

CONVEGNO ANASTE LIGURIA

15 Settembre 2022 Palazzo del Principe

IL RUOLO DELLE STRUTTURE PER ANZIANI NELL'EPOCA COVID:
RIFLESSIONI SUL MANAGEMENT DEI SERVIZI. I PROFILI DI
RESPONSABILITA' ALLA LUCE DELLA LEGGE GELLI

*Governance delle strutture alla luce del DM
77/2022 - Nuove prospettive*

Daniela Mortello Direttore Distretto 15 e SSD Cure Primarie

PNRR E DM 77/2022

«Il convitato di pietra: la residenzialità»

► MISSIONE 5 INCLUSIONE E COESIONE

- **Componente 2 Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani**

Autonomia degli anziani non autosufficienti – Prevede importanti investimenti infrastrutturali, finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione attraverso **strutture alloggiative** e dotazioni strumentali **innovative che consentano agli anziani di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente**, con la garanzia di servizi accessori, in particolare, legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria **la progressiva riqualificazione di strutture residenziali pubbliche in gruppi di appartamenti** autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato..... **Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento.**

► MISSIONE 6 SALUTE

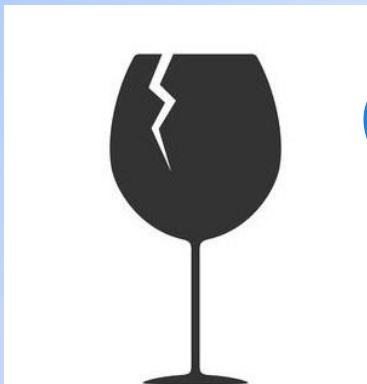
- **Componente 1 reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**

Investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina - in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea del 2019, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L'investimento mira ad **aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni** (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai **pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti**

- **Componente 2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN**

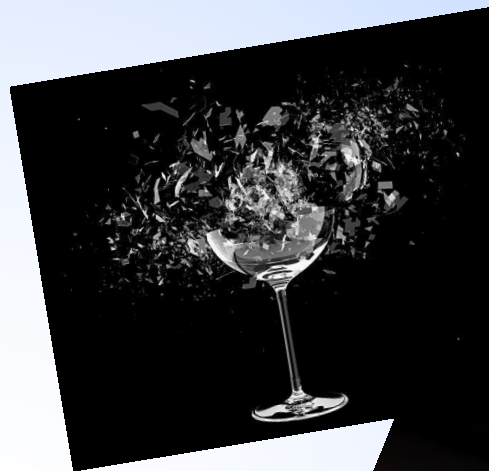
Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) che svolgerà tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) **base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente**; (iii) strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari. **il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati**, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE

I PRESUPPOSTI PER UNA NUOVA VISIONE CHE VUOLE DIVENTARE REALTA'



PREVENZIONE E
INTERVENTI DI
PROSSIMITA'

Anziano fragile in equilibrio precario
che deve essere intercettato
PRECOCEMENTE:
ruolo degli IFEC che utilizzano il
questionario SUNFRAIL e degli AS dei
Comuni



