

Prestazioni e servizi sociosanitari. La normativa nazionale

Franco Pesaresi

(Asur/ZT4, Anoss)

Moie di Maiolati (An) 8 febbraio 2011
Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

1

Perché l'integrazione

- Lo stato di salute e la sua evoluzione sono fortemente influenzati dalla condizione sociale delle persone.
- La condizione sociale è fortemente influenzata dallo stato di salute.
- Il costante aumento di patologie cronico-stabilizzate, cronico-degenerative, richiede lo sviluppo di una rete di servizi socio-sanitari. La qualità dei servizi dipende dalla organizzazione di servizi integrati.
- La mancata integrazione dei due sistemi non solo produce disservizi e sprechi ma mina la valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato.

2

1° parte

IN EUROPA

3

OMS Europa

- Nel 1998 l'OMS Europa ha approvato il programma «Salute21» che definisce i 21 obiettivi da raggiungere entro il 2020 per la promozione della salute.
- Obiettivo 15: continuità delle cure e servizi integrati.
- Integrazione fra servizi sanitari diversi ma anche fra il sociale e il sanitario.

4

L'integrazione in Europa

- Il tema dell'integrazione è importante anche negli altri paesi europei.
- Si è sviluppata soprattutto nell'assistenza agli anziani.
- Ministeri della sanità e degli affari sociali separati (eccetto Finlandia, Irlanda).
- I servizi socio sanitari, in genere, sono regolati e forniti localmente.

5

Chi gestisce l'integrazione in Europa?

I MODELLI

1. I comuni
2. Le agenzie sanitarie
3. I comuni e le agenzie sanitarie mediante accordi

6

Modello 1: Competenze trasferite ai comuni

- In alcuni paesi Europei alcune attività sanitarie (soprattutto per gli anziani) sono state trasferite ai comuni.
- In Svezia i comuni gestiscono (le risorse per) tutte le strutture residenziali e semiresidenziali per gli anziani. Se la Contea è d'accordo anche tutti i servizi domiciliari sanitari.
- In Norvegia e Danimarca i comuni gestiscono i servizi sociali e sanitari (primary care) distrettuali e residenziali.
- In Inghilterra dal 1993 i servizi sociali e sanitari domiciliari e residenziali per gli anziani sono stati trasferiti ai comuni.
- La Costituzione italiana permette alle regioni di decidere in questo senso.

7

Modello 2: Competenze trasferite alle agenzie sanitarie

- In Olanda una serie di prestazioni sociali per anziani e disabili sono poste in capo al settore sanitario.
- La legge sulle «spese mediche eccezionali» copre buona parte delle cure di lungo termine sociali e sanitarie come l'assistenza residenziale e domiciliare per anziani e disabili.

8

Modello 3. Accordi fra comuni ed enti sanitari

- Italia, con i protocolli di intesa.
- Altri paesi europei.

9

IN ITALIA

10

2° parte

Quali sono le prestazioni socio-sanitarie?

Fonte: D. Lgs. 229/1999, DPCM 14/2/2001 , DPCM 29/11/2001

11

Definizione

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività **atte a soddisfare bisogni di salute**, mediante **percorsi assistenziali integrati**, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire , anche nel **lungo periodo**, la **continuità** tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

12

Classificazione delle prestazioni socio-sanitarie

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono le:

1. **Prestazioni sanitarie** a rilevanza sociale;
2. **Prestazioni socio-sanitarie** ad elevata integrazione sanitaria;
3. **Prestazioni sociali** a rilevanza sanitaria.

13

1. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

- Prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad eventuali interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.
- Di competenza delle ASL (p.e. prestazioni consultoriali, assistenza in comunità ai tossicodipendenti)
- Finanziate dal fondo sanitario
- Non è prevista la partecipazione alla spesa di utenti/comuni

14

2. Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria

- Prestazioni (delle aree materno-infantile, anziani, disabili, psichiatria, dipendenze, ecc.) attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto sui risultati dell'assistenza e dalla **preminenza** dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza.
- Finanziate dalle ASL (p.e. assistenza residenziale n.a.)
- Nelle fasi estensive o di lungoassistenza
- Possono prevedere la partecipazione alla spesa di utenti/comuni in base a criteri regionali.

