



Ministero della Salute

Progetto Mattoni SSN

Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Sintesi Relazione Finale
(Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semiresidenziali)



1 INTRODUZIONE

Il mandato assegnato al Mattone 12 è riferito allo costruzione di un flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali, adeguato ad alimentare in modo coerente il NSIS.

La costruzione di un flusso informativo unitario e coerente presuppone la individuazione di modelli organizzativi uniformi, ai quali siano riferibili le singole prestazioni e/o attività.

Nel settore residenziale si registra invece nelle diverse regioni una marcata variabilità dei modelli autorizzativi ed organizzativi, nonché delle modalità di erogazione del servizio, tali da imporre una ricognizione delle diverse tipologie di prestazioni e la loro riconduzione ad un modello unitario condiviso.

E' apparso inoltre necessario costruire un modello di correlazione tra prestazioni, livelli assistenziali, remunerazione degli erogatori, al fine di definire criteri omogenei di valutazione degli ambiti prestazionali.

Sono stati quindi definiti i seguenti obiettivi:

- Definizione di un sistema di classificazione delle prestazioni e degli ambiti di erogazione;
- Definizione dei contenuti informativi per la rilevazione delle prestazioni;
- Verifica delle condizioni e delle modalità di implementazione del sistema su un campione di regioni.

Nell'ambito di questo livello assistenziale, si è ritenuto di dover individuare almeno tre principali tipologie di utenza, che qualificano diversi modelli organizzativi e di flusso informativo:

- 1) Gli Anziani
- 2) I Disabili
- 3) Le persone affette da patologie psichiatriche

Appare essenziale sottolineare che le prestazioni dovranno essere definite in modo da poter essere coerentemente individuate nell'ottica della classificazione proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 sull'Integrazione Socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre, in considerazione della stretta connessione (e spesso sovrapposizione) tra l'assistenza residenziale ai disabili e le prestazioni di riabilitazione estensiva, si è ritenuto di dover estendere il campo di studio del Mattone a tutto il sistema riabilitativo extra-ospedaliero, nonché, in collaborazione con il Mattone n. 3 (Revisione del sistema DRG) della stessa riabilitazione ospedaliera.

Il programma del Mattone 12 è stato quindi integrato con il seguente obiettivo:

- Costruzione di un sistema di classificazione e flusso informativo delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione, in collaborazione con il Mattone n. 3.

2 PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI

Le basi normative nazionali riferite alle prestazioni residenziali per anziani sono relativamente modeste. Sinteticamente possono essere richiamati i seguenti atti:

- 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
- DPCM 14 Febbraio 2001 – Decreto sulla Integrazione Socio-sanitaria
- DPCM 29 novembre 2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Di “prestazioni residenziali e semiresidenziali” viene inoltre fatto generico richiamo nel D.lvo 502/92 e successive modifiche, senza che i contenuti prestazionali del livello di assistenza fossero comunque definiti.

Sulla base di questi indirizzi generali le strutture residenziali per anziani hanno avuto in Italia un rapido sviluppo nel corso degli ultimi 15 anni sulla spinta della domanda, con un incremento progressivo dei posti letto fino ad una stima attuale di circa 270.000, pari a circa il 2% della popolazione anziana.

Una stima precisa, tuttavia, è fortemente condizionata dalle diverse modalità di classificazione di queste strutture adottate dalle singole Regioni.

Si da atto infatti che la denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case Di Riposo, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative etc.

Se l'esatta classificazione delle strutture è molto incerta, i dati sulle prestazioni erogate sono praticamente inesistenti, in assenza di un flusso informativo nazionale che consenta di rilevare l'episodio di ricovero e i codici anagrafici delle persone. Men che meno esiste un flusso in grado costruire indici di case-mix assistenziale delle persone assistite e di valutare l'appropriatezza del trattamento.

Su queste basi il Gruppo di Lavoro ha iniziato la sua attività raccogliendo dati sui flussi informativi attualmente esistenti (rilevazione delle strutture a cura del Ministero della Salute e dell'ISTAT), sulle normative regionali e sui diversi sistemi di classificazione delle persone adottati.

I risultati della nostra analisi hanno evidenziato l'esistenza di flussi informativi non sistematici, con dati di dettaglio prodotti solo in alcune Regioni che hanno adottato propri sistemi di classificazione.

Gli strumenti adottati rappresentano in genere il superamento di semplici schede di rilevazione della disabilità e dei principali bisogni assistenziali nell'obiettivo di costruire strumenti che possano rilevare il case-mix assistenziale e pesare il carico di lavoro richiesto per l'erogazione del servizio.

