

Parte I - **NORMATIVA**

Luigi Pernigotti, Fernando Anzivino, Carlo
Adriano Biagini, Gianbattista Guerrini,
Alessandra Pratesi, Roberto Volpe

Anni '90 - La semiresidenzialità in GERIATRIA

- si può evidenziare un'omogeneità degli interventi, al di là delle diversità delle procedure e dei modelli?**
- le strutture semiresidenziali sono aree di transizione ed intermediazione, o rischiano di divenire, in molti casi, luoghi di permanenza a lungo termine?**
- c'è chiarezza sufficiente sugli obiettivi da raggiungere? Se ne verifica l'effettiva realizzazione?**
- quali sono i fattori terapeutici e riabilitativi più determinanti: le relazioni, il clima, le tecniche, l'attivazione di risorse esterne?**
- c'è appropriatezza nella utilizzazione? Viene privilegiato l'intervento precoce?**
- c'è collegamento e cooperazione effettiva con gli altri servizi e strutture delle reti dipartimentali che inviano i pazienti?**

INTRODUZIONE (1)

L'assistenza semiresidenziale per gli anziani con disabilità generica è inserita tra **i Livelli Essenziali di Assistenza; la semiresidenzialità per i pazienti affetti da demenza è prevista nel progetto Mattoni Servizio Sanitario Nazionale del Ministero della Salute** (Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali).

Per quanto riguarda la normativa delle Regioni, solo alcune hanno deliberato riguardo al funzionamento dei CDA. Inoltre molte iniziative regionali di finanziamento da parte del SSN e dei Fondi per Non Autosufficienza hanno inserito l'attività di assistenza o di cura erogata nei CDA, spesso in modo sperimentale.

Analizzando le legislazioni disponibili abbiamo elaborato una proposta integrativa *basata sul principio del consenso di esperti*.

Definizione

I CDA sono **strutture socio-sanitarie semiresidenziali** caratterizzate come:

1. luogo di assistenza e **cura temporanea**,
2. finalizzate al **trattamento intensivo** di uno specifico target di pazienti: persone con diagnosi di **demenza associata a disturbi del comportamento di livello significativo** non gestibili con altre modalità assistenziali, preferibilmente deambulanti, in grado di trarre profitto da un **intervento intensivo e limitato nel tempo.** (**MISURABILE**)

Finalità

- Controllare e **ridurre i disturbi del comportamento** significativi associati alla demenza;
- **stimolare le capacità cognitive e funzionali residue**;
- **supportare le famiglie** nell'assistenza all'anziano, offrendo ascolto e sostegno anche da un punto di vista psico-relazionale;
- agevolare il passaggio a **servizi a minor intensità** di cura;
- sviluppare collegamenti strutturati con gli altri servizi della rete, assicurando la continuità assistenziale;
- **ridurre** gli accessi al DEA/PS, **l'ospedalizzazione** impropria e ritardare **l'istituzionalizzazione** permanente;
- effettuare **attività formativa** in stretto rapporto con le sedi universitarie ed ospedaliere qualificate (reparti di Geriatria);
- istituire corsi per l'educazione e la formazione degli assistenti familiari e dei caregiver informali dei pazienti affetti da demenza.

Criteri di eleggibilità

- È indispensabile che la **diagnosi** di demenza sia accurata e circostanziata sulla base di una valutazione multidimensionale (clinica, funzionale, cognitiva, affettiva, comportamentale), garantita dall'utilizzo di strumenti e scale validati, somministrati da personale qualificato.
- La presenza di un nucleo familiare o di **una condizione domiciliare affidabile, che garantisca continuità "terapeutico-assistenziale" al domicilio**, costituisce criterio indispensabile per l'accesso al CDA.

Le cure mediche nel Centro Diurno Alzheimer

Depressione

Dolore cronico

Artrite e artrosi

Disordini della crasi ematica

Disturbi metabolici e Malnutrizione

Insufficienza cerebro vascolare acuta

Stipsi e insufficienza vascolare intestinale

Insufficienza renale disidratazione e disionia

Angina e S. da Insufficienza coronarica acuta, Aritmie

Modalità di accesso e permanenza - I

- Al CDA si accede su indicazione dell'Unità Valutativa Alzheimer (UVA) in accordo con l'Unità Valutativa Multidisciplinare/Multiprofessionale (UVM) del Distretto con Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), condiviso con la famiglia.
- **Nel PAI devono essere riportati i *problemi* (clinici, funzionali, psicoaffettivi, sociali) evidenziati dalla valutazione multidimensionale, gli *obiettivi* dell'assistenza (con particolare riferimento ai disturbi del comportamento e allo stato funzionale), le *strategie* da mettere in atto per perseguire gli obiettivi, le *verifiche* periodiche del piano.**
- **La durata della permanenza è temporanea** (generalmente 3 mesi, rinnovabile): il tempo non è comunque prestabilito, ma determinato dal tipo di bisogno dell'ospite e del suo caregiver e finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo previsto dal PAI.