15

2. Quali sono le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria?

Prestazione socio-sanitaria	Beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie			
Aiuto infermieristico e assistenza tutelare domiciliare	Anziani ed altre persone in ADI			
Assistenza semiresidenziale	Anziani	Disabili gravi		
Assistenza residenziale	Anziani	Disabili gravi Disabili privi di sostegno familiare	Persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale	Persone affette da AIDS

3. Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

- Tutte le attività del sistema **sociale** che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
- Di competenza dei comuni
- Finanziate dai comuni
- Di norma non è prevista la spesa delle ASL
- I comuni possono prevedere la partecipazione alla spesa degli utenti in base a criteri regionali.

17

3° parte

L'accesso alle prestazioni sociosanitarie

18

L'accesso alle prestazioni socio-sanitarie

- L'accesso alle prestazioni avviene dopo:
 - la valutazione multidimensionale della persona da assistere
 - e la conseguente elaborazione del progetto personalizzato
 - che può contenere la previsione di una o più prestazioni socio-sanitarie da erogare.

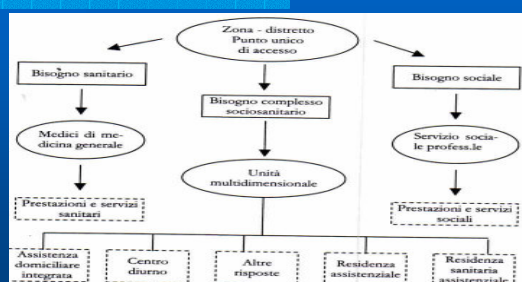
19

L'unità valutativa multiprofessionale

- Purtroppo la norma nazionale l'unità valutativa la chiama multiprofessionale e non multidimensionale privilegiando la composizione piuttosto che la funzione.
- L'Unità valutativa multiprofessionale :
 - Definisce il piano di intervento individualizzato con le prestazioni da erogare;
 - Definisce la collocazione dell'intervento nelle varie fasi (intensiva, estensiva, ecc.) e la loro durata;
 - definisce eventualmente il passaggio ad una nuova fase tenendo comunque conto della durata massima di ogni fase.

20

Il modello finale



21

4° parte

Chi paga le prestazioni sociosanitarie?

22

Chi paga per gli anziani non autosufficienti? 2003 Italia

Spesa complessiva stimata in 15.824

milioni di euro (indennità di accompagnamento, badanti, ADI, SAD, altri servizi domiciliari, contributi economici per assistenza sanitaria, assegni di cura e voucher, assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale)

Famiglie	Stato	ASL	Comune	Altri	Totale
47,8%	26,4%	18,6%	5,2%	2,0%	100%
Solo ADI, SAD, assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale					
38,7%	0%	45,2%	11,0%	5,1%	100%

23

Chi paga per l'assistenza residenziale? - 2004

Tipologia di presidio	Famiglie	ASL	Comune
Residenza assistenziale	61%	26%	13%
Residenza socio sanitaria	49%	42%	9%
RSA	40%	52%	8%
Totale	47%	44%	9%

24

La ripartizione della spesa

- La ripartizione della spesa per le prestazioni sociosanitarie poggia su tre soggetti: sanità, famiglie e comuni.
- Sono soprattutto le politiche regionali e comunali a determinare la quota di spesa dei tre soggetti.
- La ripartizione della spesa attiene al tema strategico del finanziamento delle prestazioni.

25

Le politiche per il finanziamento

- Con le politiche per il finanziamento dei servizi si possono perseguire una pluralità di obiettivi, come:
 - Ricerca equilibrio finanziario;
 - Promozione di alcuni servizi o loro disincentivazione;
 - Sostenere famiglie e, al loro interno, alcuni gruppi particolari (poveri, famiglie con disabili ecc.);
 - Promuovere integrazione sociosanitaria;
 - Ecc.

26

La suddivisione della spesa fra sociale e sanitario

- La suddivisione della spesa fra sociale e sanitario è stata stabilita dai DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 che hanno bisogno di recepimento regionale. Sono le regioni che stabiliscono le regole per la suddivisione della spesa.
- Le norme prevedono:
 1. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: non c'è compartecipazione alla spesa dell'utente.
 2. Prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria: ci può essere la partecipazione alla spesa dell'utente;
 3. Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: ci può essere la compartecipazione alla spesa dell'utente.