In alcuni casi le Regioni hanno scelto la via dell'adozione di strumenti internazionali già validati, in altri casi hanno optato per la produzione di strumenti propri.

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

In campo internazionale gli stati che per primi hanno registrato lo sviluppo dei sistemi residenziali si sono posti da tempo il problema della classificazione delle prestazioni.

In Italia il problema della classificazione di queste prestazioni è stato affrontato dalla fine degli anni '80. Dopo varie esperienze, basate sulla elaborazione di scale di valutazione geriatrica, sono nate diverse esperienze di implementazione sistematica di strumenti.

Un gruppo di ricercatori dell'INRCA e dell'Università Cattolica di Roma hanno lavorato alla verifica delle condizioni di adozione dello strumento MDS/RUG che è stato validato in Italia nel 2003.

In Liguria si è invece proceduto ad una revisione ed adattamento del sistema francese AGIRR, trasformata nella sua versione italiana con il nome di AGED.

Contemporaneamente un gruppo di ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità ha sviluppato uno strumento, il VALGRAF, basato sulla medesima filosofia del MDS, ma più elementare nella struttura e nella grafica (Morosini, 1993;1999). Il Valgraf, che contiene comunque al suo interno il RUG, è stato adottato dalla Regione Friuli.

Sulle base di specifiche esperienze di alcuni specialisti italiani altre regioni hanno preferito sviluppare sistemi di valutazione propri:

- La Lombardia ha prodotto il sistema SOSIA;
- Il Veneto ha prodotto il sistema SVAMA.

Attualmente il panorama dei sistemi in uso, con differenti gradi di applicazione, è il seguente:

- | | |
|------------------------|-----------------|
| -Lombardia | (Sosia) |
| -Veneto | (Svama) |
| -Friuli Venezia Giulia | (Valgraf + RUG) |
| -Marche | (RUG) |
| -Umbria | (RUG) |
| -Liguria | (Aged) |
| -Abruzzo | (RUG) |

Altre Regioni hanno inoltre già effettuato delle scelte, senza tuttavia aver ancora attivato un reale sistema di rilevazione:

L'Emilia Romagna sta sperimentando il sistema RUG.

Basilicata e Calabria hanno optato per la sperimentazione del RUG senza aver tuttavia avviato alcuna procedura di rilevazione.

La Toscana ha recentemente completato e pubblicato un lavoro sull'utilizzo del RUG (Francesconi 2006).

La Puglia ha scelto il sistema SVAMA.

La Sardegna sta sperimentando un sistema sviluppato in proprio.

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Il Gruppo di lavoro del Mattone 12 ha iniziato il suo lavoro nell'obiettivo di individuare un sistema unico su scala nazionale.

Tuttavia ha dovuto presto prendere atto delle posizioni assunte dalle Regioni a salvaguardia dei "propri" strumenti" e dell'investimento su di essi effettuato in termini di sviluppo, formazione degli operatori, implementazione, costruzione dei flussi informativi.

Si è quindi giunti alla determinazione di accettare il mantenimento di autonomi strumenti regionali di case-mix, purchè operanti all'interno di un sistema univoco di classificazione delle prestazioni e capaci di alimentare un flusso informativo nazionale in grado di ricostruire almeno i principali elementi del percorso clinico-assistenziale delle persone, i Livelli Essenziali di Assistenza effettivamente garantiti, i trend di utilizzo delle prestazioni residenziali anche in rapporto agli altri sistemi di offerta.

Su queste basi siamo giunti a formulare la seguente proposta finale:

2.1 DEFINIZIONE DI PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER ANZIANI

Si intendono per prestazioni residenziali e semiresidenziali il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione.

La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma il complesso dell'assistenza erogata.

La prestazione si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione.

In considerazione della diffusione di strutture accreditate che svolgono prestazioni di Riabilitazione - anche intensiva - in regime "extra-ospedaliero", le stesse dovranno essere individuate con uno specifico flusso informativo che ne consenta la valutazione autonoma.

Gli stessi principi di "cronicità" e "stabilizzazione" meritano del resto un approfondimento, assumendo che una persona anziana affetta da una patologia cronica invalidante non potrà essere definita stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano.

La prestazione "residenziale", del resto, non si distingue necessariamente da quella "ospedaliera" per un diverso gradiente di assistenza. Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il livello assistenziale globale richiesto può risultare superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

La prestazione di ricovero in acuzie risulta altresì caratterizzata dalla necessità di risolvere in tempi brevi e con ampia disponibilità di professionalità e tecnologie, problematiche di salute classificabili come “critiche” in relazione alla fase di malattia ed alla necessità di disporre, in continuità di spazio e di tempo, delle massima quantità di opzioni diagnostico-terapeutiche.

