

DINAMICHE DEL SISTEMA DI OFFERTA DI SERVIZI SOCIOSANITARI IN PUGLIA

Dr.ssa Anna Maria Candela

Polignano 17 aprile 2015

“Convegno Regionale CARD”



LE CONDIZIONI ATTUALI DEL SISTEMA DI OFFERTA PUGLIESE

- ✿ *Quadro normativo regionale piuttosto completo e aggiornato: i principi, il recepimento del DPCM LEA 2001, la costituzione del fondo regionale per la N.A., le linee guida per l'accesso integrato alla rete dei servizi*
- ✿ *Piano di Azione e Coesione (PAC) – Servizi di Cura 2014-2016 e Piano Operativo di Salute 2013-2015 con investimenti e prescrizioni per il potenziamento dei servizi per anziani e persone non autosufficienti*
- ✿ *Rilievi per inadempienze sui LEA per Assistenza sanitaria territoriale : ADI al 2,3% vs 4,0%, p.l. in RSA-RSSA a 4,8 per 1000 anziani vs 14,5 p.l. (media naz.)*
- ✿ *Definizione del percorso pubblico di accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari, con assetto organizzativo UVM, linee guida, applicazione SVAMA, integrazione nel sistema EDOTTO, implementazione dei flussi FAR e SIAD*
- ✿ *A regime gli assegni di cura per pazienti SLA e affini e per disabili e anziani non autosufficienti*
- ✿ *Investimenti per autonomia e qualità della vita nei percorsi domiciliari – Ambient Assistend Living*
- ✿ *Articolazione delle tipologie di servizi per per persone con disabilità e n.a. su più livelli di integrazione*

LE PRINCIPALI CRITICITA'

Vincolo alla estensione dei servizi sanitari territoriali contestuale al riordino della sanità ospedaliera, per contrazione fondi SSN, per esigenze di rientro (Piano di Rientro 2010-2012) e per il blocco del turn-over

Non tutti i DSS sono dotati di equipe strutturate per l'erogazione di Cure Domiciliari Integrate (medici, infermieri, OSS, terapisti)

Eterogeneo ricorso alla esternalizzazione dei servizi sanitari domiciliari tra ASL e spesso anche all'interno delle ASL

Procedure di affidamento dei servizi sociosanitari domiciliari dei Comuni solo di rado raccordate con le procedure per la parte dei servizi di competenza delle ASL: le prestazioni di integrano in UVM o "a domicilio", ma non sempre sono progettate in modo integrato

Necessità di recepire i nuovi indirizzi LEA per le Cure Domiciliari Integrate su tre livelli e determinazione delle tariffe di riferimento regionale con i connessi criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni

Scarsa integrazione tra prestazioni sociosanitarie e sanitarie di intensità diversa

Assenza di fabbisogno standard per le prestazioni sociosanitarie territoriali

Il rapporto del SSR con i MMG (ADP vs ADI, coordinamento equipe, ecc...)

Promozione della domanda e di protocolli di presa in carico domiciliare più allettanti per le famiglie (cure, qualità, servizi integrativi, conciliazione)

LE TIPOLOGIE DI PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE AL 2014

- ✿ *Sostegno economico per assistenza indiretta di care giver familiare (assegni di cura)*
- ✿ *SAD e ADI*
- ✿ *Centri diurni socioeducativi e riabilitativi per disabili gravi*
(manca la determinazione del “fabbisogno” e l’assegnazione di quote di FSR)
- ✿ *Centri diurni per Alzheimer e demenze senili*
(manca la determinazione del “fabbisogno” e l’assegnazione di quote di FSR)
- ✿ *RSSA- Residenze sociosanitarie Assistenziali per disabili e anziani*
(7 x 10000 ab, manca la modulazione per livelli di gravità)
- ✿ *Comunità socioeducativa e riabilitativa per disabili gravi*
(manca la determinazione del “fabbisogno” e l’assegnazione di quote di FSR)
- ✿ *RSA-Residenze sanitarie Assistenziali*
- ✿ *Riabilitazione ex art. 26*
- ✿ *Centri risveglio (in corso di implementazione)*
- ✿ *posti letto di residenzialità sanitaria per anziani non autosufficienti, aggregati in Unità di Cure Residenziali Intensive di tipologia R1 (RSA R1) - (da disciplinare)*



REGIONE
PUGLIA

AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE PERSONE E
DELLE PARI OPPORTUNITÀ
SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-
SANITARIA

QUALE SCENARIO POSSIBILE PER LE
RISPOSTE ALLA NON AUTOSUFFICIENZA,
DALL'ADI ALLA RESIDENZIALITÀ NEL
PROSSIMO FUTURO?



I CANTIERI APERTI

- ✿ **DIEF 2014-2015** con obiettivi di spesa su ADI e LEA sociosanitari per consolidare la spesa storica e di incremento annuale della spesa per raggiungere i livelli medi nazionali entro il 2017
- ✿ **Definizione e approvazione delle Linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari Integrate (Del. G.R. n. 630/2015)**
- ✿ **Monitoraggio dell'offerta in p.l. e p.utenti e della spesa sostenuta nel 2014 dalle ASL per le prestazioni sociosanitarie**
- ✿ **Definizione dei fabbisogni standard per: centri diurni, RSSA e altre prestazioni a ciclo residenziale, per promuovere maggiore uniformità sul territorio regionale e uguale accessibilità per i cittadini**
- ✿ **Integrazione dei PAI per Anziani non autosufficienti con prestazioni economiche (assegni di cura) per l'assistenza indiretta personalizzata e prestazioni domiciliari e a ciclo diurno**
- ✿ **Tavolo di concertazione con le parti datoriali per il riordino della residenzialità anziani e l'organizzazione in filiera delle reti dei servizi**

LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

 **DEL. G.R. N. 630 DEL 30.03.2015**

E' adempimento del Min Salute rispetto al Piano Operativo di Salute 2013-2015, ma è anche una occasione unica per recuperare un ritardo almeno decennale per rendere omogeneo un sistema di offerto e pensare persino ad una rete regionale.