27

Oneri delle prestazioni socio-sanitarie (nazionale)

1. Prestazioni in fase intensiva: Oneri 100% sanità.
2. Prestazioni in fase estensiva: Oneri 100% sanità, con eccezioni (centri diurni, ADI).
3. Prestazioni in fase di lungoassistenza: Partecipazione alla spesa di utenti/comune. (p.e. anziani: 50%)

28

5° parte

**Quali sono gli
elementi che
definiscono le
prestazioni
socio-sanitarie?**

29

Gli elementi delle prestazioni socio-sanitarie

Natura del bisogno.	Intensità dell'intervento assistenziale	Complessità dell'intervento assistenziale	Durata dell'intervento	Oneri a carico del SSR
Definizione con valutazione:				
Delle funzioni psicofisiche	Fase intensiva	Elevata complessità	Breve e definita	100%
Della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni	Fase estensiva	Minore	Media o prolungata ma definita	100%
Delle modalità di partecipazione alla vita sociale	Fase di lungoassistenza		Di lungo periodo o permanente	40%-70%
Dei fattori di contesto ambientale e familiare				

Le fasi dell'assistenza

Un elemento molto importante è costituito dalla intensità dell'intervento assistenziale (anche ai fini della definizione di chi si fa carico della spesa).

- La fase intensiva è caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, da un'elevata complessità dell'intervento e da una durata breve e definita.
- La fase estensiva è caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da una durata dell'intervento media o prolungata ma comunque definita.
- La fase di lungoassistenza è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento nel lungo periodo o permanentemente.

31

Prestazioni in fase intensiva

natura del bisogno	intensità dell'intervento assistenziale	complessità dell'intervento assistenziale	durata dell'intervento	oneri del SSR
Le prestazioni sono definite con progetti personalizzati sulla scorta di valutazioni multidimensionali che tengono conto: a) delle funzioni psicofisiche; b) della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) delle modalità di partecipazione alla vita sociale; d) dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.	Fase intensiva: caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo terapeutico.	Elevata complessità dell'intervento con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.	Breve e definita.	100% a carico del SSN tutte le prestazioni. (*Non vengono inserite le prestazioni di auto infermeristico dell'ADI e di assistenza semiresidenziale per anziani in fase intensiva il cui onere per il SSN sarebbe del 50% per le argomentazioni riportate nel testo).

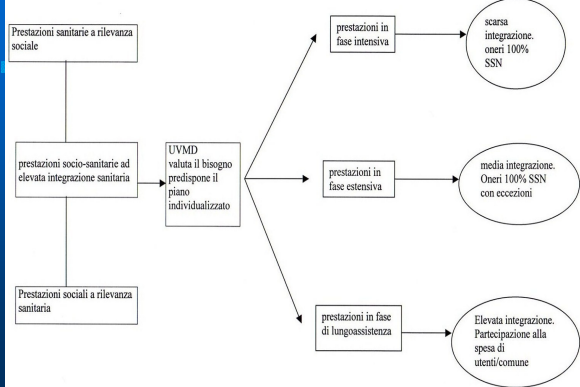
Prestazioni in fase estensiva

natura del bisogno	intensità dell'intervento assistenziale	complessità dell'intervento assistenziale	durata dell'intervento	oneri del SSR
Le prestazioni sono definite con progetti personalizzati sulla scorta di valutazioni multidimensionali che tengono conto: a) delle funzioni psicofisiche; b) della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) delle modalità di partecipazione alla vita sociale; d) dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.	Fase estensiva: caratterizzata da una minore intensità, tale da richiedere una presa in carico specifica a fronte di un programma assistenziale.	Minore intensità terapeutica con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.	Media o prolungata ma definita.	100% a carico del SSN tutte le prestazioni per persone con problemi psichiatrici, minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico, tossicodipendenti, malati terminali, persone con infezione da HIV, disabili (con una eccezione) e i disabili con responsività minimale. 100% a carico del SSN le prestazioni residenziali per anziani. 70% a carico del SSN le prestazioni semiresidenziali per i disabili gravi. 50% a carico del SSN le prestazioni di assistenza semiresidenziale e di assistenza tutelare dell'ADI per gli anziani. (Non vengono inserite le prestazioni residenziali per i disabili gravi (70% SSN) e per i disabili privi di sostegno familiare (40% SSN) per le argomentazioni riportate nel testo).