Le prestazione “residenziale” qualifica al contrario un ambito di erogazione che si caratterizza per gli aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza - anche in ragione della prolungata durata della degenza - e si colloca in una fase temporale distinta della storia clinica di malattia secondo la successione acuzie / post-acuzie / cronicità.

In considerazione della relativa variabilità dell’intensità assistenziale che caratterizza le prestazioni residenziali, in ragione dei diversi bisogni degli ospiti, risulta inoltre opportuno prevedere diversi livelli di accreditamento delle strutture coerentemente con la capacità di rispondere alle specifiche esigenze assistenziali.

2.2 CRITERI DI ACCESSO E PERCORSI

L’accesso alle prestazioni residenziali deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza.

L’utente per il quale sia individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibilità a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell’ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il SSN.

Poiché il sistema prevede diversi livelli di intensità di cura, il diritto di accesso alle stesse dovrà essere subordinato alla verifica della effettiva appropriatezza della indicazione, sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell’utente.

I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono prevedere la provenienza dell’utente dall’ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio.

Del resto la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso, ma come un nodo dinamico della rete che deve prevedere la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni di assistibilità siano recuperate.

Analogamente andranno considerate come appropriate, e per quanto possibile garantite, le soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare.

Modalità di accesso in linea con questi indirizzi sono del resto ampiamente utilizzate dalla diverse Regioni.

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

2.3 CARATTERISTICHE TEMPORALI DELLA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

2.3.1 Unità di misura

In considerazione della prolungata e variabile durata nel tempo delle condizioni di erogazione, il parametro temporale di identificazione della prestazione non potrà essere quello dell'episodio di ricovero, ma quello della giornata di assistenza.

Valutando la prestazione non come “episodio di ricovero” ma come “giornata di assistenza” si assume che ogni giornata rappresenti un ciclo completo e ripetibile nel quale vengono erogate in modo coerente ed integrato il complesso di prestazioni di assistenza alla persona, cura, recupero funzionale e/o trattamenti di mantenimento, che compongono il panel dell'assistenza residenziale.

2.3.2 Cadenza delle valutazioni

La valutazione dell'ospite di sede di ammissione è necessaria per la sua corretta assegnazione al livello di assistenza richiesto e per la definizione del piano di trattamento. Appare evidente che le condizioni di erogazione saranno stabili e ripetibili, su base giornaliera solo finchè rimangono stabili le condizioni cliniche e di autosufficienza dell'ospite, al cui variare varierà necessariamente l'intensità dell'assistenza.

E' necessario quindi prevedere una rivalutazione periodica che andrà effettuata almeno ogni novanta giorni, e comunque in tutte le situazioni in cui risultino significativamente modificate le sue necessità assistenziali.

Si effettueranno quindi valutazioni in diverse fasi del ricovero che saranno codificate secondo le seguenti modalità:

A – Ammissione

R – Rivalutazione periodica

M – Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale

D – Dimissione o trasferimento

E – Exitus

2.3.3 Durata del trattamento

Le prestazioni residenziali avranno una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno e di appropriatezza dell'erogazione.

La valutazione periodica dell'ospite costituisce il parametro per valutare la proroga del trattamento in quel livello assistenziale.

La prestazione residenziale non dovrebbe quindi avere una durata predefinita, ma non deve neanche essere interpretata come una soluzione definitiva e statica, per cui le valutazioni periodiche dovranno verificare come si modifica il livello di bisogno nel tempo, ma anche valutare se, a parità di condizioni, possono essere recuperate le condizioni di assistibilità a domicilio.

2.4 CARATTERISTICHE TECNICO-ORGANIZZATIVE DELLE STRUTTURE EROGATRICI

Essendo la prestazione intesa come un “unicum” organico e risultando fortemente caratterizzata e condizionata dalla organizzazione generale e dalle risorse poste in campo dalla struttura erogatrice, la sua individuazione e codifica è necessariamente connessa:

- a) alle caratteristiche tecnico-organizzative e professionali della struttura erogatrice (o del nucleo specializzato all’interno della stessa), che definiscono l’attività svolta e si esplicitano in specifici “codici di prestazione”;
- b) alle caratteristiche della persona, al fine di individuare il “caso trattato” attraverso i dati identificativi del fruitore della prestazione ed alcuni indicatori di bisogno assistenziale che consentano di definire l’appropriatezza del trattamento erogato.

