Direzione Generale per le Politiche Sociali, le Politiche Culturali,
le Pari Opportunità e il Tempo Libero

L'integrazione tra sociale e sanitario: quali risultati?

23 Giugno 2015 – HOTEL EXCELSIOR, NAPOLI

Aree prioritarie di intervento

- rafforzamento punti unici di accesso
- rafforzamento presa in carico attraverso piano personalizzato sociosanitario
- implementazione U.V.M.
- supporto alla persona attraverso incremento ore di assistenza tutelare – ADI
- supporto alla persona attraverso trasferimenti monetari per l'acquisto di servizi domiciliari o fornitura degli stessi da parte di familiari, e vicinato sulla base di un piano personalizzato.
- supporto alla persona anche con interventi complementari all'ADI a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui siano effettivamente complementari al percorso domiciliare e non a ciclo continuativo

Obiettivo strategico

- Promuovere l'integrazione sociosanitaria:

  le politiche per la disabilità, l'assistenza domiciliare e per la non autosufficienza, anche attraverso strumenti innovativi :

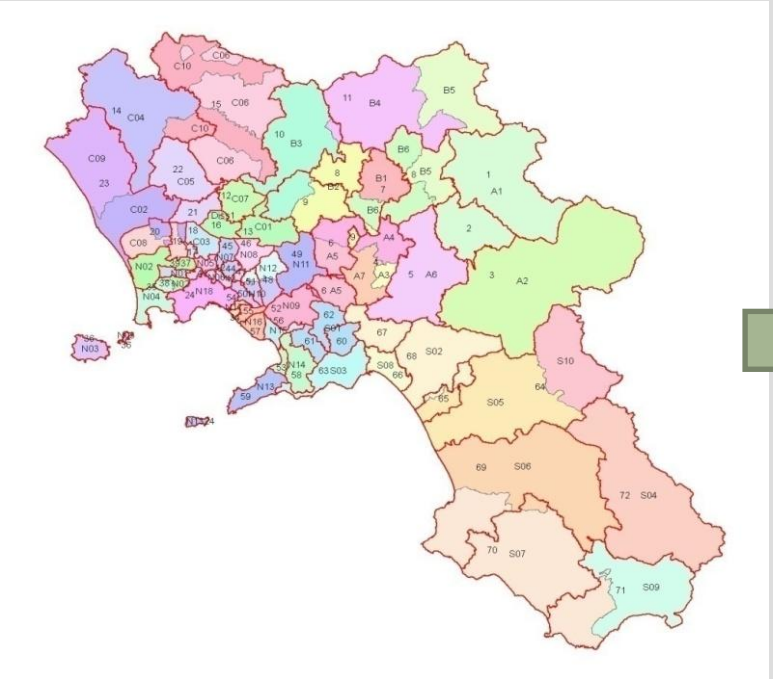
  - Assegni di cura

Obiettivi operativi

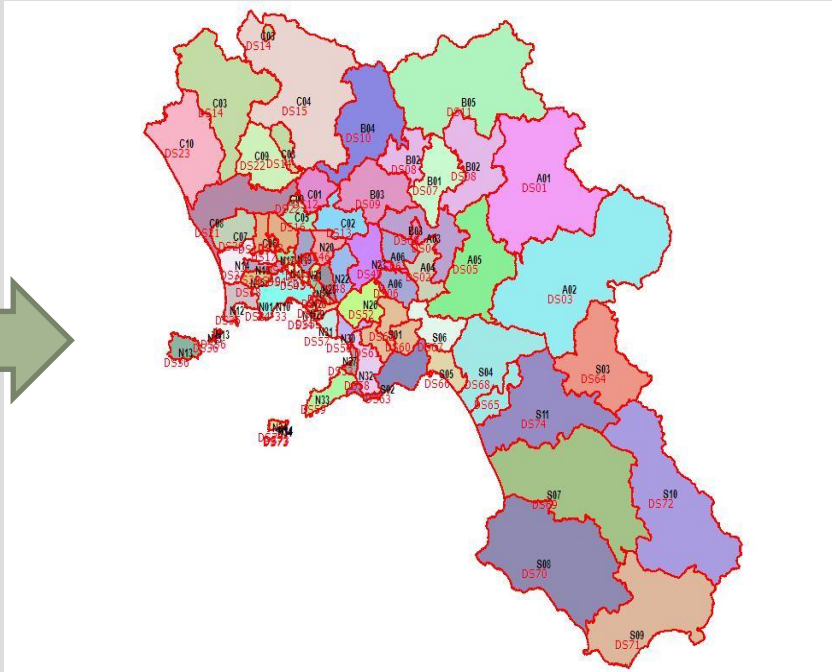
I. Promuovere la domiciliarità
II. Qualità e offerta dei servizi residenziali per la non autosufficienza:
   - RSA
   - Strutture tutelari
   - Bassa intensità – Salute mentale

PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

- Politica d'integrazione tra i Distretti Sanitari ed i Comuni associati



vecchi ambiti



nuovi ambiti

PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

- Definizione del "*Sistema delle Cure Domiciliari*"

  (indicando con chiarezza responsabilità e competenze dei Distretti e dei Comuni)

- Percorso di presa in carico

PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: STRUMENTI OPERATIVI

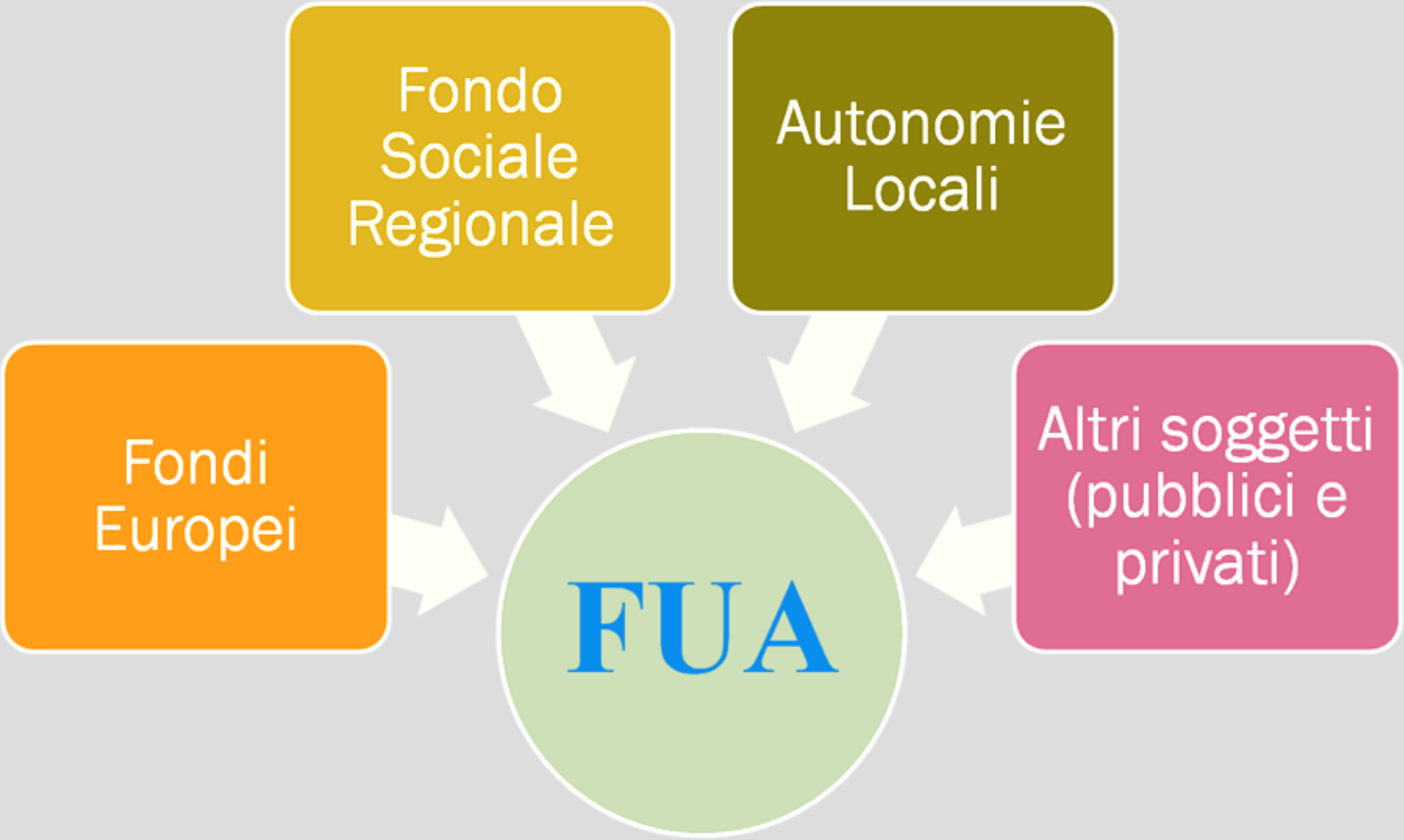
- Definizione del ruolo centrale delle UVI e del progetto personalizzato.
- Diffusione schede SVAMA e SVAMDI
- PUA

