Gruppo di ricerca geriatrica

22 GENNAIO 2016

Le Residenze Sanitarie Assistenziali Aperte in Lombardia: PRIME ESPERIENZE.

Corrado Carabellese

Il piano regionale di sviluppo ha individuato la necessità di operare un riordino del sistema sanitario e socio sanitario lombardo che permetta di mantenere e migliorare livelli raggiunti, …… pur in un contesto nel quale alla crescita della domanda sanitaria e socio sanitaria corrisponde una contrazione delle risorse disponibili. (DGR 1185/13)

Oggi in Lombardia si registrano oltre 3 milioni di pazienti cronici, pari al 30% della popolazione: il trattamento di questi soggetti rappresenta il 70% della spesa sanitaria. (DGR 1185/13)

L'aumento della fragilità e della cronicità pone infatti problemi di sostenibilità economica del sistema ospedale – territorio, derivante anche da un'inappropriatezza nell'accesso ai servizi, (DGR 1185/13)

Definizione di un assetto organizzativo in grado di consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e caratterizzato da prossimità, presa in carico e continuità delle cure. (DGR 1185/13)

Rete territoriale

E' necessario promuovere e sostenere una «cultura» dell'assistenza territoriale che sviluppi un proprio sistema di regole, organizzativo e di pratiche basato sui seguenti principi:

Prossimità: un modello vicino alle persone ed alle famiglie, che orienti e faciliti l'accesso ai servizi territoriali sanitari e socio sanitari.

Presa in carico: la valutazione multidimensionale del bisogno è lo strumento che garantisce appropriatezza nell'accesso ai servizi territoriali. La valutazione del bisogno deve essere unica per accedere all'assistenza sanitaria e socio sanitaria e, in prospettiva, anche a quella sociale. E' fondamentale in questo senso la collaborazione del MMG, parte attiva rispetto ai processi di valutazione del bisogno e attore chiave per l'integrazione di prestazioni sanitarie (CReG, protesica, etc) e socio sanitarie (ADI, cure intermedie, etc) in un unico Piano di Assistenza Individuale. (DGR 1185/13)

Continuità assistenziale: tale principio deve essere letto come capacità di seguire i pazienti nel loro cammino dal territorio all'ospedale ed ancora al territorio. L'obiettivo è facilitare la ricomposizione dei servizi che vanno a costituire il piano di assistenza individuale, definito in sede di valutazione multidimensionale.

Si osserva d'altra parte che mentre l'assistenza ospedaliera trova nell'ospedale un punto di erogazione ben riconoscibile e tradizionalmente consolidato, l'assistenza territoriale non è ancora riuscita ad individuare un analogo punto di riferimento per i cittadini. (DGR 1185/13)

GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

RSA APERTA

UNA RISORSA PER LA FAMIGLIA A SOSTEGNO DELLA CURA DOMICILIARE.

RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 2942 Seduta del 19/12/2014

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali MARIO MANTOVANI *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
MARIA CRISTINA CANTU'
CRISTINA CAPPELLINI
GIOVANNI FAVA
MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
FABRIZIO SALA
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Maria Cristina Cantù

Oggetto

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI AI SENSI DELLA DGR 116/2013: SECONDO PROVVEDIMENTO ATTUATIVO - CONFERMA MISURE AVVIATE NEL 2014 E AZIONI MIGLIORATIVE

INDICAZIONI OPERATIVE PER IL 2015 E AZIONI MIGLIORATIVE
La governance

la **valutazione multidimensionale del bisogno, primo luogo della presa in** carico globale della persona che richiede integrazione tra professionalità e istituzioni diverse.

Progetto individuale : tradurre gli esiti della valutazione del bisogno in un progetto assistenziale adeguato alle necessità della persona e della famiglia, e comporsi delle diverse e migliori opportunità d'intervento messe in campo dalle misure previste o definire la durata prevista del progetto e il voucher mensile corrispondente al livello di bisogno a sostegno della realizzazione del piano di assistenza individualizzato o essere condiviso con la famiglia.

MISURA 4
RSA aperta

Al contrario, la misura “RSA aperta” è stata introdotta, per la prima volta, in fase di prima applicazione della DGR n. 856/2013 ed inoltre, è stata, indirizzata alle persone affette da demenza, un segmento di popolazione, tra i meno assistiti dalla rete d’offerta; infatti, sono quasi sempre le famiglie ed i caregiver ad assumersi il carico assistenziale dal punto di vista sia materiale sia emotivo. Tutto ciò ha determinato un avvio graduale e “silenzioso” dell’”RSA aperta” a partire dal secondo trimestre dell’anno. La misura è comunque decollata positivamente passando da 950 persone valutate nel secondo trimestre a 1984 nel terzo. (confrontare anche il report in appendice al presente provvedimento: Allegato D – sezione 1)

MISURA 4
RSA aperta

Azioni migliorative specifiche

1. *Destinatari: dal 2015 la misura sarà estesa anche alle persone non autosufficienti che abbiano compiuto 75 anni.* In attesa di definire uno strumento omogeneo sul territorio regionale, l'accesso è garantito, a seguito di valutazione multidimensionale mediante le scale in uso nelle ASL. Le persone con demenza, continuano ad accedere con le stesse modalità individuate nella circolare 1/2014 (Certificazione UVA/specialista neurologo/geriatra). La scala RSS (punteggio minimo 31) sarà utilizzata per la valutazione del care giver/familiare sia in caso di demenza sia in caso di non autosufficienza.

MISURA 4
RSA aperta

Azioni migliorative specifiche

2. *Progetto individuale: Se la persona, a seguito dell'esito della valutazione* risulta idonea per la misura, la ASL predispone il Progetto Individuale secondo le linee generali più sopra declinate, indicandone la durata prevedibile. In particolare, l'esito della valutazione deve essere tradotto in un profilo assistenziale corrispondente ad un pacchetto di interventi a bassa, media e/o alta intensità, collegato anche a un preciso valore mensile di voucher.

Il Progetto Individuale potrebbe anche essere composto da più di un profilo (es. un primo periodo con un profilo di media intensità e un periodo successivo con un profilo di bassa intensità) al fine di garantire la necessaria flessibilità degli interventi, fermo restando che, su richiesta del Soggetto gestore, il Progetto Individuale può essere riaggiornato quando le mutate condizioni della persona lo richiedono.

Di seguito si descrivono i profili di riferimento, corrispondenti ad ogni livello di intensità del bisogno:

Profilo 1: valore voucher: 350 euro Prestazioni, anche di lunga durata, ma tendenzialmente legate all'intervento di singoli professionisti (ASA/OSS ed educatore, ecc..), con l'obiettivo di integrare/sostituire il lavoro del caregiver. Questo profilo può essere accompagnato da una valutazione da parte di una figura professionale per verificare la situazione ambientale e familiare o da care management leggero.