DOBBIAMO ESSERE PRONTI AD
INTERVENTIRE
TEMPESTIVAMENTE E IN MODO
APPROPRIATO QUANDO IL
BICHIERE SI ROMPE



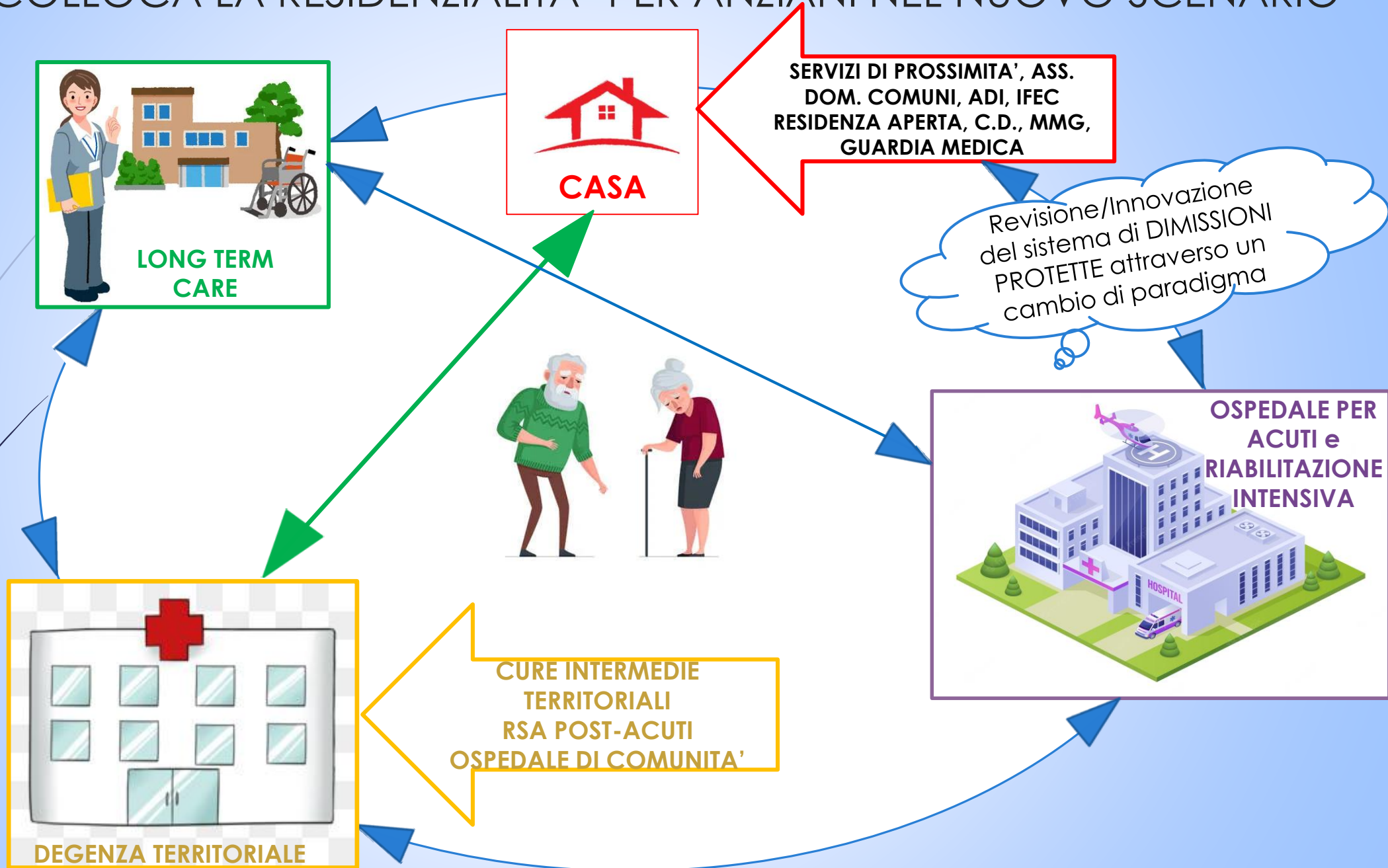
AS, AD, IFEC, MMG,
CUSTODI SOCIALI,
BUON VICINATO,
VOLONTARIATO,
MAGGIORDOMO DI
QUARTIERE,
CONCIERGE, MEDICI
VACCINATORI, MEDICI
SPECIALISTI.....

Progetto **SUNFRAIL** finanziato
da U.E. agenda 2014-2020
volto alla prevenzione e alla
gestione della fragilità, della
multi morbidità e dei rischi
legati ai poli farmacoterapia
in persone di età superiore ai
65 anni



Intervengono in "zona di
fragilità" i progetti relativi
all'attività **Fisica Adattata
(AFA)** e il **Memory Training
(MT)** di promozione e
mantenimento dello stato
benessere della persona a
rischio

DOVE SI COLLOCA LA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI NEL NUOVO SCENARIO



LA DEGENZA SANITARIA TERRITORIALE

La filiera della degenza sanitaria territoriale sarà organizzata per gradi di intensità di cura e rappresenta un modello innovativo per la gestione dei pazienti con dimissione «complessa» che non possono rientrare direttamente a domicilio e necessitano quindi di «transitare» nel setting di degenza territoriale più appropriato per periodo massimo pre-definito.