Prestazioni in fase di lungoassistenza

natura del bisogno	intensità dell'intervento assistenziale	complessità dell'intervento assistenziale	durata dell'intervento	oneri del SSR
Le prestazioni sono definite con progetti personalizzati sulla scorta di valutazioni multidimensionali che tengono conto: a) delle funzioni psicofisiche; b) della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) delle modalità di partecipazione alla vita sociale; d) dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.	Fase di lungoassistenza: finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale anche attraverso percorsi educativi.	Non definita.	Di lungo periodo o permanente	100% a carico del SSN tutte le prestazioni per persone con problemi psichiatrici (escluse strutture a bassa intensità assistenziale), minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico, malati terminali e disabili a responsabilità minima. 70% a carico del SSN le prestazioni residenziali e semiresidenziali per i disabili gravi. 70% a carico del SSN le prestazioni residenziali per le persone con infezione da HIV. 50% a carico del SSN le prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di assistenza tutelare dell'ADI per gli anziani. 40% a carico del SSN le prestazioni residenziali per i disabili privi del sostegno familiare. 40% a carico del SSN le prestazioni residenziali (in strutture a bassa intensità assistenziale) per le persone con problemi psichiatrici.

Grafico 1 - Classificazione e oneri delle prestazioni socio-sanitarie.



Prestazioni socio-sanitarie e quota di spesa sanitaria

Prestazione socio-sanitaria	Beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie			
Aiuto infermieristico e assistenza tutelare domiciliare	Anziani ed altre persone in ADI (50% in fase estensiva e di lungoass.)			
Assistenza semiresidenziale	Anziani (50% estensiva e di lungoass.)	Disabili gravi (70% estensiva e di lungoass.)		
Assistenza residenziale	Anziani (50% in fase di lungoass.)	Disabili gravi (70% fase di lungoass.) Disabili privi di sostegno familiare (40% fase di lungoass.)	Persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale (40% fase di lungoass.)	Persone affette da AIDS (70% fase di lungoass.)

Quanto durano le singole fasi?

- Non si sa.
- Secondo le linee guida sulla riabilitazione:
 - Fase intensiva: max 120 giorni
 - Fase estensiva: max 240 giorni
 - Fase di lungoassistenza: Senza limiti (ma non può iniziare più tardi del 241° giorno di assistenza).

37

L'aiuto infermieristico dell'ADI

- Secondo il DPCM sui LEA, nell'ADI, le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona sono poste per il 50% a carico dell'utente o del comune.
- Che cosa è l'aiuto infermieristico? Esse non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale (Tavolo monitoraggio LEA).
- Per cui i comuni non partecipano alla spesa dell'assistenza infermieristica ma solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%.

38

6° parte

Come gestire l'integrazione sociosanitaria?

39

La gestione

L'integrazione sociosanitaria va attuata e verificata a tre livelli:

- istituzionale
- gestionale
- professionale

40

L'integrazione istituzionale

- E' il livello politico dell'integrazione che fra enti diversi.
- Gli strumenti:
 - Regione: assessorato unico sociale e sanitario (raro) e piani sociosanitari (rari), conferenza reg. sociosanitaria (inutile?)
 - Necessità di coincidenza fra distretto sanitario e ambito sociale.
 - Piano delle attività territoriali (PAT) e Piano di Zona (PdZ)
 - Conferenza dei sindaci e Comitato di distretto
- Azioni politiche: definizione strumenti gestionali e regole dell'integrazione; pianificazione; definizione obiettivi di salute; definizione delle risorse; valutazione dei risultati.

41

L'integrazione gestionale/1

- L'integrazione gestionale si esplicita nel rapporto operativo instaurato tra gli enti incaricati di realizzare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali. Trova fondamento nel coordinamento dei processi assistenziali e nella unificazione delle risorse.

42

L'integrazione gestionale/2

- L'integrazione gestionale si realizza nel distretto/ambito avvalendosi di uno o più degli strumenti gestionali:
- Gli strumenti gestionali:
 - Convenzioni, accordi di programma, protocolli di intesa (Marche);
 - Delega delle funzioni comunali alle ASL (Veneto)
 - Consorzi comuni/ASL per la gestione unitaria delle prestazioni sociosanitarie (Toscana: società della salute)

43

L'integrazione professionale

- Fa riferimento alle modalità operative con le quali si realizza il lavoro congiunto/integrato di operatori sanitari e socio-assistenziali.
- Strumenti dell'integrazione professionale sono:
 - I Punti unici di accesso
 - Le unità valutative integrate
 - Le équipe assistenziali integrate
 - Il case manager
 - La definizione di percorsi assistenziali appropriati per la continuità assistenziale
 - La disponibilità di un sistema informativo integrato

44

Un responsabile: il case manager/1

- Esperienza nata negli USA negli anni '70 e diffusa in Gran Bretagna dagli anni '80 nei settori della salute mentale, dell'assistenza ai minori e agli anziani.
- Il case management, pur con differenze, si è poi diffuso anche in Olanda e nei paesi scandinavi. In Germania, Austria, Italia e Francia è presente come sperimentazione.