Profilo 2: valore voucher: 500 euro Prestazioni a maggiore integrazione professionale e/o interventi che, a seguito di una valutazione multiprofessionale, prevedono accessi a frequenza decrescente per es. per addestrare il caregiver (es. tecniche di assistenza nelle ADL, gestione dei disturbi comportamentali ecc).

Profilo 3: valore voucher: 700 euro Prestazioni a carattere continuativo o di lunga durata e a diverso mix professionale a maggiore intensità assistenziale, necessità di maggiore integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, accompagnati da eventuale valutazione anche complessa e/o care management anche intenso.

MISURA 4

RSA aperta

Di seguito si descrivono i profili di riferimento, corrispondenti ad ogni livello di intensità del bisogno:

Profilo 1: valore voucher: 350 euro, Prestazioni, anche di lunga durata, ma tendenzialmente legate all'intervento di singoli professionisti (ASA/OSS ed educatore, ecc..), con l'obiettivo di integrare/sostituire il lavoro del caregiver. Questo profilo può essere accompagnato da una valutazione da parte di una figura professionale per verificare la situazione ambientale e familiare o da care management leggero.

Profilo 2: valore voucher: 500 euro, Prestazioni a maggiore integrazione professionale e/o interventi che, a seguito di una valutazione multiprofessionale, prevedono accessi a frequenza decrescente per es. per addestrare il caregiver (es. tecniche di assistenza nelle ADL, gestione dei disturbi comportamentali ecc).

Profilo 3: valore voucher: 700 euro, Prestazioni a carattere continuativo o di lunga durata e a diverso mix professionale a maggiore intensità assistenziale, necessità di maggiore integrazione con altri servizi sociali e sociosanitari, accompagnati da eventuale valutazione anche complessa e/o care management anche intenso.

MISURA 4

RSA aperta

Azioni migliorative specifiche

3. ***Il Piano di Assistenza Individualizzato***. *L'Ente gestore, sulla base del Progetto* Individuale predisposto dall'ASL, ed in particolare in relazione ai profili definiti, deve comporre i pacchetti con le prestazioni che meglio rispondono ai bisogni delle persone.

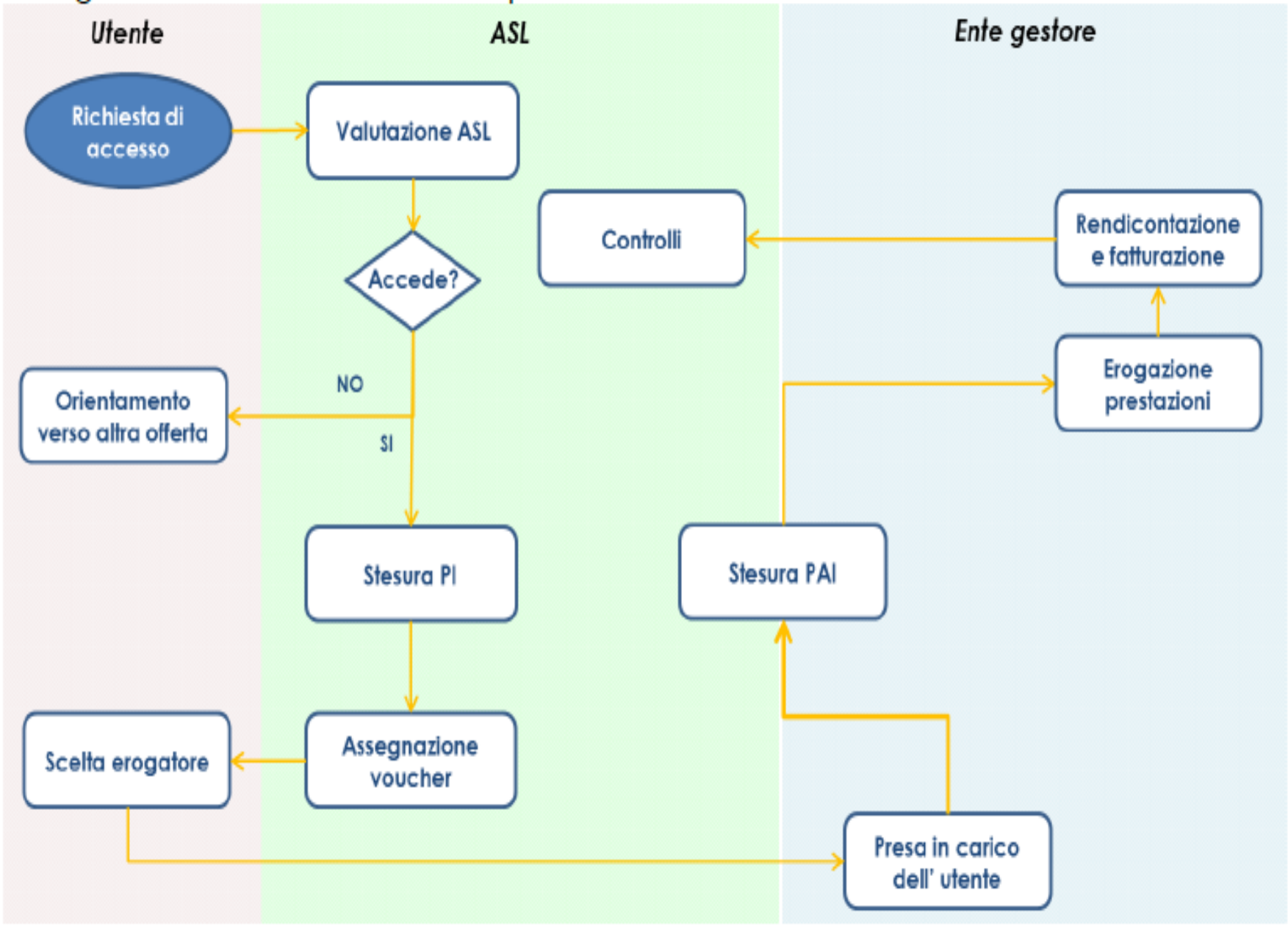
Il PAI ha una durata flessibile in funzione delle esigenze della persona e di quanto previsto dal Progetto Individuale e può essere composto da un'unica tipologia di pacchetto o da diverse tipologie (es. 2 mesi voucher a media intensità e 3 mesi a bassa intensità) previo accordo con l'ASL.

Se il pacchetto non viene interamente consumato nell'arco del mese, può essere consumato il mese successivo, così come, se viene consumato in misura eccedente, si può compensare con il mese successivo, fino ad esaurimento del PAI.