Lavoro integrato Regione-ARES e con il gruppo di lavoro dei Direttori di Distretto e il confronto con le Direzioni Generali

- **Linee Guida per le Cure Domiciliari per chiarire PER CHI, COME, COSA, CHI PAGA, QUALE CONNESSIONE CON I BISOGNI DELLE FAMIGLIE, MISURAZIONE, PRESA IN CARICO, RISORSE**
- **Accordo di Programma Comuni – ASL per ciascun Distretto**
- **Obiettivi di spesa fissati in DGR e ripresi nel redigendo DIEF**

LE SFIDE

- ✿ *Integrare l'offerta pubblica diretta di prestazioni domiciliari sociosanitarie con l'offerta regolata dal pubblico mediante titoli di acquisto o buoni servizio : stimolare rapporto diretto famiglia-gestore*
- ✿ *Allungare il periodo giornaliero di monitoraggio e assistenza con l'impiego di **tecnologie assistive** e per il telemonitoraggio, la sicurezza, la teleassistenza e l'autonomia del paziente non autosufficiente a domicilio (AAL – Ambient Assisted Living)*
- ✿ *Riorganizzare l'articolazione del sistema di offerta di prestazioni residenziali per accrescere l'appropriatezza della presa in carico e costruire **percorsi per livelli di intensità** progressiva o decrescente in relazione alle patologie croniche: mobilità del paziente nel sistema flessibile e non adattamento del paziente a un sistema rigido*
- ✿ *Definizione **fabbisogni standard** : tetti di spesa per ciascun LEA o budget di cura e protocolli di cura per gruppi di patologie e di bisogni ?*
- ✿ ***Sostenibilità finanziaria nel tempo** delle cure per la non autosufficienza: integrazione risorse pubbliche e private e innovazione*



TRE APPROCCI POSSIBILI PER LA REGIONE

- ✿ **SOGGETTO ATTUATORE DI INDIRIZZI NAZIONALI CHE CONGELANO IL SSN E LE SUE ARTICOLAZIONI TERRITORIALI NEGLI ATTUALI LIMITI, E NON DI RADO AMPLIFICANO LE DIFFERENZE INTERREGIONALI ESISTENTI, E BLOCCA IL BUDGET PER UNITA' DI OFFERTA E NON PER LA PIENA ACCESSIBILITA' DEI SERVIZI PER I PAZIENTI**
- ✿ **SOGGETTO REGOLATORE DI UN MERCATO "AMMINISTRATO" DI SERVIZI SOCIOSANITARI: AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO, FINANZIAMENTO, PRESA IN CARICO PUBBLICA, ESTERNALIZZAZIONE E ACQUISTO DI PRESTAZIONI, ASSUMENDO COME DATA L'ATTUALE SEGMENTAZIONE, PROVANDO A INNOVARE SU ACCESSIBILITA' E FINANZIAMENTO**
- ✿ **"STATO INNOVATORE": CAPACE DI PROMUOVERE LABORATORI DI INNOVAZIONE PER L'ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI, PER LE MODALITA' GESTIONALI E PER L'INTEGRAZIONE DELLE RISORSE FINANZIARIE, UN NUOVO RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO, PER INCREMENTI DI EFFICIENZA E QUALITA'.**



LO SCENARIO DI UNA REGIONE “INNOVATRICE” (2015-2020)

- ✿ *Caratterizzare l’offerta sociosanitaria pugliese per la non autosufficienza pur nel rispetto dei LEA sociosanitari nazionali: la scelta di un numero di p.l. inferiore rispetto al dato medio consolidato nazionale deve corrispondere a un potenziamento dell’offerta domiciliare e dei servizi complementari*
- ✿ *Favorire ricerca e domanda di tecnologie di **domotica sociale** e di **telemedicina***
- ✿ *Affiancare agli assegni di cura i buoni servizio per **sostenere la domanda di prestazioni domiciliari** sociali e sociosanitarie di qualità a complemento delle prestazioni sanitarie domiciliari*
- ✿ *Favorire l’aggregazione delle unità di offerta per :*
 - *costruire filiere di servizi e quote di budget di cura che assicurino flessibilità e appropriatezza per i pazienti, ma anche stabilità gestionale per le unità di offerta e i lavoratori*
 - *promuovere “coopetition” e contratti di rete tra aziende*



-  *Finanziamento pubblico, polizze assicurative, microfinanza per le imprese e per i cittadini (asset building), crowdfunding: **integrazione di risorse** e responsabilizzazione diffusa per la sostenibilità gestionale di medio-lungo periodo per i servizi per la non autosufficienza*
-  ***Investimenti** pubblici e aiuti pubblici per gli investimenti privati per il potenziamento tecnologico e strutturale per la rete sanitaria territoriale: le nuove opportunità per l'offerta strutturale*



IL RUOLO DEI DISTRETTI SOCIOSANITARI

1- NON TERMINALE ULTIMO DEGLI INPUT
REGIONALI E AZIENDALI

2- PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI E
RESPONSABILITA' DI BUDGET

3- ORGANIZZAZIONE DELLE RISORSE E
PARTECIPAZIONE AI PROCESSI DI ACQUISIZIONE
AZIENDALI

4- INTERLOCUZIONE CON GLI EROGATORI PER
RICONNETTERE SEGMENTI DI OFFERTA

5- SOGGETTO COMMITTENTE RESPONSABILE DI
RISORSE E RISULTATI