► CURE INTERMEDIE TERRITORIALI (C.I.T.)

Le CURE INTERMEDIE TERRITORIALI costituiranno un livello ulteriore rispetto all'attuale filiera residenziale territoriale la cui attivazione si colloca in un processo più complessivo di revisione della rete ospedaliera e territoriale in funzione dei nuovi bisogni emergenti. Si tratta di **strutture sanitarie extra-ospedaliere** rivolte a persone in dimissione dall'ospedale per acuti, che necessitano **ancora di un periodo di stabilizzazione clinica** prima di rientrare a casa o transitare in altro setting assistenziale di minore intensità. Si tratta di un **ambiente a media complessità di cura con presenza del medico anche durante la notte**. Permanenza limitata nel tempo.

Devono essere definiti criteri autorizzativi specifici, standard e percorsi di cura.



► RSA POST-ACUTI

Le RSA post-acuti, che **rappresentano il segmento storico della filiera**, sono strutture sanitarie extra-ospedaliere **a media complessità assistenziale rivolte a persone clinicamente stabili non autosufficienti con riduzione delle abilità fisiche cognitive e/o comportamentali anche affetti da polipatologie**, che necessitano di interventi a termine di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità.

Probabilmente diversi pazienti oggi ricoverati in RSA pos-acuti saranno domani più appropriatamente inseriti nelle CIT

La permanenza standard è prevista per 30 giorni eventualmente rinnovabile per un ulteriore analogo periodo sulla base degli esiti conseguiti in relazione al PAI/PRI

► OSPEDALI DI COMUNITÀ'

Gli OSPEDALI DI COMUNITÀ sono **strutture sanitarie territoriali a medio-bassa intensità assistenziale. Trattasi di moduli a conduzione infermieristica con presenza del medico per alcune ore al giorno (4,5 ore per 20 pl); sono rivolti a pazienti fragili e/o cronici stabili dal punto di vista clinico provenienti dal domicilio o dalla residenzialità sociosanitaria con lievi scompensi della patologia cronica, esigenza di revisione della terapia sotto osservazione, o altri bisogni che non richiedano il ricovero in struttura per acuti.** Tale opportunità, fino ad oggi inesistente, consente di evitare il ricorso improprio all'ospedale pur in presenza di condizioni che richiedono un breve periodo di ricovero in ambiente sanitario. Possono altresì trovarvi risposta persone in dimissione dall'ospedale per acuti che, prima del rientro a casa necessitano di **cure infermieristiche continue non erogabili a domicilio o di un periodo breve di recupero della condizione psico-fisica in ambiente sanitario tutelato o ancora di supporto riabilitativo-educativo e/o di assistenza alla persona e al caregiver per la somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi.** Possono altresì svolgere una funzione di «riabilitazione multidimensionale» finalizzata a ridurre il rischio di danni generati sulle funzioni neuro-muscolo-scheletriche, respiratorie, cognitive e relazionali, generati dall'inattività e dall'isolamento.

LA RETE SOCIO SANITARIA PER LA LONG TERM CARE

- ▶ **RSA di MANTENIMENTO**
- ▶ **RESIDENZE PROTETTE**
- ▶ **NUCLEI ALZHEIMER**
- ▶ **CENTRI DIURNI**
- ▶ **ALLOGGI PROTETTI**
- ▶ **DOMICILIARITA'**

SVILUPPO DEL MODELLO
DI RESIDENZA APERTA

ALCUNI FOCUS

► RESIDENZA APERTA (DGR 290/2019)