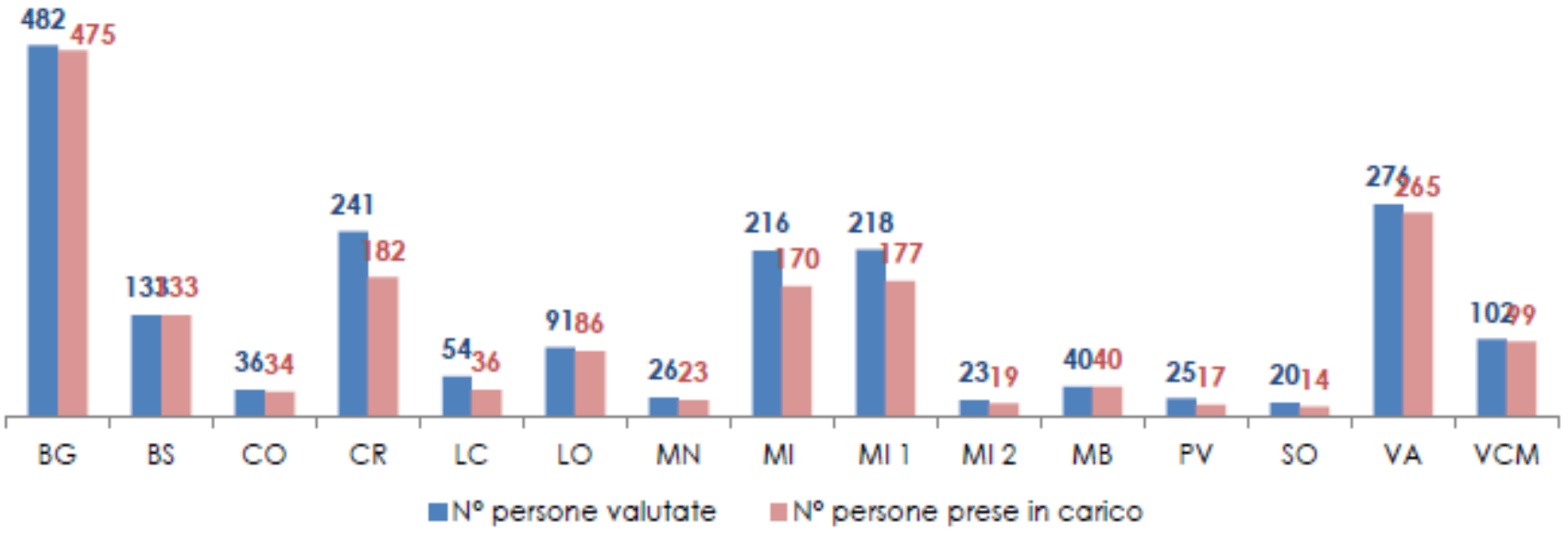
Il pacchetto, costruito su base mensile, facilita la possibilità di inserire nuove prestazioni o escludere quelle non più necessarie così da modulare gli interventi sulla reale dinamicità dei bisogni delle persone e delle famiglie.

Ogni pacchetto potrebbe essere integrativo di altri servizi/prestazioni della rete d'offerta sociale, socio sanitaria o sanitaria prevedendo, quindi un lavoro sinergico e integrato con ASL, Comune, Azienda ospedaliera e MMG.

Di seguito si indica lo schema del percorso:

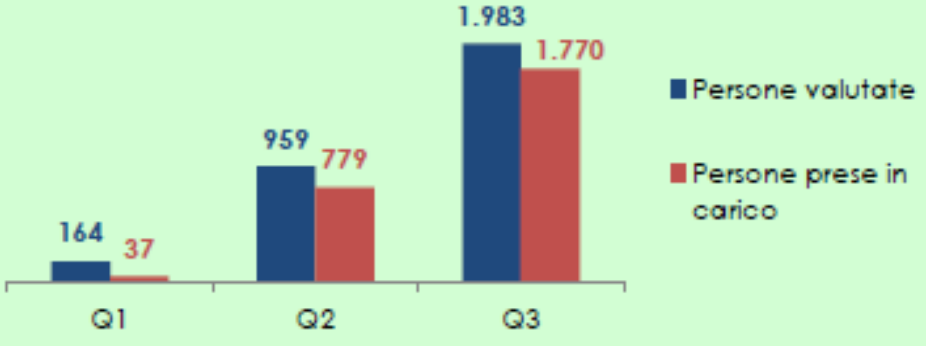


MISURA 4 – RSA APERTA
Beneficiari



Il numero di persone valutate è pari a **1.983**. Di queste il numero di persone che al 30 settembre 2014 ha usufruito del voucher e quindi è stato preso in carico da un ente gestore è pari a **1.770**

Andamento del numero utenti valutati e presi in carico nei tre trimestri



Fonte: Dati economici Flusso 1°, 2° e 3°(provvisorio) trimestre 2014

MISURA 4 – RSA APERTA

AZIONI MIGLIORATIVE PER RSA APERTA

- Accessibile anche alle persone non autosufficienti dai 75 anni compiuti
- Valutazione del bisogno da parte della ASL
- Scelta tra tre tipologie di pacchetti di prestazioni correlati all'intensità del bisogno (in corso di definizione)
- Definizione di tre voucher correlati all'intensità del bisogno (valore medio dei voucher € 500)
- Individuazione di una figura di riferimento per la persona, che sia garante dell'attuazione del PAI e dei rapporti con la ASL (care manager)

RISORSE STIMATE PER 1 ANNO: EURO 36,5 MILIONI

MISURA 4 – RSA APERTA

ASL effettua la valutazione del bisogno e assegna un profilo di gravità alla persona, cui corrisponde un voucher correlato all'intensità del bisogno

Profilo 1	Prestazioni tendenzialmente legate all'intervento di singoli professionisti (ASA/OSS ed educatore, ecc..), con l'obiettivo di integrare/sostituire il lavoro del *caregiver* stabile	***Voucher € 350***
Profilo 2	Prestazioni a maggiore integrazione professionale, interventi che, a seguito di una valutazione multidimensionale e pluriprofessionale, prevedono accessi a frequenza decrescente per addestramento del *caregiver* (es. tecniche di assistenza nelle ADL, gestione dei disturbi comportamentali)	***Voucher € 500***
Profilo 3	Prestazioni di lunga durata e a diverso mix professionale a maggiore intensità assistenziale e necessità di maggiore integrazione con altri servizi sociali, sociosanitari e sanitari	***Voucher € 700***

L'Ente gestore, sulla base del Progetto Individuale contenente i Profili, deve comporre i pacchetti (voucher corrispondente al profilo) con le prestazioni che meglio rispondono ai bisogni delle persone