Le caratteristiche di cui al punto (a) dovranno essere definite dal modello regionale di accreditamento, e rese coerenti da un codice nazionale di classificazione.

Le caratteristiche di cui al punto (b) dovranno essere rilevate mediante specifici strumenti di valutazione della persona e di analisi del case-mix assistenziale (vedi punto 1.5).

Le strutture erogatrici dovranno inoltre essere definite in modo da poter essere coerentemente individuate nell’ottica proposta dal DPCM 14 febbraio 2001 sull’Integrazione Socio-sanitaria e, soprattutto, dal DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza.

Per una corretta definizione delle prestazioni si ritiene quindi di dover procedere ad una classificazione dei “nuclei erogativi” basata sulle loro caratteristiche tecnico-organizzative, individuando i seguenti “codici di prestazione”.

Codice prestazione	Descrizione
R1	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed 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 insufficienze respiratorie, pazienti terminali etc.).
R2	Prestazioni erogate in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Estensive) 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 entrale etc.
R2D	Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell’affettività (Nuclei Alzheimer).
R3	Prestazioni erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità di Cure Residenziali di Mantenimento).
SR1	Prestazioni Semiresidenziali – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per anziani erogate in centri diurni.
SR2	Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive o di mantenimento per persone con demenza senile erogate in centri diurni.

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Le prestazioni individuate con i codici di prestazione R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di “cure intensive o estensive” ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad “assistenza e terapie di mantenimento”, classificabili come prestazioni sanitarie e valenza sociale.

L'erogazione delle prestazioni così individuate avviene, di norma, all'interno di nuclei residenziali specializzati ed organizzati per erogare quello specifico livello di assistenza.

E' auspicabile che più “nuclei” riferiti ai diversi livelli di assistenza coesistano all'interno della medesima struttura residenziale.

Nelle strutture residenziali viene garantita l'offerta di prestazioni riabilitative di mantenimento o di completamento di programmi di riabilitazione post-acuzie, con le stesse modalità e principi con i quali gli stessi vengono erogati a domicilio.

All'interno dei medesimi complessi residenziali possono coesistere Moduli o Servizi di Riabilitazione Intensiva o Estensiva, coerentemente destinati alla gestione della Post-acuzie, rispondenti alle specifiche regolamentazioni di settore e inseriti in un proprio distinto flusso informativo in virtù di un “codice di attività” autonomo (vedi codici prestazioni della riabilitazione).

2.5 IL FLUSSO INFORMATIVO SUL “CASO TRATTATO”: I DATI RELATIVI ALLA PERSONA

Al fine della corretta pianificazione delle cure e della individuazione del corretto livello di assistenza da erogare l'accesso alle strutture residenziali è subordinato alla compilazione e utilizzo di uno strumento di Valutazione Multidimensionale dei bisogni (VMD) che costituisce debito informativo a livello di ASL.

Lo strumento di VMD dovrà essere validato su base nazionale o internazionale ed in grado di produrre un indice di case-mix assistenziale costruito su indicatori sintetici di assorbimento di risorse assistenziali, che rappresenta debito informativo regionale.

Lo strumento di VMD dovrà inoltre essere in grado di alimentare in modo automatico la scheda di Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) approvata dal Gruppo Allargato del Mattone 12 (vedi allegato), che costituisce debito informativo a livello nazionale.

Gli strumenti testati dal gruppo di lavoro e validati per l'automatica alimentazione della FAR sono:

- MDS /RUG
- SOSIA
- SVAMA
- AGED

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Per la descrizione dei singoli strumenti, che sono stati oggetto di ampia illustrazione da parte delle Regioni nel corso del lavoro del Mattone, si rimanda a bibliografia ed allegati.

Tutte le regioni sono tenute ad adottare uno degli strumenti testati.

I dati di flusso regionali verranno quindi successivamente filtrati dal software FAR, in grado di alimentare il flusso informativo nazionale con dati essenziali omogenei.

Le Regioni saranno tenute ad integrare il flusso con le informazioni necessarie alla alimentazione del FAR che non dovessero risultare presenti nello strumento adottato.

E' esclusa la compilazione diretta del FAR da parte delle strutture erogatrici, il cui debito informativo è necessariamente costituito dalla scheda di VMD e di analisi del Case-mix adottata a livello regionale.

