «Prestazioni residenziali e semiresidenziali», 2006

Documento Agenas di proposta di requisiti delle strutture sociosanitarie territoriali.

Accreditamento: Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (rep. atti n. 259/CSR)



1. Approva il "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accREDITamento",
2. Prevede l'istituzione di un Tavolo di lavoro misto Ministero-Agenas-Regioni:
 - coordinato dal Capo Segreteria Tecnica o altro rappresentante del Ministro
 - composto da rappresentanti di Ministero, Agenas, Regioni e Province A.
 - che dovrà definire modalità e tempi di adeguamento ai contenuti del disciplinare
3. Dedicare un paragrafo ad hoc alle verifiche in loco sulle strutture sanitarie da parte delle Regioni e Prov.A., i cui termini di validità non dovranno superare il quinquennio.

Un esempio - Assistenza sanitaria per regione e figura professionale nelle strutture residenziali con livello assistenziale medio e medio-basso

		strutture residenziali per anziani	
		intensità media	intensità medio-bassa
EMILIA-ROMAGNA	DIVERSI: cambia il numero di OSS	OSS 1 ogni 2 pazienti	OSS 1 ogni 3,1 paz.
VENETO	DIVERSI: cambia il numero di OSS e infermieri	OSS 1 ogni 2,4 paz INF 1 ogni 12 paz	OSS 1 ogni 2,5 paz INF 1 ogni 15 paz
LOMBARDIA	COINCIDONO		
TOSCANA	Sono previsti 4 livelli di assistenza per i quali cambiano i minutaggi dell'Oss, infermiere e fisioterapista	OSS 32640 ore x 40 paz INF 8170 ore x 40 Paz FISIO 3268 ogni 40 paz	OSS 32640 ore x 40 paz INF 6536 ore x 40 Paz FISIO 1634 ogni 40 paz
CAMPANIA	Sono previsti 2 livelli assistenziali (medio e alto) che differiscono per i minutaggi dell'OSS e dell'infermiere	OSS 4 ogni 20 paz INF 2 ogni 20	OSS 2 ogni 20 paz INF 1 ogni 20
PUGLIA	COINCIDONO	OSS 1 ogni 4 paz INF 1 ogni 15 paz	

tratti dal Progetto Agenas "assistenza sociosanitaria: fabbisogni e costi", anni 2012-2014

- **E' opportuno intervenire per aggiornare i requisiti essenziali delle residenze, e l'attuale modello RSA - luoghi di prossimità**

Con caratteristiche di
Proattività
Prossimità /territorialità
Multiprofessionalità
Equità

Alcuni aspetti organizzativi :

Responsabilità sanitaria
Potenziamento delle relazioni tra ASL e Residenze
Percorsi definiti per visite specialistiche, ricoveri ospedalieri (non PS)
Potenziamento dell'assistenza sanitaria
Formazione del personale
Protocolli per la gestione delle emergenze sanitarie

Presidi sul territorio, capaci di rafforzare interventi di prossimità

con azioni da progettare insieme alla comunità locale: aiuti domiciliari, di varia tipologia e intensità, centri diurni, sostegni ai familiari, supporti al lavoro privato di cura, proposte per l'invecchiamento attivo, azioni di informazione, orientamento e counseling.

Rimane ferma l'esigenza di favorire, come prioritaria, l'home care, la permanenza delle persone anziane nell'ambiente in cui hanno vissuto e nella comunità di cui fanno parte.

In conclusione

La definizione delle modalità attraverso le quali rispondere alla crisi Covid-19 nelle strutture residenziali non deve dipendere da decisioni autonome delle strutture, ma da **una corretta normativa sui requisiti essenziali di sicurezza e qualità delle cure, dal supporto per la loro rigorosa attuazione anche con programmi formativi, da una vigilanza continua sul loro rispetto.**

Range di servizi integrati, di continuità delle cure, mirati a:

- supportare la dimissione tempestiva,
- favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato,
- evitare ricoveri ospedalieri inappropriati,
- ridurre l'utilizzo evitabile della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione.

Grazie dell'attenzione

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

Torna all'inizio