ELENCO PRESTAZIONI UTILI A COSTRUIRE PACCHETTI DI DIVERSA INTENSITA ASSISTENZIALE

- **Integrazione del lavoro del *caregiver*/Sostituzione temporanea *caregiver*** una o più volte la settimana per prestazioni di carattere tutelare (igiene personale, trasferimenti letto-sedia, bagno assistito, imboccamento, aiuto per vetirsi, mobilizzazione, massaggi ecc.) oppure una mattina o un pomeriggio alla settimana, per permettere al care giver/ badante di riposare, uscire di casa, gestire commissioni ecc.
- **Interventi qualificati di accompagnamento**, dialogo e arricchimento del tempo, uscite per mantenere relazioni e favorire l'autonomia motoria
- **Adattamento degli ambienti**: analisi degli ambienti in relazione alla specificità della situazione delle persona e della famiglia e proposta di interventi e soluzioni
- **Addestramento del caregiver**, per un tempo circoscritto, per gli ambiti NON di competenza ADI/SAD (ad esempio, per l'addestramento all'igiene personale o all'organizzazione di vita o per interventi di stimolazione cognitiva)
- **Stimolazione cognitiva, di sostegno a BPSD**
- **Counselling e terapia occupazionale**
- **Altre attività integrative presso RSA o CDI**

COSTI DA UTILIZZARE PER LA RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

A. Costo orario assunto per personale

Figura professionale	*Costo orario*	*Costo omnicomprensivo*
ASA/OSS	euro 17	euro 21
Infermiere professionale	euro 22	euro 27
Medico	euro 45	euro 54
FKT	euro 22	euro 27
Psicologo	euro 40	euro 48
Educatore / Animatore	euro 20	euro 24
Assistente sociale	euro 22	euro 27

B. Costo assunto per accesso per una giornata al CDI/RSA o una giornata (24H) di ricovero residenziale temporaneo in RSA

Accesso in struttura	*Costo a giornata*
Semi residenziale CDI	euro 29
Residenziale RSA	euro 40

I posti da destinare alla misura devono essere accreditati non a contratto

FUNZIONI TRASVERSALI AI DIVERSI PACCHETTI

Valutazione semplice e complessa

Oltre alla valutazione del bisogno per l'accesso alla misura è prevista una prestazione di valutazione del bisogno da parte di personale specializzato della struttura. La valutazione può essere effettuata

– in avvio del PAI, a domicilio della persona, per valutare il contesto familiare e ambientale, le eventuali risorse già attive ecc. per meglio definire e calibrare gli obiettivi e gli interventi del PAI

–oppure, anche a PAI avviato, in situazioni di possibile complessità, valutazione effettuata in équipe, per una lettura approfondita della situazione funzionale, osservazione dell'ambiente, identificazione degli obiettivi e declinazione di un possibile PAI integrato con altre unità d'offerta (es. ADI)

Valutazione semplice	• Effettuata dal medico • Si considerano circa 90 minuti, incluso il tempo di spostamento e la stesura della relazione	**81 €**
Valutazione complessa	• Effettuata dal medico con infermiere o assistente sociale • Si considerano circa 2 ore per medico e 2 ore per l'altra figura professionale, incluso il tempo di spostamento e la stesura della relazione	**162 €**

FUNZIONI TRASVERSALI AI DIVERSI PACCHETTI

Care management

Il care manager, affiancandosi alle diverse professionalità, accompagna la famiglia e la persona per informarla, indirizzarla ed orientarla fornendo indicazioni utili di vario genere, tenere contatti con la rete dei sociale e sociosanitaria.

PRESTAZIONI	DESCRIZIONE	ATTIVITA'	COSTO
Care management leggero	Contatti telefonici di rassicurazione, informazione, orientamento aiuto alla famiglia nella costruzione e governo del piano assistenziale e mediazione di rete	Contatti telefonici di 15 minuti ogni 15 giorni da parte dell'assistente sociale	14 €
Care management di media-alta intensità	Reperibilità telefonica, contatti telefonici programmati, accessi settimanali domiciliari, incontri periodici con i familiari	1 contatto telefonico ogni 15 giorni + 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni 15 giorni da parte dell'assistente sociale	41 €
Care management intenso	Reperibilità telefonica, contatti telefonici programmati, accessi settimanali domiciliari, incontri periodici con i familiari	1 contatto telefonico ogni settimana + 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni settimana da parte dell'assistente sociale	81 €

ESEMPIO DI PACCHETTO A BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE

Prestazioni tendenzialmente legate all'intervento di singoli professionisti (ASA/OSS ed educatore, ecc..), con l'obiettivo di integrare/sostituire il lavoro del *caregiver* stabile

***Declinazione del profilo*:**
- Valutazione semplice
- Sostituzione temporanea del *caregiver* principale
- Integrazione del lavoro assistenziale
- Care management leggero

ATTIVITA	PROFESSIONALITA	N. ACCESSI	COSTO TEORICO
Valutazione clinica semplice	Medico	1 accesso	Euro 81
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA/OSS	Accessi variabili per un totale di 12 ore mensili	Euro 252
Care management leggero	Assistente sociale / /Educatore	1 contatto telefonico ogni 15 giorni per 15 minuti	Euro 14
TOTALE PACCHETTO			**Euro 347**

ESEMPIO DI PACCHETTO A MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE

Prestazioni a maggiore integrazione professionale, interventi che, a seguito di una valutazione multiprofessionale, prevedono accessi a frequenza decrescente per addestramento del caregiver (es. tecniche di assistenza nelle ADL, gestione dei disturbi comportamentali)

Declinazione del profilo:

- Valutazione multiprofessionale
- Attività di addestramento del caregiver con adeguata professionalità
- Attività di riabilitazione cognitiva
- Attività di care management

ATTIVITA	PROFESSIONALITA	N. ACCESSI	COSTO
Valutazione complessa	Medico, Infermiere / Assistente Sociale	1 accesso	Euro 162
Interventi di stimolazione cognitiva	Educatore	Accessi variabili per un totale di 13 ore mensili	Euro 312
Care management a media intensità	Educatore / Assistente Sociale	1 contatto telefonico ogni 15 gg per 15 min + 1 visita domiciliare di 30 min ogni 15 gg	Euro 41
TOTALE PACCHETTO			**Euro 515**

ESEMPIO DI PACCHETTO AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE

Prestazioni di lunga durata e a diverso mix professionale a maggiore intensità assistenziale e necessità di maggiore integrazione con altri servizi sociali, sociosanitari e sanitari

Declinazione del profilo

- Valutazione multiprofessionale
- Integrazione di maggiore intensità del lavoro tutelare, con il possibile coinvolgimento di mix professionali specifici
- Sostegno alla famiglia
- Operare in sinergia con ASL, Comuni, servizi territoriali e tutti i soggetti coinvolti

