

Deliberazione della Giunta Regionale 4 marzo 2022, n. 10-4727

Revisione del percorso dedicato a soggetti affetti da decadimento cognitivo. Parziale modifica della D.G.R. n. 45-4228 del 30 luglio 2012.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la demenza è la 25esima causa di disabilità nel mondo, la settima causa di morte nell'ultimo ventennio e rappresenta una condizione che, con l'aumentare dell'aspettativa di vita e con la curva demografica italiana, coinvolgerà un numero sempre maggiore di persone e, quindi, di famiglie;

la malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza non sono l'inevitabile conseguenza dell'invecchiamento, ma patologie vere e proprie con caratteristiche cliniche specifiche, che richiedono specifici interventi diagnostici, terapeutici, riabilitativi e di supporto per la persona che ne è affetta e per la sua famiglia;

le forme di demenza non colpiscono solo gli anziani e creano bisogni non solo sanitari, andando a incidere pesantemente sull'ambiente di vita della persona e imponendo alla famiglia cambiamenti e adattamenti faticosi, in particolare per quanto riguarda l'assistenza quotidiana. La complessità di questa condizione suggerisce quindi una presa in carico ampia, integrata, con interventi ad hoc, flessibili e personalizzati;

nonostante le molteplici esperienze di cura in corso e le prospettive future, la demenza sta diventando la "nuova emergenza". Lo conferma il report dell'OMS (anno 2021), secondo il quale le persone con demenza nel 2019 erano 55.2 milioni, che diventeranno 78 milioni nel 2030 e 139 nel 2050, mentre in Italia, si stima, a oggi, la presenza di 1.200.000 persone con una forma di demenza;

nella Regione Piemonte una stima prudente aggiornata al 1° Gennaio 2021 calcola che siano presenti circa 88.900 malati over 65 (La difficoltà di stabilire numeri precisi di prevalenza riflette la stessa difficoltà legata al quadro clinico, generalmente insidioso, lento e progressivo della patologia);

nel 2014, questi numeri e i conseguenti immaginabili costi hanno portato a una profonda riflessione sulla presa in carico del paziente cronico neuro-degenerativo e della sua famiglia; da qui è scaturito il "*Piano Nazionale Demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze*", che mira a realizzare una presa in carico uniforme sul territorio nazionale, recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 37-4207 del 14 novembre 2016;

in tale contesto, al fine di rispondere a tali mutate esigenze, il Ministero della Salute ha costituito un tavolo per la revisione dei criteri essenziali di sicurezza e qualità delle strutture per anziani, i cui lavori sono ancora in corso, in collaborazione con gli esperti delle varie Regioni;

nelle more della conclusione dei predetti lavori di revisione del modello organizzativo, è opportuno procedere a quegli adeguamenti di minima del sistema, che consentano di migliorare fin da ora gli standard assistenziali, con riferimento alle forme più critiche di non autosufficienza.

Risulta pertanto necessario lo sviluppo di una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali, che tenga conto del fatto che la condizione clinica del paziente demente è solitamente complicata dalla multimorbilità e che la maggioranza dei malati affetti da demenza vive in famiglia, con un notevole carico assistenziale che ricade pressoché interamente sui caregivers.

Attualmente, la risposta a tale problematica è garantita, all'interno dei servizi sanitari e socio-assistenziali territoriali individuati dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30/7/2012, tra l'altro, attraverso i Nuclei temporanei Alzheimer (NAT), i Centri diurni Alzheimer autonomi (CDAA) ed i Centri diurni Alzheimer inseriti in RSA (CDAI)

Tale organizzazione necessita di un aggiornamento in sinergia con le indicazioni fornite dal "Piano nazionale demenze", adottato con provvedimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 30 ottobre 2014; in particolare, i responsabili dei settori distrettuali competenti delle aziende sanitarie hanno evidenziato l'assenza, nella Regione Piemonte, di una rete che garantisca una reale presa in carico del paziente, in conseguenza di una organizzazione frammentata e variabile nell'offerta qualitativa e quantitativa.

