

Bollettino Ufficiale n. 12 del 22 / 03 / 2000

Deliberazione della Giunta Regionale 1 marzo 2000, n. 29 - 29519

Criteri di indirizzo per l'adeguamento della DGR 41-42433/95 a quanto previsto dal D.Lgs 229/99

(omissis)

LA GIUNTA REGIONALE

a voti unanimi ...

delibera

\* di rimandare ad un successivo provvedimento, collegato al piano di attività dell'ARESS per l'anno 2000, l'affidamento dell'incarico all'ARESS per la predisposizione di un documento di Linee-Guida destinato alle U.V.G. della Regione Piemonte, che definisca i protocolli operativi necessari a individuare diverse forme di complessità clinico-assistenziale degli anziani, destinatarie di specifici interventi sanitari ed assistenziali;

\* di approvare , in via transitoria e sperimentale nelle more della ridefinizione organica della materia, ai sensi dell'art. 3 septies del D.Lgs 19/6/1999 n. 229 e del successivo atto di indirizzo e coordinamento del Ministero della Sanità e della Solidarietà sociale di cui al comma 3 dello stesso articolo, l'allegato A) che fa parte integrante del presente provvedimento.

- di disporre che le A.S.L. tengono conto nella predisposizione del proprio piano di attività per l'anno 2000 di quanto previsto nel presente provvedimento.

(omissis)

ALLEGATO A)

L'assistenza agli anziani non autosufficienti, come dimostra l'esperienza di molte strutture, è un'azione globale-estensiva, che richiede alle strutture dinamicità e flessibilità, per poter seguire l'anziano nella sua "instabilità" e variabilità.

Ogni presidio (RAF o RSA) deve poter essere organizzato per gestire direttamente, senza inutili trasferimenti tra nuclei di attività o presidi diversi, tutta la casistica dell'anziano utente, dalla non autosufficienza fisica alla perdita delle capacità intellettive.

Gli standard organizzativi e gestionali, previsti dalla D.G.R. n. 41/42433-95, per il funzionamento delle R.S.A. e delle R.A.F. rappresentano un riferimento di base, che consente al presidio di stabilire le proprie modalità di funzionamento.

Tali modalità organizzative e di funzionamento devono tener conto della necessità di assicurare copertura a bisogni sanitari, assistenziali, fisici e psicologici molto diversificati degli ospiti in carico.

A questo scopo i presidi autorizzati al funzionamento come RAF e RSA, ai sensi della D.G.R. n. 41-42433/95, potranno adottare, proprio per assicurare lo svolgimento di programmi assistenziali individualizzati, modelli organizzativi diversi da quelli previsti dalla D.G.R. n. 41-42433/95.

Tali modelli organizzativi devono, comunque, garantire:

- assistenza medica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza diretta alla persona, continuativa nell'arco delle 24 ore;
- interventi riabilitativi estensivi e/o di mantenimento (terapia occupazionale, animazione, sostegno psicologico, fisiokinesiterapia), da organizzarsi sulla base delle condizioni degli ospiti e delle indicazioni contenute nei progetti individualizzati stabiliti in sede di U.V.G..

L'Unità di valutazione geriatrica, di cui alla D.G.R. n. 14-26366 del 28/12/1998 dovrà valutare la complessità clinico-assistenziale del caso ed stabilire il progetto assistenziale, che il presidio dovrà attivare al momento dell'ingresso ed i livelli assistenziali, che dovrà assicurare.

#### LA REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI.

I presidi residenziali definiti come RAF o RSA dovranno, tenendo come riferimento medio gli standard organizzativo-gestionali fissati dalla D.G.R. 41-42433/95, realizzare i progetti assistenziali fissati dalle U.V.G. di appartenenza territoriale, assicurando anche all'interno di uno stesso nucleo di residenzialità (RAF o RSA) piani individualizzati e calibrati sui bisogni effettivi degli ospiti.

Per lo svolgimento dei progetti individualizzati il presidio RAF o RSA potrà mettere a disposizione risorse gestionali e organizzative differenziate e variabili in ragione di un massimo pari a +/- 10%, di quelle previste dagli standard, di cui alla D.G.R. n. 41-42433/95.

In particolare le ASL sulla base delle valutazioni effettuate dalle proprie U.V.G. sulle condizioni psico-fisiche dei propri assistiti inseriti in RSA o RAF e sulla base dell'efficienza gestionale dell'ente gestore del presidio, provvederanno a definire il budget finanziario da assegnare ai presidi convenzionati nell'ambito dei livelli assistenziali effettivamente assicurati dal presidio (RAF o RSA), che potranno prevedere una variabilità della tariffa a carico del servizio sanitario regionale pari a +/- 10% di quanto previsto dalla D.G.R. n. 41-42433/95 per le RAF e le RSA, al fine di stipulare i contratti, di cui all'art. 8 octies della L. 229/99.