IL FONDO UNICO DI AMBITO (FUA)

- La L.R. 15/12 introduce all'interno della L.R.11/07 il nuovo art.52bis che disciplina il FUA, già previsto dal I PSR :

  «*I Comuni, associati negli ambiti territoriali, costituiscono il Fondo Unico di Ambito (FUA) per la realizzazione del piano di zona attraverso l'istituzione, nel bilancio del comune capofila o della forma associativa prescelta se diversa dalla convenzione, di uno o più capitoli dedicati nei quali confluiscono le risorse destinate al finanziamento del sistema integrato locale.* (...)»

IL FONDO UNICO DI AMBITO – LE FONTI



Risorse per il sociosanitario

Trasferimento risorse a favore dei Comuni/Consorzi capofila di Ambiti Territoriali per la compartecipazione alla spesa per le prestazioni sociosanitarie.

	Totale compartecipazione	Liquidato (DL 35)	Da liquidare	
2010-2011	65.375.315,14	**55.242.843,32**	10.132.471,82	
Stima 2012	15.000.000		Unica soluzione	

Il Superamento delle criticità finanziarie

L’attuazione di una politica d’integrazione tra i Distretti Sanitari ed i Comuni associati ha impattato per molto tempo in criticità che si sono incentrate sulle difficoltà finanziare di compartecipazione dei Comuni alla spesa sociosanitaria.

La Regione Campania ed il Commissario ad Acta per il Rientro del Settore Sanitario hanno dal 2010 al 2012 emanato una serie di provvedimenti volti a chiarire i termini della problematica finanziaria, richiamando i Comuni ad assumere la responsabilità sia sotto il profilo tecnico-organizzativo che finanziario delle necessita assistenziali delle persone non autosufficienti onde sollevare il S.S.N. da un carico di cura non sempre appropriato e con oneri finanziari non più sostenibili

Le innovazioni istituzionali e organizzative/1

Con il Decreto Commissariale n. 6 /2010 e s.m.i. sono state definite le tariffe delle strutture rientranti nei L.E.A. sociosanitari e si sono indicati i criteri per regolamentare la compartecipazione degli utenti ai servizi sociosanitari inclusi nei L.E.A.

Con la DGRC n.41/2010 è stato definito il “Sistema delle Cure Domiciliari”, indicando con chiarezza responsabilità e competenze dei Distretti e dei Comuni ed è stato delineato l’intero percorso di presa in carico degli utenti, (accesso, valutazione del bisogno sociosanitario, progetto personalizzato, erogazione degli interventi); percorso nel quale le Unità di Valutazione Integrate, assumono un ruolo centrale e rappresentano lo snodo organizzativo determinante delle politiche integrate sociosanitarie.

Le innovazioni istituzionali e organizzative/2

Con i Decreti Commissariali n. 77 e n. 81 /2011 si è posto termine ad una spesa ritenuta inappropriata assunta dalle ASL in sostituzione dei Comuni per i servizi sociosanitari, e per sostenere le problematicità di tale processo messo in campo dal Commissario ad Acta, la Giunta Regionale ha definito con DGRC n.50/2012 una serie di misure che da un lato impongono ai Comuni di assumere negli atti programmatori il carico assistenziale delle persone non autosufficienti, dall'altro prevedono di sanare la situazione creditoria accumulata dalle A.S.L. nei confronti dei Comuni per il triennio di vigenza del P.S.R

Le innovazioni istituzionali e organizzative/3

Un altro passo essenziale nella stessa direzione è stato compiuto nell'ambito del Progetto Sperimentale SINA Campania che, attraverso un percorso di progettazione partecipata con i responsabili territoriale del sistema SINA, ha prodotto la "cartella sociale informatizzata". A partire dal 2013 la cartella permetterà la tracciabilità del percorso degli utenti non autosufficienti, dalla richiesta di accesso fino al monitoraggio degli interventi sociali e sociosanitari messi in campo dai Comuni associati. Le azioni fin qui descritte nascevano dall'obiettivo prioritario del triennio di potenziare i servizi domiciliari, puntando sulla integrazione organizzativa e professionale tra ASL e Comuni anche in ragione del Piano di Azione sull'ADI, ma più complessivamente hanno permesso di costruire gli aspetti fondanti di una integrazione sociosanitaria estensibili anche alle altre prestazioni LEA

Le innovazioni istituzionali e organizzative/4

Si è così cercato di ovviare all'assenza nel sistema di offerta regionale di una tipologia intermedia di strutture, adeguate a coloro che, pur presentando un basso livello assistenziale sanitario da non richiedere necessariamente il ricovero, presentano un alto livello di bisogno tutelare, ma per ragioni esclusivamente sociali non possono essere assistiti a domicilio.