Rapporti con la Rete Assistenziale per l'Anziano - I

- Che i CDA siano **dentro o al di fuori delle RSA**, l'importante è che abbiano le finalità e le caratteristiche esposte nel presente documento e che siano in stretto collegamento, laddove esistono, con i nuclei Alzheimer in RSA (condivisione della formazione, delle modalità operative, ecc), anche per poter dare risposte in caso di necessità di estensione dell'assistenza nelle ore notturne (ad es. nel caso di malattia o impedimento del caregiver).
- Il soggetto con demenza e sintomi neuropsichiatrici, dopo un periodo di intervento terapeutico condotto in CDA, finalizzato principalmente al controllo delle problematiche psicologico-comportamentali, deve essere poi preso in carico dai servizi socio-sanitari dedicati all'assistenza degli anziani disabili.

Rapporti con la Rete Assistenziale per l'Anziano - II

- **Ai servizi socio-sanitari dedicati all'assistenza degli anziani disabili potranno accedere soggetti con demenza di minor gravità e senza significativi disturbi del comportamento,** per quali è necessario prevedere la formulazione di Piani Assistenziali Individualizzati finalizzati a mantenere il miglior livello cognitivo e funzionale.
- In considerazione dell'esperienza e delle competenze del personale dei CDA, è auspicabile che i Centri Diurni per anziani disabili siano collegati strettamente con i CDA stessi, al fine di facilitare la diffusione delle competenze necessarie a mettere in atto gli interventi più adeguati.

Accreditamento e modalità di pagamento

- Riguardo la procedura di **accreditamento dei CDA**, non tutte le Regioni hanno legiferato e, tra quelle che lo hanno fatto, i parametri e gli standard sono molto diversi fra loro. Infatti è il Servizio Sanitario Regionale che deve definire gli standard minimi strutturali, organizzativi, professionali, di qualità di cura ed assistenza.
- Una volta che le strutture sono state accreditate il cittadino o il suo familiare, se rientra nel numero dei posti programmati dall'AUSL per tale servizio, potrà scegliere dove andare.
- Le Regioni dovrebbero definire una **tariffa complessiva unica** uguale per tutte le strutture accreditate. Il pagamento della retta, trattandosi di struttura sociosanitaria ad alta valenza sanitaria temporanea, dovrà essere solo parzialmente a carico della persona affetta da demenza, secondo il proprio reddito o l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE).

Atti normativi nazionali

- Artt. 32 e 41 della Costituzione relativi alla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e all'obbligo di non recare danno alla sicurezza durante le attività economiche.
- Art. 2087 del Codice Civile relativo alla tutela dell'integrità fisica e della personalità morale dei lavoratori.
- L. 11 marzo 1988, n. 67 – art. 20 (legge finanziaria 1988).
- DPCM 22 dicembre 1989 (atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani) successivamente sostituito dal DPR 14 gennaio 1997.
- Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani 1994-1996.
- DPR 14.01.97 Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- L. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali).
- DM 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 semi-residenziale, a norma dell'Art. 11 della L. 328/2000).
- DPCM 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione Socio-sanitaria.
- DPCM 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e successive revisioni.
- (www.salute.gov.it/programmazioneSanitariaELea/programmazioneSanitariaELea.jsp)
- Ministero della Salute – Mattoni SSN – Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali 21.02.2007.
- Nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del 23 Ottobre 2009 (Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 Gennaio 2010) e successiva intesa del 3 Dicembre 2009 (www.governo.it).

Atti normativi regionali (1)

Campania

- L.R. 328 del 2000 che ha per oggetto la creazione di un sistema territoriale di servizi socio sanitari integrato
- Delibera 1826 del 4/5/2001 “Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali”
- L.R. 8 del 22/4/2003 che ha per oggetto la creazione delle RSA e strutture semiresidenziali per anziani, disabili, non autosufficienti, persone affette da demenza
- DGR 2006 del 5/11/2004 che definisce i criteri di accesso tramite valutazione multidimensionale
- Progetto di Delibera 2006 del 5/11/2011 “Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza” ai sensi della L.R. 8 del 22/4/2003
- L.R. 296 del 2006 “Fondo per la non autosufficienza”
- Deliberazione 1811 del 12/10/2007 “Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari, residenziali, semiresidenziali”
- DGR 460 del 20/3/2007
- L.R. 11 del 23/10/2007 che ha per oggetto l'integrazione socio sanitaria