Sulla base dei livelli assistenziali effettivamente assicurati dal presidio l'azienda sanitaria locale dovrà tener conto altresì dell'incremento dovuto al processo inflattivo.

In particolare le ASL potranno prevedere una remunerazione più elevata (max 10%), di quanto previsto dalla D.G.R. n. 41-42433/95, qualora il presidio che intende o già svolge prestazioni di assistenza sanitaria residenziale per conto del servizio sanitario regionale sia disponibile ad erogare nell'ambito della programmazione aziendale di settore prestazioni ed interventi di particolare rilievo per gli obiettivi sanitari ed assistenziali previsti e per la specificità delle risorse sanitarie ed assistenziali richieste (dimissioni protette, nuclei di assistenza per soggetti dementi o affetti dal morbo di Alzheimer).

#### NUCLEO PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA DI ALZHEIMER E PATOLOGIE CORRELATE.

L'attivazione di nuclei speciali per l'assistenza a soggetti dementi o affetti dal morbo di Alzheimer in RSA rappresenta un obiettivo di qualificazione dell'attività svolta dai presidi residenziali extra-ospedalieri.

A questo riguardo si ritiene opportuna l'attivazione, all'interno di R.S.A. o RAF di almeno 60 posti-letto, di uno o più nuclei residenziali, di 10 posti-letto, per soggetti affetti da demenza di Alzheimer e patologia correlata.

I Requisiti strutturali sono almeno quelli già previsti per le R.S.A. di 60 posti-letto in modo da garantire il supporto gestionale al nucleo speciale; i locali dedicati devono avere caratteristiche costruttive tipiche dell'ambiente protesico (illuminazione, arredi, percorso di vagabondaggio,...).

I nuclei per le demenze possono accogliere malati provenienti dal proprio domicilio o da altra struttura residenziale, affetti da turbe comportamentali incompatibili con l'ambiente di vita.

L'ammissione è disposta dall'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza che certifica l'ammissibilità, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- a) diagnosi di demenza effettuata da medici specialisti del S.S.N. (geriatri, neurologi, psichiatri) o da strutture ospedaliere specialistiche pubbliche (geriatriche, neurologiche, psichiatriche);
- b) presenza di rilevanti disturbi comportamentali specie in presenza di patologia somatica che richieda una rivalutazione terapeutica.

Del tutto orientativamente possiamo caratterizzare i pazienti sopra indicati con un punteggio al MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) 14/30 o un punteggio al CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR) 2 e un punteggio al NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI) 24/120.

Per le persone già residenti nella R.S.A. l'inserimento nel nucleo sarà possibile previa valutazione dell'U.V.G. competente che si impegna alla rivalutazione del paziente ricoverato nel nucleo entro i primi due mesi. Dunque l'accoglienza nel nucleo deve essere sospesa quanto il soggetto non ne trae più benefici. L'U.V.G. proponente deve verificare periodicamente se sussista la necessità della permanenza del soggetto ricoverato, o se ne sia attuabile la dimissione od il trasferimento in altro nucleo R.S.A. del presidio.

Il 20% dei posti-letto del nucleo devono essere riservati ai cosiddetti ricoveri di sollievo.

Ogni Nucleo Alzheimer deve operare in stretta collaborazione con i Centri Diurni per malati di Alzheimer di riferimento sul territorio.

Gli operatori da adibire al nucleo Alzheimer devono essere fortemente motivati con adeguate capacità di relazione e, nello stesso tempo, dotati delle sufficienti conoscenze per capire anche i problemi più severi dei dementi. Particolare attenzione deve, pertanto, essere prestata alla scelta degli operatori per i quali occorre un'adeguata formazione ed un'accurata gestione operativa.

Per i pazienti del nucleo, grazie alle specifiche soluzioni ambientali, alle specifiche metodologie assistenziali e all'aumentato standard di personale, dovranno essere perseguiti i seguenti obiettivi:

- attenuazione/regressione dei disturbi del comportamento;
- sostegno alle condizioni generali (in particolare nutrizionali) e trattamento della comorbilità;
- attivazione/riabilitazione applicate all'area cognitiva, all'area del comportamento e all'area delle abilità funzionali con tecniche di comprovata efficacia.

Per i familiari dei pazienti dovranno essere previste attività di sostegno (colloqui individuali e gruppi di auto aiuto e sostegno) e informazioni utili a facilitare la gestione del paziente al ritorno al domicilio.