Per le Regioni che non hanno ancora avviato la implementazione di uno degli strumenti indicati è auspicabile la adozione del sistema RUG-MDS, strumento con una solida base di documentazione scientifica, validato su scala nazionale ed internazionale e costruito su una base dati estendibile ad altre tipologie di prestazioni residenziali domiciliari e di post-acuzie. E' auspicabile peraltro che, a completamento del sistema RUG, venga previsto l'utilizzo completo del sistema MDS nella forma VAOR, messo a disposizione gratuitamente del Ministero della Salute dalla società INTERRAI titolare del Copyright

2.6 I LIVELLI DEL DEBITO INFORMATIVO

Il flusso informativo residenziale risulta caratterizzato da tre diversi livelli di debito informativo.

L'opzione su tre livelli è motivata dal diverso utilizzo delle informazioni:

- 1) A livello di struttura, ove appare necessario disporre di un completo strumento di valutazione multidimensionale idoneo alla costruzione e verifica del piano di trattamento (strumento : sistema di VMD: VAOR, SOSIA, SVAMA, VALGRAF);
- 2) A livello regionale, ove appare necessario disporre di strumenti di analisi del case-mix assistenziale a fini programmatori, tariffari, di verifica dell'appropriatezza e della qualità (strumento sistema di analisi del Case-mix assistenziale: RUG, SOSIA, SVAMA, AGIR);
- 3) A livello nazionale, ove ci aspetta un set minimo di dati anagrafici, amministrativi e di generico profilo assistenziale, al fine di monitorare l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza, il ricorso ai diversi regimi assistenziali ed il consumo delle risorse, la definizione delle politiche sanitarie nazionale (strumento: FAR, flusso assistenza residenziale).

2.7 LA VALIDAZIONE DELLA FAR

La scheda di Flusso di Assistenza Residenziale (FAR) è stata oggetto di validazione nel corso di una doppia sperimentazione effettuata nella Regione Marche (maggio-giugno 2005) e nella Regione Liguria (novembre-dicembre 2006).

Le due sperimentazione avevano l'obiettivo di testare il grado di affidabilità della scheda FAR nel rilevare i dati dalle singole schede di rilevazione adottate a livello regionale (RUG, SOSIA, SVAMA, AGED).

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Nella sperimentazione condotta nella Regione Marche sono stati testati RUG SOSIA e SVAMA.

In quella condotta nella Regione Liguria sono stati testati RUG SVAMA e AGED.

I risultati delle due sperimentazioni sono riportati in allegato.

In entrambe i casi si è rilevata una discreta concordanza, che ha portato a definire adeguata l'alimentazione della FAR da parte dei suddetti strumenti, anche se i processi semplificativi che l'operazione comporta determinano ovviamente perdita di informazioni e di sensibilità rispetto ai singoli strumenti di origine.

Si può in conclusione affermare che la FAR rappresenta una adeguata scheda sintetica di flusso nazionale, da interpretarsi come strumento completo ed affidabile per quanto attiene ai dati amministrativi e per gli aspetti riferiti alle diagnosi ICD-9CM, mentre può essere utilizzata come una utile sintesi per quanto attiene agli altri aspetti clinici.

3 PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER DISABILI

Le prestazioni residenziali per disabili sono erogate in Italia da un'ampia varietà di strutture.

Il Decreto sulla Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14 febbraio 2001) consente di classificare queste prestazioni, in ragione del diverso impegno per interventi di tipo sanitario in:

- Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale (art. 3, comma 1)
- Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria (art. 3, comma 2). In quest'ultima categoria sono ricomprese le Prestazioni ad elevata Integrazione Socio-Sanitaria (art. 3, comma 3) a totale carico del SSN.

Rientrano nel perimetro di copertura del SSN le prestazioni Sanitarie a valenza Sociale e quelle Socio-Sanitarie ad Elevata Integrazione Sanitaria.

Il Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 29 novembre 2001) individua come "Livello Essenziale di Assistenza" la assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale riferibile ad "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali" erogata con le caratteristiche "dei presidi di riabilitazione extra-ospedaliera a ciclo diurno o continuativo e delle RSA per disabili", così come definiti dalla Linee Guida sulla Riabilitazione del 7 maggio 1998 (Allegato 1.B. attività territoriali residenziali e semiresidenziali).

Individuando le prestazioni ad Integrazione Sociosanitaria il Decreto prevede inoltre, per il macrolivello assistenza territoriale residenziale, che le attività riferibili a "prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale" comportino per gli utenti una partecipazione alla spesa pari al 30% per i disabili gravi e al 60% per i disabili semplicemente privi di sostegno familiare. Restano invece escluse dalla partecipazione le prestazioni erogate in favore di persone in programmi diagnostico-terapeutici con responsabilità minimale, o di minori con disturbi comportamentali o con patologie di interesse neuropsichiatrico (Allegato 1.C. punto 9, disabili, livelli a) e b)).