Le Linee di indirizzo ministeriali sui Piani diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) delle demenze, approvate dalla Conferenza unificata della Presidenza del Consiglio in data 26 ottobre 2017, finalizzate a garantire la creazione di un sistema integrato dei servizi per favorire l'appropriatezza della presa in carico e la continuità assistenziale delle persone con disturbi cognitivi, non hanno ancora trovato pienamente applicazione nella realtà piemontese, in quanto spesso i servizi presenti operano in modo indipendente e sono dunque lontani dall'auspicato concetto di rete coordinata e soprattutto dal fondamentale percorso circolare Ospedale-Territorio

Dal documento predisposto dalle figure sanitarie operanti sul territorio piemontese a stretto contatto con le patologie dell'anziano, disponibile agli atti della Direzione Sanità e Welfare, è emersa l'esigenza di un aggiornamento organizzativo che si basa sulle seguenti considerazioni:

- sono stati verificati modesti progressi con i trattamenti farmacologici nel trattamento delle demenze, mentre migliori risultati sembrano ottenersi mediante i cosiddetti trattamenti non farmacologici (psico-educazionali, cognitivi e psicosociali);
- i pazienti affetti da demenze, data la loro patologia strutturalmente improntata dalla lenta progressione, manifestano la necessità di vivere in ambienti progettati per il soddisfacimento delle loro necessità che non si esauriscono quindi nell'arco di brevi periodi di tempo.

Ritenuto quindi di dover risolvere le criticità esposte attraverso:

1. il superamento dei Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT) previsti dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30/07/2012.
2. l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) definiti dai DPCM del 14/02/2001, 29/11/2001 e 12/01/2017, considerando gli ospiti dei centri diurni o dei nuclei per le demenze riconducibili all'area della non autosufficienza e quindi con prestazioni semi residenziali o residenziali di lungo assistenza.
3. Il potenziamento della rete dei servizi per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze: in particolare si prevede la presa in carico del paziente con l'attivazione di un percorso di cura secondo i criteri della medicina di iniziativa, modello assistenziale ritenuto ad oggi più idoneo per la gestione delle patologie croniche.

Richiamata:

- la D.G.R. n. 45/2012 che prevede per i NAT, ma anche per i nuclei che in generale ospitano persone affette da Alzheimer e altre forme di demenza, ulteriori specifici requisiti strutturali, nonchè sistemi di controllo degli accessi che impediscano l'abbandono involontario del presidio, e che pertanto, in molte RSA, sono già stati spontaneamente individuati nuclei dedicati alle persone affette da demenza, strutturati secondo un modello organizzativo volto alla gestione degli ospiti con disturbi comportamentali, con personale dell'èquipe assistenziale specificamente formato per la cura delle persone affette da declino cognitivo. Questi nuclei residenziali nel corso del tempo sono divenuti dei veri e propri ambienti protesici, rendendo attualmente possibile orientare il carico delle prestazioni sul versante socio-assistenziale anziché sanitario, e rispondono inoltre al modello funzionale ottimale, che prevede l'erogazione di prestazioni omogenee per nuclei organizzativi;
- l'incidenza delle demenze, rilevata dai dati a disposizione delle Unità di Valutazione Geriatriche, rende però necessario adeguare numericamente il fabbisogno dei predetti nuclei dedicati presso le RSA.

Ritenuto, pertanto, alla luce di quanto esposto, di procedere al superamento dell'organizzazione dei Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT), mantenendo sempre l'articolazione in moduli da 10-20 posti letto, conformemente al mandato del Piano Nazionale Demenze e delle linee di indirizzo sui PDTA del 2017, mediante l'istituzione di:

1. Nucleo per il Declino Cognitivo Temporaneo (NDCT), in sostituzione del NAT, con i medesimi requisiti strutturali e gestionali previsti dalla D.G.R. n. 45/2012, ma con potenziamento del personale medico e durata del ricovero definita, di norma (massimo 30 giorni, prolungabili di ulteriori altri 30 sulla base delle necessità cliniche), con retta a totale carico del SSR (Fase estensiva delle cure);
2. Nucleo per il Declino Cognitivo (NDC) con gli stessi parametri strutturali previsti dalla DGR 45/12 per le RSA in presenza di persone affette da Alzheimer e altre forme di demenza, con personale assistenziale organizzato sul livello di intensità Alta incrementato di cui alla medesima D.G.R. n. 45/2012, con retta ripartita al 50% tra SSR e Utente/Ente Gestore dei Servizi Sociali (Fase residenziale delle cure di Lungoassistenza).