ATTIVITA	PROFESSIONALITA	N. ACCESSI	COSTO TEORICO
Valutazione complessa	MEDICO / INFERMIRE /AS	1 accesso di 2 ore	Euro 162
Integrazione del lavoro del caregiver	ASA/OSS	Accessi variabili per un totale di 22 ore mensili (es. 2 accessi a settimana da 3 ore ad accesso)	Euro 462
Care management ad alta intensità	AS/EDUCATORE	1 contatto telefonico ogni sett. per 15 minuti + 1 visita domiciliare di 30 minuti ogni sett.	Euro 81
TOTALE PACCHETTO			**Euro 705**

MISURA 4 – RSA APERTA

Strutture erogatrici

- *RSA*

Requisiti generali

- *Requisiti soggettivi per la sottoscrizione del contratto (dgr 2569/14)*
- *Requisiti organizzativi e gestionali*
  - *Carta dei Servizi*
  - *Documentazione riferita ad ogni singolo utente*
  - *Procedura gestione farmaci se necessaria*
  - *Predisposizione di PAI/PEI entro 5 giorni dalla presa in carico in coerenza con Progetto Individuale e condivisione con beneficiario/familiare/caregiver*

Requisiti specifici

- *Confermati i requisiti previsti dalla dgr 856/13*

RSA APERTE – MISURA 4

Accesso, Valutazione e Progetto Individuale

La valutazione è in capo all'ASL di residenza che deve coinvolgere in questo percorso il MMG e altri soggetti, con particolare riferimento al Comune per i profili di rilievo sociale e all'Azienda Ospedaliera per i profili di rilievo specialistico, valorizzando anche le esperienze in atto nel territorio, che hanno introdotto la figura dell'***infermiere di famiglia.***

Ciascuno dei soggetti coinvolti nelle attività di cui sopra, metterà a disposizione per la valutazione le proprie competenze e / o informazioni relative alla persona ed al suo contesto familiare nonché, con particolare riferimento ai Comuni, le figure professionali sociali necessarie

RSA APERTA

Per le RSA accreditate che intendono svolgere le azioni/misure previste dalla delibera, non vengono definiti requisiti strutturali o gestionali ulteriori rispetto a quelli già previsti dalla normativa vigente:

- dgr 7435 del 14/12/2001 "*Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitario assistenziali per Anziani (R.S.A.)*"

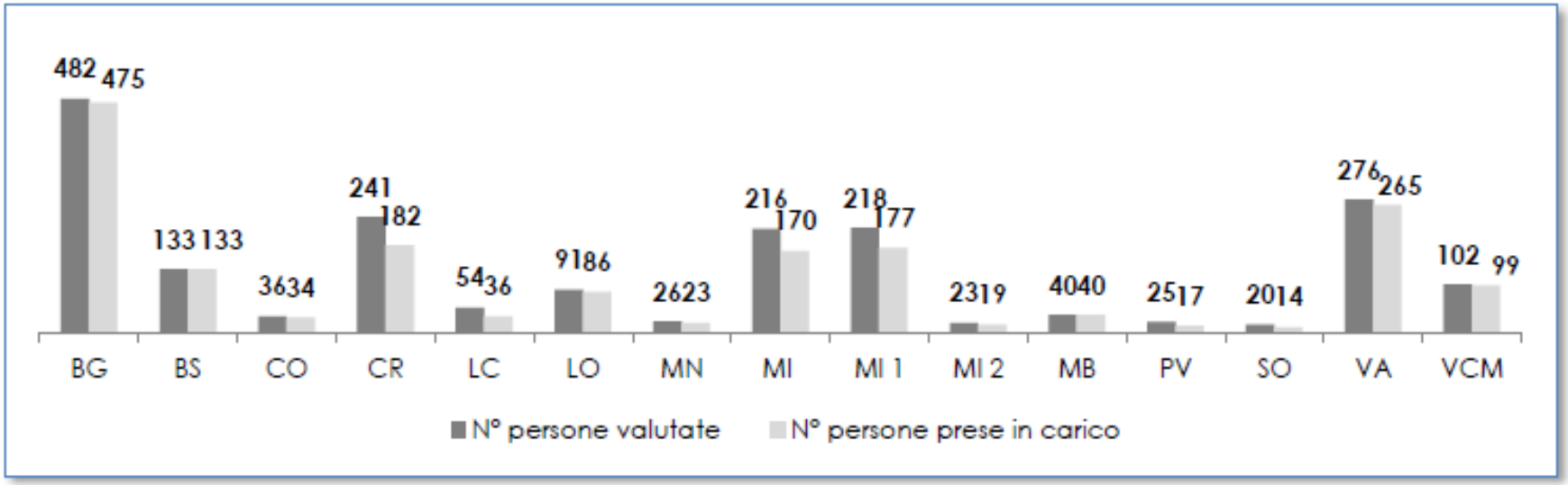
Dovranno comunque essere rispettate le seguenti indicazioni:

Dovranno comunque essere rispettate le seguenti indicazioni:

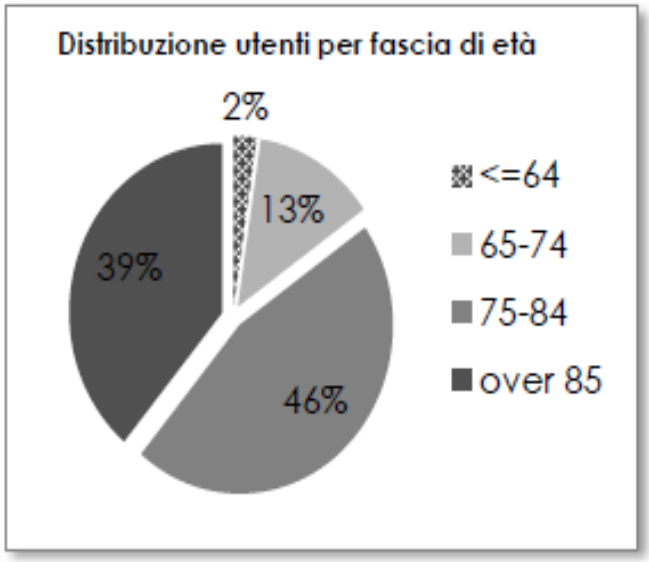
- le attività di cui al presente provvedimento sono da considerarsi diverse ed aggiuntive rispetto alla prestazioni già previste per le unità d'offerta RSA. Pertanto, l'impegno orario del personale impiegato per le attività di cui alla presente misura deve essere documentato separatamente rispetto alle altre attività e non può essere considerato ai fini del computo dello standard assistenziale
- per le attività diurne in RSA (riferimento dgr 7435/01): le stesse devono essere svolte utilizzando le aree generali e di supporto, le aree di socializzazione e le aree destinate alla valutazione e alla terapia. Gli ospiti esterni non devono di norma usufruire dei servizi all'interno delle aree destinate alla residenzialità. Nel caso sia necessario utilizzare tali servizi (ad esempio il bagno assistito per l'igiene personale), l'attività deve essere svolta in orari e modalità tali da non interferire con la normale attività degli ospiti del nucleo
- per i ricoveri temporanei devono essere utilizzate le aree destinate alla residenzialità, nel rispetto della ricettività massima autorizzata per l'unità d'offerta.