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Questa classificazione delle tipologie di prestazione, con riferimento al loro inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza ed alla copertura da parte del SSN, suppone la definizione di un flusso informativo capace di distinguere le diverse tipologie di prestazioni.

Si propone quindi di procedere a una classificazione delle prestazioni che tenga conto di questa logica procedurale e che consenta di monitorare in modo affidabile i Livelli di Assistenza effettivamente erogati, tenendo conto delle indicazioni delle Linee Guida per la Riabilitazione, del Decreto sull'Integrazione Sociosanitaria e del Decreto sui LEA.

Le tipologie di prestazioni da individuare risultano quindi:

3.1 PRESTAZIONI RESIDENZIALI DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Codice Prestazione	Descrizione
RRE1	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva in Regime di Post-Acuzie per il completamento di programmi terapeutici già avviati in forma Intensiva o rivolti a persone che non sopportano programmi di tipo intensivo - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/1)
RRE2	Prestazioni di Riabilitazione Estensiva erogate nell'ambito di programmi a lungo termine in cui l'intervento riabilitativo sia necessario per contrastare la progressione di patologie invalidanti cronico-evolutive attraverso interventi prolungati e/o a cicli. - (Linee Guida: art. 2.2. comma a/2)

Nota: Si precisa che il flusso informativo della riabilitazione intensiva viene regolato dal Mattone 3 "Evoluzione del sistema DRG".

3.2 PRESTAZIONI RESIDENZIALI PER DISABILI

Codice Prestazione	Descrizione
RD1	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti gravi o con responsabilità minimale che necessitano di cure medico/infermieristiche complesse per il supporto a funzioni vitali - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello a)).
RD2	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria, con terapia riabilitativa, attività psico-educative e socio-relazionali erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti in età evolutiva affetti da disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello b)). Le prestazioni di questo tipo sono connotate dalla stretta integrazione tra le attività assistenziali e riabilitative e quelle psico-educative e didattiche.
RD3	Prestazioni di assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale (disabili gravi) che necessitano di assistenza continuativa per lo svolgimento delle attività quotidiane. - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c)/gravi).
RD4	Prestazioni di assistenza residenziale e socializzazione erogate in nuclei dedicati a persone non autosufficienti prive di supporto familiare che conservano parziali ambiti di autonomia. - (DPCM 29.11.2001, Allegato 1.C. punto 9, disabili, livello c) privi di sostegno familiare).

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Per ogni tipologia di prestazioni viene previsto un analogo livello Semiresidenziale, definibile con uno specifico suffisso.

3.3 IL FLUSSO INFORMATIVO

Il Flusso informativo prevede la compilazione di una scheda contenente dati anagrafici ed amministrativi, il codice di attività che identifica la prestazione, i codici ICD-9 relativi alle diagnosi principale e secondarie ed ulteriori dati riferiti alle caratteristiche della persona.

Su questo ultimo aspetto le problematiche della persona disabile devono essere valutate da almeno tre punti vista:

- Un punto di vista assistenziale, valutabile con i medesimi strumenti adottati dalle regioni per la rilevazione del case-mix assistenziale delle RSA anziani.
- Un punto di vista riabilitativo, che almeno per le strutture più orientate ad obiettivi di cura deve essere valutato con strumenti in grado di valutare gli outcome funzionali
- Un punto di vista socio-relazionale e di attività, che deve essere valutato nell'ottica del sostegno alle attività residue ed alla qualità della vita della persona.

I dati relativi al Case-mix assistenziale saranno raccolti con gli strumenti SOSIA, SVAMA, RUG, VALGRAF, AGED o con le rispettive varianti tarate sulla popolazione disabile giovane ed adulta. Il debito informativo per questi dati può essere limitato al Livello Informativo Regionale, con trasmissione a livello di NSIS dei medesimi dati raccolti ed analizzati dalla FAR.

I dati relativi agli obiettivi riabilitativi, e i dati relativi agli obiettivi socio-relazionali saranno raccolti ed analizzati attraverso la scheda ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). (WHO 2002, Ustun 2003, Leonardi 2005).

La scheda ICF potrà essere inizialmente adottata come strumento ad uso della struttura erogatrice di prestazioni, con funzione di guida alla definizione del piano di trattamento.

Poiché contiene numerose informazioni adeguate a valutare anche lo stato funzionale e il carico assistenziale, viene proposto lo sviluppo di uno specifico studio per l'utilizzo della ICF in una ottica di valutazione del carico assistenziale e del recupero funzionale.