Precisato che, a seguito della nuova organizzazione:

- la presa in carico del paziente è assicurata senza discontinuità, sia nella prima fase del percorso, in cui, per lo stesso, viene ritenuta adeguata la soluzione temporanea per gli interventi terapeutici finalizzati alla stabilizzazione del quadro clinico (NDCT), sia nella fase successiva, qualora l'ospite non possa rientrare al proprio domicilio, in quanto prevede il successivo inserimento presso i Nuclei per il Declino Cognitivo (NDC) specificamente strutturati secondo i criteri del Nucleo Protesico (con le finalità del mantenimento delle autonomie funzionali, in un ambiente sicuro e confortevole e con adeguata stimolazione per favorire la comunicazione), con livello di intensità alto incrementato;
- la durata della permanenza nelle strutture è commisurata all'andamento dei bisogni assistenziali espressi dagli ospiti, in quanto l'assistenza segue i principi della "gentlecare" ed accompagna il decorso naturale della patologia; pertanto, la risoluzione/o controllo dei disturbi comportamentali così come la perdita della capacità deambulatoria (fase letto/carrozzina) porta alla successiva dimissione presso il domicilio o in altro nucleo RSA ordinario.

Ritenuto di prevedere che, per l'adozione del nuovo modello, venga adottato il percorso di seguito descritto, predisposto dagli uffici regionali competenti con gli esperti delle aziende sanitarie interessate:

- l'inserimento nel NDCT sarà disposto dalla UVG dell'ASL di residenza dell'ospite, anche su segnalazione di altre strutture aziendali, ed è parte integrante di un percorso di cura complessivo che accompagna l'ospite e la sua famiglia lungo l'intera evoluzione della malattia, secondo la logica della continuità assistenziale;
- le singole aziende elaboreranno, pertanto, nell'ambito della propria organizzazione, dei protocolli in cui saranno individuate, tra l'altro, le strutture che potranno fare richiesta alle UVG;
- l'UVG è responsabile della presa in carico del paziente e della pianificazione delle fasi successive del suo percorso di cura; in particolare, la stessa valuta la temporaneità della permanenza presso il NDCT, fermo restando il limite massimo dei 60 giorni, e, in relazione alle necessità assistenziali degli ospiti, può procedere al loro trasferimento nel NDC, organizzato per l'alta intensità assistenziale (Tabella 1 DGR 45-4248) senza limitazioni temporali predefinite, o valutare soluzioni alternative, in modo da adeguare il percorso assistenziale all'evoluzione naturale della patologia. In tal modo garantisce un percorso di cura complessivo che accompagna l'ospite e la sua famiglia lungo l'intera evoluzione della malattia, secondo la logica della continuità assistenziale;
- I requisiti gestionali e organizzativi dei NDCT sono quelli previsti per i NAT all'allegato 3 della D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, modificati limitatamente all'assistenza del medico, che viene incrementata di 4 ore per complessive 14 ore settimanali, con garanzia di continuità assistenziale estesa anche a festivi e prefestivi; i nuclei già autorizzati al funzionamento ed accreditati come NAT saranno convertiti d'ufficio in NDCT entro 90 giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, previa verifica da parte dell'Asl dell'adeguamento ai requisiti organizzativo- gestionali predetti;
- in conseguenza della prevalenza del carattere sanitario assunto dal NDCT, la retta giornaliera, è rideterminata in euro 136,50 (retta attuale NAT euro 134,34), e posta a totale carico del SSR;
- per l'attivazione all'interno delle RSA di Nuclei riservati al declino cognitivo (NDC) con livello di intensità alto incrementato, entro il 30 giugno 2022 la Direzione Sanità e Welfare, unitamente alle aziende sanitarie, individuerà il fabbisogno, senza modifica degli attuali standard di riferimento dei posti letto per anziani; quindi il legale rappresentante della struttura interessata presenterà all'ASL competente per territorio istanza di conversione del nucleo RSA in NDC; l'Asl autorizzerà l'attivazione del nucleo previa verifica dei requisiti citati nel presente provvedimento; i suddetti nuclei manterranno la tariffa di cui alla D.G.R. 6 agosto 2021, n. 24-3692;
- i Centri diurni Alzheimer autonomi (CDAA) ed i Centri diurni inseriti in RSA (CDAI), rinominati Centri diurni per i soggetti affetti da declino cognitivo autonomo (CDDCA) e Centri diurni per i soggetti affetti da declino cognitivo inseriti in RSA (CDDCI), destinati in prevalenza ad interventi di sollievo alle famiglie, per persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria, manterranno una tariffa a carico del SSR limitatamente al 50% ai sensi della D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013 ed s.m.i., così come aggiornata ai sensi della D.G.R. 6 agosto 2021, n. 24-3692.