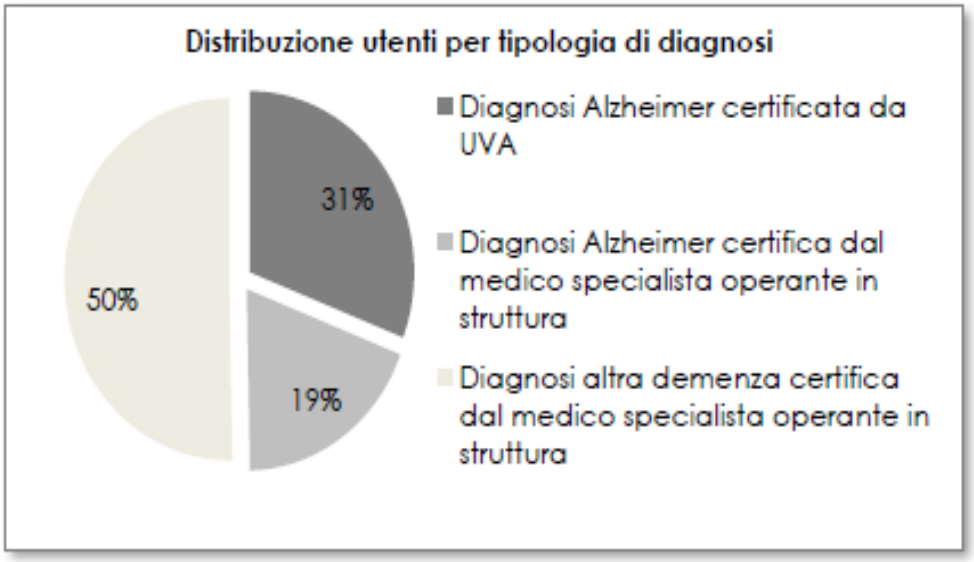
Le caratteristiche dell'utenza

Il numero di persone valutate al 30 settembre 2014 è pari a 1.983. Di queste il numero di persone che al 30 settembre 2014 ha usufruito del voucher e quindi è stato preso in carico da un soggetto gestore è pari a 1.770.



I beneficiari che hanno richiesto di accedere alla misura sono prevalentemente di età superiore ai 75 anni, di cui il 46% tra i 75 e gli 84. Si registra anche un 2% di persone inferiore ai 64 anni. La metà delle persone valutate è affetta da forma di demenza, diversa dall'Alzheimer, certificata dal medico specialista neurologo / geriatra operante in struttura accreditata, mentre il restante 50%, che ha una diagnosi di Alzheimer, si divide tra un 31% certificato dalle Unità di Valutazione Alzheimer e un 19% certificato dal medico specialista neurologo / geriatra operante in struttura accreditata. Più della metà delle persone valutate appartiene alla popolazione femminile. Per quanto riguarda l'utilizzo di altri servizi, si segnala che il 30% delle persone in carico usufruisce anche dell'Assistenza domiciliare Integrata.



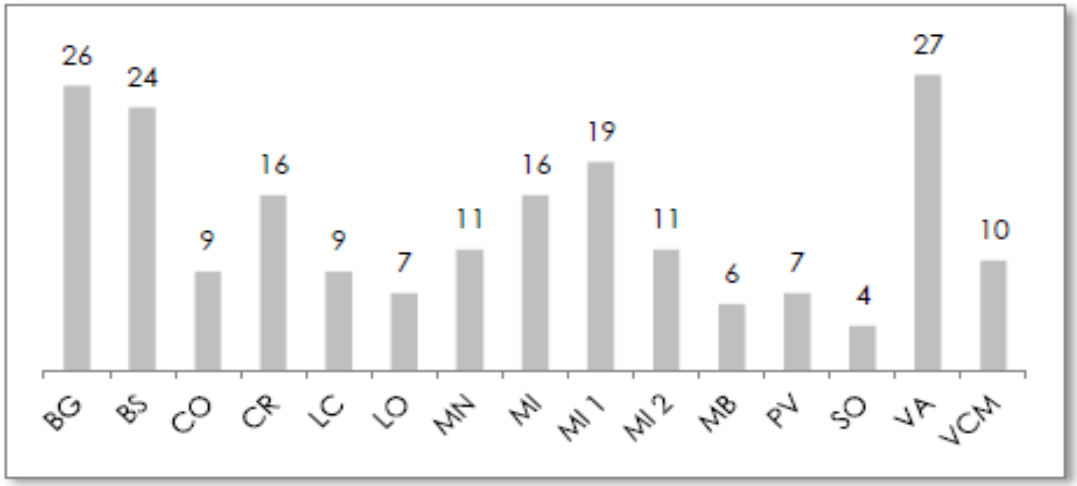


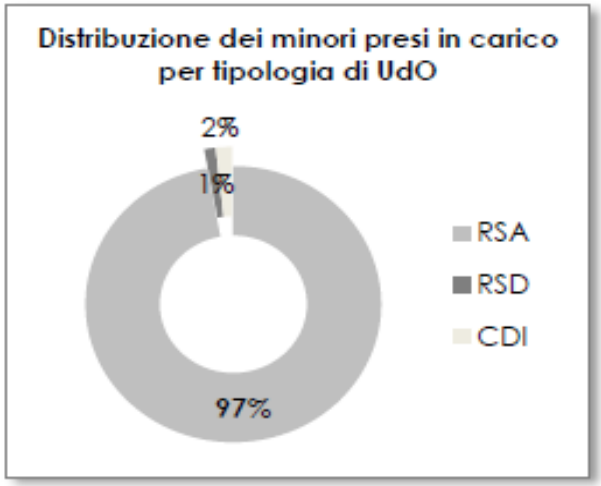
La valutazione multidimensionale

Le valutazioni hanno visto il parziale coinvolgimento di altri soggetti come i Comuni (26%) ed i Medici di cure primarie (19%), che sono i soggetti che maggiormente affiancano le ASL nella valutazione.