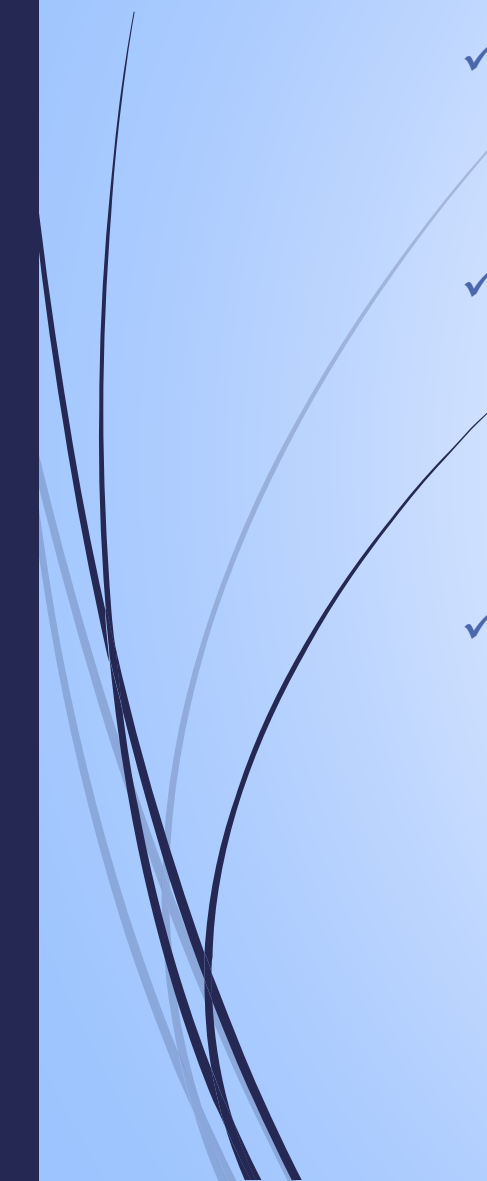
La sperimentazione del modello di **Residenza Aperta** costituisce l'opportunità per le strutture residenziali di trasformarsi in playmakers nell'ambito della filiera per la fragilità sviluppando la contiguità tra servizi residenziali, domiciliari e altri servizi innovativi in un **rapporto di partnership pubblico-privato** volta a sostenere a casa il più possibile le persone in modo da garantire vicinanza relazionale e percorsi di accompagnamento nonché risposta capillare ai bisogni, anche sviluppando un'offerta di «mercato» alla portata delle famiglie.

Le funzioni «aggiuntive» che la Residenza Aperta può svolgere sono:

- ✓ **cure domiciliari** tutte le tipologie di struttura (richiesta autorizzazione al funzionamento)
- ✓ **accoglienza residenziale temporanea** solo nei Nuclei Alzheimer per la stabilizzazione del paziente con disturbo cognitivo in fase di grave crisi comportamentale per un breve periodo di circa 10 giorni
- ✓ **accoglienza diurna** solo in RSA di Mantenimento
- ✓ **servizi accessori** quali consulenze geriatriche, attività motorie riattivanti entrando in rete con i programmi AFA condotti dalle ASL, altri servizi «sociali» quali il bagno assistito e la consegna pasti a domicilio di grande interesse per i Comuni soprattutto nell'entroterra. Possono essere erogati da tutte le tipologie di struttura



► OBIETTIVI DELLA RESIDENZA APERTA

- ✓ Promuovere un **modello di accoglienza flessibile** promuovendo laddove possibile situazioni simili all'abitare
 - ✓ Prefigurare per le strutture residenziali la **possibilità di erogare ulteriori servizi e prestazioni** a favore della popolazione più fragile al fine di migliorare la qualità della vita delle persone che hanno ancora la possibilità di rimanere a casa
 - ✓ Ritardare l'ingresso definitivo in struttura **supportando le famiglie nella gestione delle persone con patologie croniche a costi sostenibili**
- 

► CENTRI DIURNI DI I LIVELLO

A fronte della **obiettivo difficoltà dei CD di primo livello a mantenere/riprendere il servizio dopo la pandemia**, **l'accoglienza diurna (Centri Diurni leggeri) può rappresentare una valida alternativa**: è rivolta alle persone fragili o che esprimono bisogni non adeguatamente gestibili a domicilio, ma non ancora tali da richiedere un inserimento in struttura sociosanitaria residenziale o comunque a coloro che durante la giornata non possono essere accuditi a casa per mancanza di rete familiare e/o necessitano di "controllo e sorveglianza" e/o di socializzazione.

Il servizio è gestito negli spazi comuni della struttura, a supporto e ad integrazione del lavoro di cura dei familiari, con interventi di tipo assistenziale, tutelare e di animazione.