Considerato che il nuovo modello organizzativo delineato risponde ai dettami della normativa vigente, ed in particolare all'art. 30 , commi 1-4 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di

assistenza di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", i quali prevedono che siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale i "trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. La durata del trattamento estensivo di norma non supera i sessanta giorni", mentre sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera I trattamenti di lungo-assistenza, cioè, nell'ambito dell'assistenza semi-residenziale, i trattamenti di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

Richiamati i seguenti provvedimenti:

- D.G.R. 30 luglio 2012, n. 45-4248 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni";
- D.G.R. 2 Agosto 2013, n. 85-6287 "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012";
- D.G.R. 17 settembre 2013, n. 10-6357 "Sospensione della ripartizione quota sanitaria/quota utente/Comune per le tariffe relative ai C.D.A.A. - C.D.A.I. e N.A.T.";
- D.G.R. 18 Dicembre 2013, n. 19-6893 "Proroga della sospensione della ripartizione quota sanitaria/quota utente/Comune per le tariffe relative ai C.D.A.A. -C.D.A.I. e N.A.T. di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 17 settembre 2013, n. 10-6357";
- D.G.R. 23 Maggio 2016, n. 21-3331" Piano Tariffario 2016-2017 per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti. Proroga, in sanatoria, della D.G.R. 85-6287/2013";
- D.G.R. 16 Maggio 2016, n. 34-3309 "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatria;
- D.G.R. 14 novembre 2016, n. 37-4207 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane sul documento recante Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze";
- D.G.R. 26 gennaio 2018, n. 28-6423 "D.G.R. n. 37-4207 del 14.11.2016. Approvazione dei requisiti del Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)";
- D.G.R. 22 Dicembre 2020, n. 7-2645 "Aggiornamento indirizzi per l'esercizio delle funzioni e le attività relative all'autorizzazione, accreditamento e vigilanza delle strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali e socio-educative di cui all'art. 26 comma 1 della L.R. 1/2004 e s.m.i. Revoca delle DDGR n.124-18354 del 14 aprile 1997 e n. 32-8191 del 11.02.2008";
- D.G.R. 6 agosto 2021, n. 24-3692 "L.R. n. 3 del 26.01.2021. Modifica della D.G.R. n. 13-2888 del 19.02.2021, relativa all'approvazione delle modalità di erogazione delle integrazioni tariffarie ai sensi dell'art. 5 della L.R. 3/2021. Revisione delle tariffe per prestazioni di assistenza residenziale di cui alla D.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013", che troverà definitiva applicazione, per quanto

riguarda le tariffe dei Centri diurni per i soggetti affetti da declino cognitivo (CDDCA, e CDDCI), a far data dal 1 luglio 2022, mentre fino a tale data sarà mantenuto il regime attualmente in vigore per i Centri diurni Alzheimer.