La presa in carico

Gli enti gestori che si sono candidati alla misura sono complessivamente 314 distribuiti sull'intero territorio regionale; di questi, 202 hanno avviato Piani di Assistenza Individualizzati; per la natura stessa della misura, si tratta quasi esclusivamente di RSA. Infatti il 97% del totale delle persone è stata presa in carico da RSA.





Analizzando le prestazioni realizzate nei PAI emerge che per l'84% dei casi i beneficiari di tale misura hanno richiesto una o al massimo due prestazioni e molto più raramente un mix di prestazioni. Inoltre, tra le prestazioni maggiormente richieste si collocano la sostituzione temporanea al domicilio del caregiver, il bagno assistito ed interventi riabilitativi di mantenimento.

RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 4662 Seduta del 23/12/2015

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MARIO MELAZZINI
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta del Presidente Roberto Maroni

Oggetto

INDIRIZZI REGIONALI PER LA PRESA IN CARICO DELLA CRONICITA' E DELLA FRAGILITA' IN REGIONE LOMBARDIA 2016-2018

6. LA RETE D'OFFERTA PER LA CRONICITÀ

Obiettivo

- Adattamento e riqualificazione della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria alle mutate esigenze della domanda consolidando, potenziando il modello basato sulla valutazione del bisogno e favorendo tale sviluppo nel rispetto degli standard qualitativi previsti dal DM n. 70 del 2 aprile 2015.

Azioni

- Sviluppo delle Cure Primarie attraverso l'attivazione delle nuove forme di aggregazione primaria e secondaria (**AFT e UCCP**).
- Potenziamento di posti tecnici per pazienti **sub-acuti**.
- Riordino e riclassificazione della **rete di offerta riabilitativa**.
- Recupero edilizio e trasformazione di piccoli presidi in **POT / PreSST**.
- Trasformazione dell'offerta ospedaliera dei **letti di area medica**.
- Revisione generale degli **standard di accreditamento** finalizzata alla semplificazione delle procedure ed all'adeguamento degli standard ai nuovi modelli organizzativi.
- Standardizzazione dei **profili assistenziali per l'ADI** rispetto ai bisogni rilevati con la valutazione.
- Potenziamento, in relazione all'emergere di una domanda appropriata, delle attività di **ADI**.
- Revisione della distribuzione dei posti contrattualizzati nelle **RSA** tra le diverse ASL (ora ATS) e distribuzione dell'offerta sul territorio regionale in relazione ai bisogni della popolazione nelle varie articolazioni territoriali.
- Avvio, ad iniziare dalle RSA, di un percorso di revisione del **modello di governo delle risorse in ambito sociosanitario** con l'introduzione di un modello basato su oggettivi indicatori di performance, orientato alla valorizzazione dei comportamenti virtuosi e alla disincentivazione di quelli inappropriati.
- Messa a regime della trasformazione in **Cure Intermedie** delle strutture residenziali di riabilitazione per adulti afferenti alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità (ora DG Welfare), riguardo ai requisiti di esercizio e accreditamento, profili di cura, modello assistenziale, modalità di accesso e di presa in carico, sistema di remunerazione.

7. NUOVI MODELLI DI CURA PER LA CRONICITÀ

7.1. Introduzione

Il presente capitolo propone soluzioni innovative per una risposta appropriata ai bisogni dei pazienti cronici, fondando le azioni proposte su due elementi: l'**integrazione** della rete tra tutti i servizi ad oggi presenti e declinati nel capitolo precedente, e la **sostenibilità** economica e organizzativa. I principi guida richiamati sono la sussidiarietà e il riconoscimento della libera scelta da parte del cittadino, unitamente a quello dei diritti delle persone fragili che devono necessariamente trovare una guida e un orientamento nell'ambito dei servizi, a seconda del grado di complessità espressi.

Al riguardo, il capitolo propone alcuni modelli di cura, già in atto sperimentalmente nella Regione o in fase di avvio, che rispondono alle valutazioni fin qui fatte, in una logica di integrazione di strutture e professionisti.

I modelli organizzativi di presa in cura di seguito proposti sono:

- le Cooperative di MMG;
- i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e i PreSST;
- i percorsi ospedalieri per i pazienti cronici;
- l'RSA aperta.

7.7. RSA aperta

Obiettivi

- Prosecuzione della individuazione/messa a regime di **nuovi servizi sociosanitari** in risposta alle necessità emergenti delle persone fragili e con patologie croniche
- Valorizzazione e attualizzazione, in risposta ai bisogni delle persone fragili e delle loro famiglie, del sistema e della rete delle RSA, quale riferimento territoriale qualificato e prossimo al bisogno, in una logica di multiservizi, per una presa in carico integrata della persona al proprio domicilio

Azioni

- consolidamento della unità d'offerta **residenzialità leggera/assistita**, riservata a persone che presentano condizioni di fragilità e che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione.
- sviluppo e consolidamento della unità d'offerta **RSA aperta**
- costruzione di pacchetti di prestazioni, erogate dalle RSA aperte, flessibili nella composizione e nella durata, in funzione delle esigenze della persona e di quanto previsto dal Progetto Individuale
- potenziamento del ruolo e delle funzioni del **Care Manager** in relazione al *setting* di cura
- introduzione del concetto di **budget di cura**, in cui alle risorse sociali si affiancano, in un organico e contestuale progetto, le risorse sociosanitarie

MISURA 4 RSA Aperta:

Caso clinico: B.A.

Pz. Affetta da diabete mellito 2, ipotiroidismo, ipertensione arteriosa. Da 3-4 anni comparsa deterioramento cognitivo seguita da centro UVA.

Al colloquio si rileva deficit della memoria recente, orientamento temporale, attenzione e concentrazione. E' ripetitiva e irritabile, irrequieta con wandering continuo all'interno della propria abitazione.

Stato funzionale: Totalmente dipendente nelle IADL, autonoma nella deambulazione, trasferimenti e alimentarsi; continuamente stimolata nell'igiene personale e vestire, non presenta incontinenza ma ha difficoltà alla gestione dei servizi igienici.

Maestra in pensione, coniugata e due figlie non conviventi. Vive al domicilio la cui gestione è affidata a collaboratrice domestica e marito. Il marito convivente appare fortemente in difficoltà nella gestione della Moglie che auspica l'inserimento in CDI.

Obiettivo Piano Assistenziale: a) Aiutare il marito nella gestione assistenziale della Moglie, b) sostenere psicologicamente il marito, offrendogli rassicurazione ed aumentandone la consapevolezza della malattia e delle problematiche della relazione con la persona demente, c) convincere la paziente ad accettare l'inserimento nel CDI.