L'accoglienza diurna costituisce un **sistema più capillare, agile, flessibile ed economico del tradizionale Centro Diurno che deve essere ri-orientato in modo specifico alle persone con Alzheimer o altre forme di grave demenza**. Viceversa, essendo le RSA diffuse sul territorio, costituiscono un punto di riferimento prossimo alle persone che, in assenza di prevalente disturbo cognitivo, possono trovare risposte adeguate ai loro bisogni durante la giornata, anche quale soluzione "ponte" tra il domicilio e l'inserimento residenziale in struttura che viene così allontanato il più possibile nel tempo.

► RETE PER ALZHEIMER E ALTRE GRAVI DEMENZE POSSIBILI IPOTESI?

Stima incidenza Alzheimer 4,5% over 65 pari a circa 19.500 in Liguria

Grande impatto sociale (carico assistenziale per le famiglie economico ed emotivo con grave rischio di destabilizzazione dei caregiver anche informali) e sanitario (consumo farmaci, ricoveri impropri in ospedale, difficoltà a fornire risposte adeguate)

Offerta sociosanitaria e sanitaria per questa tipologia di pz oggi troppo frammentata e «generalista»

Esigenza di «generare valore» derivante dalla possibilità per queste persone e per le loro famiglie di stare meglio «a casa» (propria o in ambienti sostitutivi capaci di riprodurre le caratteristiche relazionali e ambientali della casa) attraverso la rimodulazione dell'offerta attraverso il potenziamento/valorizzazione dei CDCD (Piano Nazionale Demenze e Piano Regionale) 7 oggi in Liguria con funzioni di prevenzione, diagnosi, cura, presa in carico dell'intero percorso della persona demente e regia della rete:



SITUAZIONE ATTUALE DELL'OFFERTA DI RESIDENZIALITÀ (PUBBLICA E PRIVATA)

- ❑ Indebolimento della rete residenziale e semiresidenziale post-covid
- ❑ Frammentarietà della risposta ai bisogni sempre più contigui e complessi e molte piccole strutture
- ❑ Scarsa sostenibilità del sistema
- ❑ Assenza o grave carenza di risposte diurne (CD)

OPPORTUNITÀ

M6: la «casa come primo luogo di cura e telemedicina» può rappresentare un'opportunità rispetto a:

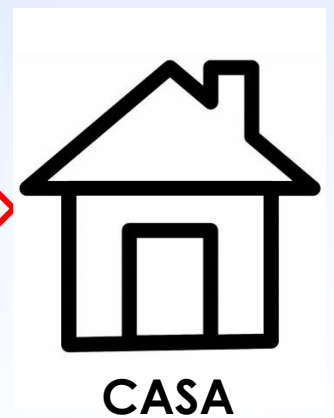
- ❑ sviluppo delle cure Cure Domiciliari con il raddoppio dei casi in carico in Liguria entro il 2026 - obiettivo 10% over 65 (modello Residenza Aperta)
- ❑ Sviluppo della telemedicina
- ❑ Implementazione degli IFEC

M5: la «riconversione delle case di riposo» può rappresentare l'opportunità di intercettazione risorse finanziarie «sociali» per:

- ❑ Conversione in gruppi appartamento domotici (soprattutto per le piccole strutture)
- ❑ Erogazione Assistenza Domiciliare e altre funzioni di competenza dei Comuni (modello Residenza Aperta)

+ ASSISTENZA DOMICILIARE
RICONVERSIONE VS
GRUPPI APPARTAMENTO
DOMOTICA

M5



M6

ADI TARGET 10% OVER 65
IFEC
TELEMEDICINA
PIATTAFORMA INFORMATICA

RESIDENZA APERTA

CONSORZI/ATS/ATI
PICCOLE
STRUTTURE?

DIMISSIONI
OSPEDALIERE

RETE SERVIZI RESID.
E SEMIRES. PER LA
LONG TERM CARE

M5 M6

DEGENZA
SANITARIA
TERRITORIALE

H

C.O.T.





RETE RESIDENZIALITA'
E
SEMIRESIDENZIALITA'
ACCREDITATA



CASA DI COMUNITA'
OSPEDALE DI COMUNITA' E ALTRE
FORME DI
DEGENZA TERRITORIALE





GRAZIE PER L'ATTENZIONE