Rilevato che dal presente provvedimento non derivano ulteriori oneri in quanto la maggior spesa è compensata da minori costi ospedalieri derivanti da permanenze improprie presso i Pronti Soccorsi e ricoveri inappropriati e dalla definitiva applicazione della compartecipazione del 50% da parte dell'utenza per tutti i casi definiti di "lungoassistenza".

Visto il D.lgs. 502/92 e s.m.i.;

visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 sulla Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. 1-3361 del 14 giugno 2021.

La Giunta Regionale, unanime,

delibera

- 1) di modificare parzialmente la D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 come di seguito esposto:
 - a) prevedere la tipologia Nucleo Declino Cognitivo Temporaneo – NDCT, in sostituzione del Nucleo Alzheimer Temporaneo, mantenendo i requisiti strutturali previsti per gli stessi dalla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 e ridefinendo, rispetto all'allegato 3 della stessa, i parametri di assistenza sanitaria con l'incremento di 4 ore di assistenza medica per complessive 14 ore settimanali, con garanzia di continuità assistenziale estesa anche a festivi e prefestivi; i nuclei già autorizzati al funzionamento ed accreditati come NAT saranno convertiti in NDCT entro 90 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, previa verifica da parte dell'Asl dell'adeguamento ai requisiti organizzativo- gestionali predetti, e, pertanto, il procedimento non darà luogo a variazione del fabbisogno stabilito dalla citata D.G.R. n. 45-4248;
 - b) prevedere l'identificazione, all'interno delle RSA, di Nuclei per il Declino Cognitivo (NDC) organizzati sul livello di intensità Alta incrementato;
- 2) di stabilire che l'attivazione di NCD sarà subordinata alla preventiva ricognizione del fabbisogno da parte di Direzione Sanità e Welfare della Regione e delle aziende sanitarie entro il 30 giugno 2022, alla presentazione all'ASL competente per territorio di istanza di conversione del nucleo RSA in NDC da parte della struttura interessata e ad autorizzazione da parte dell'Asl, previa verifica dei requisiti previsti nel presente provvedimento (presenza dei parametri strutturali previsti dalla D.G.R. 45/12 per i nuclei RSA che ospitano persone affette da Alzheimer e altre forme di demenza e di personale assistenziale organizzato sul livello di intensità Alta incrementato);
- 3) di confermare l'attuale assetto delle strutture dedicate al trattamento semiresidenziale delle patologie da decadimento cognitivo, disciplinato dalla citata D.G.R. n. 45/2012, e precisamente: Centri diurni Alzheimer autonomi (CDA) ed i Centri diurni Alzheimer inseriti in RSA (CDAI), che vengono rinominati Centri diurni per i soggetti affetti da

declino cognitivo autonomi (CDDCA) e Centri diurni per i soggetti affetti da declino cognitivo inseriti in RSA (CDDCI);

- 4) di stabilire che il regime tariffario delle strutture di cui ai punti precedenti è il seguente:
 - NDCT: tariffa giornaliera euro 136,50, a completo carico del SSR;
 - NDC, CDDCA e CDDCI: tariffa giornaliera, rideterminata ai sensi della D.G.R. 6 agosto 2021, n. 24-3692, a carico del SSR per il 50% e di utente/comune per il rimanente 50%, con decorrenza di tale ripartizione dal 1 luglio 2022 e mantenimento del regime attualmente in vigore fino a tale data per gli attuali CDAA e CDAI;
- 5) di dare atto che dal presente provvedimento non derivano ulteriori oneri in quanto la maggior spesa è compensata da minori costi ospedalieri derivanti da permanenze improprie presso i Pronti Soccorsi e ricoveri inappropriati e dalla definitiva applicazione della compartecipazione del 50% da parte dell'utenza per tutti i casi definiti di "lungoassistenza".

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)