Interventi programmati: Un Asa 2 ore alla settimana per igiene personale (bagno/doccia) (Ob. a), Intervento di un educatore 2 ore settimana per individuare modalità di gestione dei disturbi del comportamento e accompagnare la Signora al CDI (Ob. a e c), Intervento dello psicologo per 1 ora settimana a sostegno del marito (Ob. b)

Misura 4 RSA Aperte:

Caso clinico: C.C. 93 aa.

PI: La Signora presenta quadro clinico complesso come evidenziato dal verbale di invalidità. Vive sola ed è assistita da figlia non convivente. Si propone definire programma di intervento valutando possibili attività riabilitative e di integrazione del lavoro del caregiver. Profilo 3:

a) Valutazione complessa

b) interventi riabilitativi 2 volte settimana per 8 accessi complessivi

c) integrazione del lavoro del caregiver e di addestramento per mobilizzazione e igiene (21 accessi complessivi).

Il punto b è stato attivato per 2 mesi.

Dopo viene attivato un PI per 6 mesi di profilo 2:

a)) integrazione del lavoro del caregiver e di addestramento per mobilizzazione e igiene (22 accessi complessivi).

Misura 4 RSA Aperte:

Caso clinico: T.M. 83 aa.

Situazione Sociale: Vive con badante e con figlia che la segue costantemente.
Condizioni sanitarie: Ipertensione arteriosa. Glaucoma bilaterale in grave ipovisus. Fratture vertebre dorsali con cifosi. Deterioramento cognitivo da 1 anno circa con depressione, ritiro sociale ed anoressia. Recentemente comparsi disturbi comportamentali (agitazione, deliri) con introduzione di neurolettico.
La paziente è affetta da: Demenza di Alzheimer di grado moderato con malattia cerebrovascolare associata. Ipertensione arteriosa. Esiti di frattura vertebre dorsali. Grave Ipovisus. Incontinenza doppia.
Stato funzionale: La paziente è in grado di compiere pochi passi con postura inadeguata e se sostenuta. Viene aiutata nel trasferimento in carrozzina, lavarsi, vestire (Barthel 32/100).

Obiettivi del PI profilo 3: a) sostegno al caregiver soprattutto nella movimentazione della paziente e nella gestione della relazione. b) stimolazione cognitiva del paziente.

Interventi: Intervento bisettimanale per 2 mesi di un fisioterapista per l'addestramento alla mobilizzazione. 1-2 intervento settimanale per 2 ore di un educatore professionale.

Misura 4 RSA Aperte:
Caso clinico: T.A. 82 aa.

Condizione sociale: vedova da oltre 20 anni. Fino ad un paio di anni fa viveva con figlia. Attualmente vive in alloggio con badante. Due figlie si alternano con badante per l'assistenza.
Storia sanitaria: intervento di ulcera duodenale con diastasi dei retti post-laparotomici. Artroprotesi bilaterale del ginocchio. Artrosi generalizzata localizzata alla colonna LS. Lesione cuffia rotatori a sinistra con impotenza funzionale della spalla. Sindrome dell'Apnea notturna in paziente obesa. Ipoacusia bilaterale. Ipovisus. Da 5-6 anni deterioramento cognitivo e recentemente complicato da disturbi del comportamento: irritabilità, irrequietezza, aggressività verbale, deliri che rendono complessa la gestione. Presente afasia di espressione.
Stato funzionale: deambula con l'aiuto di 1 persona. Trasferimento con aiuto. Dipendente nel lavarsi e vestirsi. Incontinenza doppia gestita con presidi monouso.

Obiettivi PI profilo 3: a) stimolazione cognitiva e addestramento della badante e caregiver nella gestione dei problemi neurologici (afasia e aprassia). b) sostegno caregiver nella comprensione e nell'accettazione della malattia e delle sue manifestazioni. c) aiuto nell'igiene personale. d) miglior controllo disturbi del comportamento.

Interventi: 1 intervento settimanale di 2 ore di educatore professionale. 2 interventi settimanali di Asa per colaborare con badante ad eseguire bagno. Variazione dell'attuale terapia neurolettica che verrà monitorata dal medico geriatra della Rsa nel corso della presa in carico.

Misura 4 RSA Aperte:
Caso clinico: T.A. 82 aa.

La Signora T.A. nel corso degli interventi assistenziali viene ricoverata per gestione dei disturbi del comportamento ed alla dimissione ospedaliera segue la richiesta dai familiari di rivalutazione del PI.

Modifica Interventi dopo rivalutazione: 2 interventi settimana per 2 settimane di fisioterapista per addestrare alla deambulazione assistita e mobilizzazione la paziente e supportare la badante e figlie. 2 accessi alla settimana di Asa per aiuto ai familiari nell'igiene. Ulteriori 3 accessi alla settimana per un mese di Asa con medesimo obiettivo.

Misura 4 RSA Aperte:
Caso clinico: F.E. 81 aa.

Situazione sociale: vive al domicilio con badante con regolare contratto. In attesa di ricovero Rsa.
Profilo 2.

PAI Problemi rilevati a) utente non autosufficiente nelle cure igieniche. B) utente non deambula e utilizza carrozzina. c) apatia e scarsa collaborazione. d) incontinenza urinaria e stipsi. e) rilevate insicurezze della badante nell'assistenza di base.

Interventi proposti: accessi giornalieri di 1 ora di 1 Asa.

Misura 4 RSA Aperte:
Caso clinico: P.L. 89 aa.

PAI Problemi rilevati a) utente non autosufficiente nelle cure igieniche. Presenza di atteggiamenti oppositivi durante le cure b) utente non deambula e utilizza carrozzina. c) lesione da decubito con medicazione. d) incontinenza urinaria e stipsi. e) rilevate insicurezze della badante nell'assistenza di base.

Interventi proposti: accessi giornalieri di 1 ora di 1 Asa. Intervento Infermiere per medicazione lesione da decubito.

Misura 4 RSA Aperte: Residenziale

Caso clinico: P.L. 82 aa.

Pz affetto da Cardiopatia ischemica cronica, Insufficienza renale cronica, demenza di alzheimer di grado moderato e disturbi del comportamento (insonnia, aggressività, anoressia), poliartrosi.

Stato funzionale: dipendente deambulazione, igiene, vestire. Autonomo alimentazione. Incontinenza doppia.

Entra in Rsa per 3 Mesi su PI della ASL:

a) sollievo alla Famiglia

b) migliorare le autonomie funzionali.

PAI: pianificazione delle attività assistenziali quotidiane di base.

Inserimento in palestra per trattamento riabilitativo 3 volte settimana.

Esami di laboratorio di controllo.

Ciclo di terapia infusiva per correzione disidratazione.

Migliorare apporto calorico con prescrizione di integratore equilibrato.