Emilia-Romagna

- LR 12 marzo 2003, n. 2, “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi dei servizi sociali”.
- LR n. 20/2005 “Erogazione dei servizi mediante accreditamento”.
- DGR 772/2007 “Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell'elenco dei servizi per l'attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e socio-sanitario. Primo provvedimento attuativo Art. 38 LR 2/2003.
- LR n. 4 del 19 febbraio 2008 “Disciplina degli accertamenti delle disabilità - ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale”.
- DGR n. 514 del 20 aprile 2009, “Primo provvedimento attuativo dell'Art. 23 della LR 4/08 in materia di accreditamento dei servizi sociosanitari”.

Lazio

- L.R. n. 6 del 12 giugno 2012 “Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza”

Atti normativi regionali (2)

Liguria

- LR 20/99 (Art. 11 – 16) (integrata poi dalla L. 12/2006) “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”.
- LR 41/2006 “Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari”.
- DGR n. 395/2002 “Manuale per l’accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”.
- DGR n. 1575/2003 “Modifiche al Manuale per l’accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, approvato con DGR. n. 395/2002. Proroga del termine per le strutture provvisoriamente accreditate e ulteriori disposizioni”.
- DGR 1544/2007 (Integrazione all’Allegato 2 D) “strutture socio sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno” di cui alla DGR 529/2007.
- DGR 1795/2008, “Approvazione del questionario di valutazione dei requisiti di accreditamento di cui alla DGR 529/2007 per le strutture residenziali assistenziali (RSA) e Residenze Protetta (RP) per anziani”.
- DGR 423/2009, “Approvazione requisiti di accreditamento integrativi a quelli vigenti e modalità di rinnovo e di presentazione delle istanze per l’accreditamento istituzionale”.

Piemonte

- LR n.1/ 2004 “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”.
- DGR 18-15227 del 30 marzo 2005 “Criteri e modalità di convenzionamento delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti con le Aziende Sanitarie Locali e i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali in attuazione dell’art. 3 della LR 8 gennaio 2004, n. 1” e relative modifiche e integrazioni.
- DGR 39/2009 (BUR 15 aprile 2009) Deliberazione della Giunta Regionale 6 aprile 2009, n. 38–11189 Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze, ai sensi della DGR. 17–15226 del 30 marzo 2005. Revoca della DGR 29–29519 del 1 marzo 2000 "Criteri per l'adeguamento della DGR. 41–42433/95 a quanto previsto dal D.lgs 229/99".

Atti normativi regionali (3)

Toscana

- DGR n. 311/1998 “Revisione quota sanitaria per le prestazioni in RSA per anziani e determinazione quota sanitaria per l’assistenza in centri diurni”.
- DGR n. 402/2004 (Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti, in attuazione del PSR. 2002/2004 di cui alla DCR della Toscana n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle RSA).
- DGR n. 113/2007 - Piano Integrato Sociale Regionale (PISR) 2007-2010 - Allegato n. 3 (L’assistenza continua alla persona non autosufficiente).
- LR n.66/2008 (Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza).
- DPGR 26 marzo 2008, n. 15/R (Regolamento di attuazione dell’Art. 62 della LR 24 febbraio 2005, n. 41).
- LR n. 82/2009 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato).
- DPGR 3 marzo 2010, n. 29/R (Regolamento di attuazione della LR 28 dicembre 2009, n. 82).
- DGR n. 370/2010 (Approvazione del “Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente anziana).
- DGR n. 1010/2010 (progetto “Il chronic care model, il punto unico di accesso e team aziendale degli specialisti (attuali UVA) per la presa in carico della persona con demenza”.

Veneto

- LR 22/2002 (Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali).
- DGR 2473/2004 (Attuazione della LR 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Approvazione degli standard relativi all'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento dei servizi sociali, di alcuni servizi socio sanitari e unità di offerta non soggette all'autorizzazione all'esercizio).
- DGR 2501/2004 (Attuazione della LR 16/08/2002 n. 22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle procedure).
- DGR 3855/2004 (LR 16/08/2002 n. 22 :autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali).
- DGR 84/2007 (LR 16 agosto 2002, n. 22 “Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali” – Approvazione dei requisiti e degli standard, degli indicatori di attività e di risultato, degli oneri per l’accreditamento e della tempistica di applicazione, per le strutture sociosanitarie e sociali).

**La semiresidenzialità in GERIATRIA:
importante potenziale di osservazione,
ricerca, trattamento e riabilitazione rivolto
alle popolazioni di utenti che presentano i
bisogni più complessi**