Lo studio potrà essere effettuato come Ricerca Finalizzata ex art. 12 o come prosecuzione del presente Progetto Mattoni, e potrà avere come obiettivo finale la sostituzione completa dei diversi strumenti di analisi del case-mix adottati dalle regioni per le RSA disabili con la scheda ICF, eventualmente integrata.

La rilevazione, verrà effettuata con le medesime cadenze delle strutture residenziali,

Si effettueranno quindi valutazioni in diverse fasi del ricovero che saranno codificate secondo le seguenti modalità:

A – Ammissione

R – Rivalutazione periodica

M – Rivalutazione per modifica del profilo assistenziale

D – Dimissione o trasferimento

E – Exitus

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

In merito ai flussi informativi vengono definiti i seguenti livelli di debito:

1) A livello di struttura:

- Dati anagrafici personali;
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.);
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie);
- Scheda di analisi del Case-mix assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili);
- Scheda ICF.

2) A livello regionale

- Dati anagrafici personali;
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.);
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie);
- Scheda di analisi del Case-mix assistenziale (RUG, SVAMA, SOSIA, AGED o versioni delle stesse tarate sui disabili).

3) A livello nazionale

- Dati anagrafici personali;
- Dati amministrativi (ASL di residenza, codice struttura, codice di prestazione, data di ingresso, partecipazione alla spesa etc.);
- Diagnosi ICD-9 (diagnosi principale + 5 diagnosi secondarie);

4 PRESTAZIONI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Il Gruppo di Lavoro sul Monitoraggio e Tutela della Salute Mentale, attivato presso il Ministero della Salute, ha lavorato in parallelo alle attività del Mattone n.12 giungendo a definire un aggiornamento delle strutture erogatrici in linea con le indicazioni del Progetto Obiettivo Salute Mentale ed in coerenza con gli indirizzi del Mattone n. 1.

Il sistema residenziale psichiatrico trova i propri presupposti nei seguenti riferimenti normativi:

- DPR 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- DPR 10 novembre 1999 Progetto Obiettivo Nazionale “Tutela della salute mentale 1998-2000”;
- DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- Accordo Conferenza Stato-Regioni 11.10.2001 “Il sistema informativo nazionale per la salute mentale”.

Le modalità attuative di questi servizi avviate dalle regioni italiane sono molto difformi e non esiste un flusso informativo codificato in rapporto alle prestazioni ed agli utenti.

Anche nel settore della Salute Mentale è apparso quindi opportuno giungere ad una corretta definizione delle “prestazioni” residenziali, che sono riferibili a cure erogate nella fase della post-acuzie e della cronicità, caratterizzate da differenti livelli di assistenza in ragione delle condizioni degli ospiti e da diversa compartecipazione alla spesa.

Il progetto Obiettivo Salute Mentale (DPR 10 novembre 1999) definisce le strutture residenziali come :

STRUTTURE RESIDENZIALI: Sono strutture extraospedaliere che accolgono persone che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi o socio riabilitativi. Sono differenziate a seconda del livello di assistenza erogata dal personale sanitario, nell’arco delle 24 ore:

- a) SR con presenza continua di personale sanitario lungo l’arco delle 24 ore;
- b) SR con presenza di personale sanitario nelle 12 ore diurne nei giorni feriali, mentre nei giorni festivi questa presenza può essere ridotta;
- c) SR con presenza di personale sanitario per fasce orarie nei giorni feriali o al bisogno. Nei giorni festivi questa presenza può essere assente.

Ad avviso del Gruppo di Lavoro del Mattone 12 una classificazione di questo tipo, per essere riferibile ad un concetto di “prestazione” deve essere integrata con elementi che qualificano le caratteristiche peculiari della prestazione e le sue finalità, riferibili ai trattamenti post acuzie o alla gestione della cronicità.

Si è quindi proposto un modello di classificazione delle prestazioni, con i relativi codici di attività, che viene presentato di seguito.

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

4.1 CLASSIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI RESIDENZIALI PSICHIATRICHE

Le prestazioni di assistenza residenziale psichiatrica sono prestazioni a ciclo continuativo (residenziale) o diurno (semiresidenziale) erogate in strutture extraospedaliere gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM. Le strutture sono organizzate in nuclei completamente autonomi e separati con un massimo di 20 posti letto e accolgono persone che necessitano di ospitalità nell'intero arco delle 24 ore, anche con livelli di intensità assistenziale differenti.

Le **prestazioni residenziali** si suddividono in due macro tipologie: Prestazioni terapeutico-riabilitative e prestazioni socio-riabilitative.