45

L'importanza del case manager

- Il case manager, è molto importante per il funzionamento dell'integrazione, perché:
 - segue le diverse fasi attuative del Pai,
 - coordina le risorse,
 - garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari,
 - è garante della continuità dei rapporti con la persona e la famiglia (è il punto di riferimento per la famiglia),
 - valuta l'efficacia degli interventi,
 - propone all'UV l'eventuale modificazione del PAI.

Possono essere infermieri, MMG o ass. sociali, ecc.

46

7° parte

I NUOVI LEA Ancora non approvati

47

I NUOVI LEA

- I nuovi LEA non sono stati ancora approvati. Ma potrebbero esserlo in futuro.
- Cosa c'è nei nuovi LEA?
 - Maggiore attenzione a tutta l'area sociosanitaria;
 - Viene prevista – come norma – l'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e sociali;
 - CURE DOMICILIARI: recepita nuova organizzazione e classificazione delle prestazioni (documento 2006 Commissione LEA); il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionali che consentano la definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI) sociosanitario integrato.
 - RESIDENZIALE e semiresidenziale per anziani: Quota sanitaria elevata al 60% per pazienti con demenza;
 - Ecc.

48

8° parte

10 REGOLE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

49

REGOLA 1

1. Le regioni stabiliscano le regole dell'integrazione.
 - Solo 8 regioni hanno definito le regole dell'integrazione e ripartito i costi fra i vari soggetti, recependo con modificazioni il DPCM 29/11/2001.
 - Senza le regole non si creano le condizioni per lo sviluppo locale dell'integrazione sociosanitaria.

50

REGOLE 2 e 3

2. Le regioni devono coinvolgere gli enti locali nella definizione dei criteri per l'integrazione.

La regolazione sociosanitaria delle regioni ha un impatto finanziario sui comuni per cui ha bisogno di un livello sufficiente di consenso comunale.
3. Gli incentivi finanziari regionali sono gli strumenti più potenti per implementare l'integrazione sociosanitaria.

51

REGOLE 4 e 5

4. L'integrazione si realizza a livello di ambito territoriale sociale coincidente con i distretti sanitari. A questo livello coincidono i livelli di pianificazione, tutti i comuni possono avere rappresentanza, c'è il livello operativo di integrazione dei servizi.

5. L'integrazione si realizza se gli strumenti di programmazione locale dei comuni e del distretto sanitario perseguono la medesima strategia. Occorre rendere unitario il processo programmatico del programma delle attività territoriali (PAT) con il piano sociale di zona (PDZ).

52

REGOLA 5

Programma delle attività territoriali (PAT)



53

REGOLE 6 e 7

6. L'integrazione si realizza se la valutazione dei bisogni viene effettuata in modo integrato. Gli organismi (UVM) che decidono l'assistenza integrata devono veder rappresentati i due enti (Comune e ASL).

7. Quando le prestazioni erogate agli utenti dipendono da due enti diversi occorre che qualcuno si assuma la responsabilità di coordinare gli interventi sui singoli cittadini.

Laddove serve, per ogni assistito, occorre nominare il **case manager** con il compito di coordinare gli interventi, valutarne gli effetti, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito.

54

REGOLA 8

8. L'integrazione professionale per funzionare ha bisogno di un Sistema informativo integrato

a cui possano accedere sia gli operatori sanitari che quelli sociali. Senza il sistema informativo integrato si riduce l'efficacia dell'integrazione ed alcuni strumenti decisivi come il PUA non potranno funzionare a dovere.

REGOLA 9

9. Gli accordi fra comuni e ASL sull'integrazione sociosanitaria devono ricercare elevati livelli di analiticità

(chi, che cosa, come, quando).

REGOLA 10

10. Per una efficace integrazione sociosanitaria occorre innovare come hanno fatto diverse nazioni europee.

- Alcune nazioni hanno trasferito in capo ad una unica amministrazione la gestione delle prestazioni sociosanitarie: Svezia e Finlandia ai comuni; Regno Unito ai comuni (ass. residenziale e domiciliare anziani), in Danimarca ass. domiciliare ai comuni.
- Queste ed altre innovazioni, con la legislazione attuale, sono possibili per le regioni italiane. Coraggio!!

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



58