E' stata quindi individuata la "struttura tutelare per non autosufficienti" nell'ambito del Regolamento attuativo DPGR n. 16/2009 (per la quale si è previsto un primo finanziamento con risorse regionali, ne seguiranno altri a valere sul FESR). Mentre, con la DGRC n. 666/2012 sono state definite 2 nuove tipologie di strutture "comunità alloggio" e "gruppo appartamento" specifiche per persone con disagio psichico, stabilizzate.

INNOVAZIONI NORMATIVE COMPARTECIPAZIONE SOCIOSANITARIA/1

L.R. n.16 del 7/8/2014 "Interventi di rilancio e sviluppo dell'economia regionale nonché di carattere ordinamentale e organizzativo." (collegato alla Legge di Stabilità Regionale 2014) – BURC del 7/8/14

Il secondo periodo del comma 5 dell'articolo 42 della legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328), aggiunto dall'articolo 1, comma 61 della legge regionale 5/2013, è così sostituito: ***"I comuni singoli o associati provvedono, sulla base dei progetti elaborati in sede di U.V.I., alla copertura economica della quota di propria competenza, vincolata alle prestazioni socio-sanitarie di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, n. 19854 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) prelevando le risorse dal Fondo Unico di Ambito (FUA)."***

INNOVAZIONI NORMATIVE COMPARTECIPAZIONE SOCIOSANITARIA/2

Regolamento n. 4 del 7/4/2014 “Regolamento di attuazione della legge regionale 23 ottobre 2007, n.11”

Art. 9 c. 4 “I soggetti titolari di strutture sociosanitarie, in possesso di accreditamento ai sensi del regolamento regionale 22 giugno 2007, n. 1 (…) che forniscono le prestazioni di cui all'allegato 1C Area Integrazione Sociosanitaria del D.P.C.M. 29 novembre 2001, ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza"), partecipano al sistema integrato di offerta degli interventi e servizi sociali disciplinato dalla legge regionale senza la necessità di ulteriori provvedimenti di autorizzazione o di accreditamento da parte degli Ambiti territoriali.

LA SPESA SOCIO-SANITARIA NELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE: CRITICITA' E PROPOSTE OPERATIVE/1

L'analisi dei dati, provvisori ma comunque indicativi, relativi alla II annualità del PSR 2013-2015, gli Ambiti Territoriali hanno destinato al finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali, al netto dei trasferimenti delle ASL, 42.964.407,08 MEURO utilizzando 7 fonti di finanziamento. Se a ciò sommiamo tutta la spesa per le prestazioni sociosanitarie si arriva a circa 79 milioni di euro. Si tratta di una quota significativa di risorse che incide fortemente sui bilanci comunali e sul sistema di offerta degli interventi e dei servizi sociali.

Alla luce di questa ricostruzione del quadro normativo e degli andamenti e della composizione della spesa socio-sanitaria a fronte anche della progressiva riduzione dei trasferimenti statali, è evidente la necessità di aumentare le risorse a titolarità regionale destinate al sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, anche in considerazione dei prossimi scenari determinati dalla riconversione della spesa sanitaria in spesa socio-sanitaria.

LA SPESA SOCIO-SANITARIA NELLA PROGRAMMAZIONE SOCIALE: CRITICITA' E PROPOSTE OPERATIVE/2

Al fine di garantire la capacità di offerta dei servizi e delle prestazione a tutela di cittadini non autosufficienti, è quindi necessario integrare le risorse regionali destinate allo scopo con tutte le risorse derivanti dall'aumento del gettito della tassa auto. Va, infatti, evidenziato che se la media nazionale della spesa delle Regioni in materia è pari a 115,7 euro pro capite, la spesa della Regione Campania è pari a 45,6 euro per abitante.

In conclusione, in considerazione anche della progressiva riduzione delle risorse nazionali del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), risulta opportuno portare il livello delle risorse regionali almeno al pari della media nazionale.