Prestazioni Residenziali Psichiatriche		
Codici prestazione	descrizione	
RP1		Prestazioni residenziali psichiatriche terapeutico-riabilitative Sono erogate in strutture per persone che, nella fase di acuzie e post acuzie, necessitano di progetti terapeutici riabilitativi. Deve essere definita la durata massima di degenza sulla base degli specifici obiettivi terapeutici.
	RP1.1	Prestazioni terapeutiche riabilitative intensive Sono erogate in strutture nelle quali vengono accolte persone, anche nella fase post acuzie, che richiedono interventi di riabilitazione intensiva e l'attuazione di programmi di reinserimento sociale. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. La durata massima della degenza è indicativamente di 18 mesi.
	RP1.2	Prestazioni terapeutico-riabilitative estensive Sono erogate in strutture che accolgono persone con problematiche psichiatriche in fase di stabilizzazione per i quali non è opportuno un trattamento intensivo sotto il profilo riabilitativo ma che necessitano di assistenza e di riabilitazione di tipo estensivo. La durata della degenza può essere protratta in rapporto allo sviluppo dei programmi riabilitativi. Le strutture sono differenziate in base al numero di ore di presenza del personale, calcolato in ragione dei bisogni assistenziali degli ospiti:
	RP1.2.1	Il personale sanitario è presente sulle 24 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
	RP1.2.2	Il personale sanitario è presente sulle 12 ore. E' definita una durata massima della degenza di 36 mesi, eventualmente prorogabile nei casi in cui l'equipe curante ne motivi la proroga.
RP2		Prestazioni residenziali psichiatriche socio-riabilitative Sono erogate in strutture che rispondono ai bisogni di persone caratterizzate da un relativo grado di autonomia nella vita quotidiana ma che necessitano di una soluzione abitativa protetta. Il personale sanitario è presente solo in determinate fasce orarie. Non viene individuata una durata massima di degenza.
SRP		Prestazioni semiresidenziali psichiatriche (SRP) L'attività semiresidenziale è erogata in strutture collocate nel contesto territoriale che accolgono le persone durante le ore diurne. Sono strutture gestite direttamente da soggetti erogatori pubblici (Dipartimento di Salute Mentale) o da soggetti erogatori privati accreditati, che operano comunque nell'ambito del sistema di offerta del DSM, attive almeno 8 ore al giorno per 6 giorni la settimana, dotate di équipe multiprofessionali.

Mattoni SSN – Mattone 12 Prestazioni residenziali e semiresidenziali

Per le prestazioni semiresidenziali devono essere attuate con le stesse modalità operative previste per la residenzialità.

4.2 FLUSSO INFORMATIVO E STRUMENTI DI RILEVAZIONE E DI VALUTAZIONE

Anche per le prestazioni in ambito psichiatrico viene prevista la costruzione di un flusso informativo basato su tre livelli di debito informativo: Nazionale, Regionale e di ASL(DSM).

- 1) A livello nazionale:
 - Caratteristiche della persona: dati anagrafici e Asl di residenza)
 - Diagnosi principale (ICD9-CM)
 - Tipologia di prestazione erogata (codice di prestazione)
 - Data di ammissione e data di dimissione per ogni tipologia di prestazione erogata nel tempo
 - La provenienza (ospedale, domicilio, altra struttura residenziale con relativo codice di attività)
 - La destinazione dopo la dimissione (ospedale, domicilio, altra struttura residenziale con relativo codice di attività).
- 2) A livello regionale:
 - Dati richiesti a livello regionale
 - Specifici dati sul livello di autonomia della persona, sui bisogni assistenziali e sulla tipologia di trattamenti effettuati, attraverso strumenti valicati in ambito psichiatrico.
- 3) A livello di DSM e si singola struttura:
 - Ogni persona dovrà comunque essere valutata con strumenti di valutazione multidimensionale e scale psichiatriche in grado di misurare l'evoluzione del quadro clinico ed assistenziale, che dovrà risultare monitorato in cartella con i parametri indicati dal Progetto Obiettivo Salute Mentale.

Il flusso informativo deve garantire la raccolta di informazioni necessarie ad implementare il flusso informativo nazionale; deve rilevare i dati anagrafici, socio-demografici e clinici per ogni persona, le giornate di degenza e le attività erogate distinte in: attività cliniche rivolte alla persona, attività rivolte alla famiglia, attività di riabilitazione (individuali e di gruppo) e di inserimento lavorativo, attività risocializzanti ed espressive (individuali e di gruppo), attività di supporto sociale.