

## **Note per una piattaforma politica a supporto dei processi di integrazione tra sanità e sociale**

### **Proposte per politiche regionali favorevoli l'integrazione**

*Gruppo di Lavoro "Integrazione Socio Sanitaria"*

*Coordinatore: Giorgio Banchieri*

*Relatore: Alessandra Barbato*

- In tutte le buone pratiche di policy sul tema dell'integrazione si parte dal garantire una unicità di gestione istituzionale delle politiche socio sanitarie, socio assistenziali e sociali unificando le competenze degli attuali Assessorati Regionali preposti (Assessorato alla Salute e Assessorato alle Politiche Sociali).
- E' necessario garantire una condivisione delle informazioni sanitarie e sociali anche tramite tutte le sperimentazioni utili quali la promozione del Fascicolo Socio Sanitario Elettronico (e questo rimanda all'intervento di Luciano De Biase).
- Per fare questo serve individuare/mappare le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria a livello regionale e definire le tipologie di relazioni tra i soggetti e i portatori d'interesse dell'integrazione sociale e sanitaria.
- Inoltre è necessario garantire che la definizione delle policy sia basata su metodologie di analisi dei bisogni della popolazione residente fondate sui dati storici e sulle direttrici di cambiamento della domanda di medio e lungo termine (invecchiamento della popolazione, cronicità, disabilità, dipendenze, fragilità, disagio ed emarginazioni sociali).
- Ne discende che per le tipologie di soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria individuate dalla normativa nazionale è necessario ridefinire:
  - i Livelli di Assistenza (LEA) con la contestuale definizione dei corrispondenti interventi e prestazioni sanitarie e sociali, integrate, coerenti ed in continuità con i processi di promozione, prevenzione, cura, riabilitazione;
  - i livelli/requisiti minimi organizzativi e gestionali per garantire l'azione comune dei servizi e degli operatori sanitari e sociali nel percorso assistenziale "logico" dell'integrazione sociale e sanitaria

(accettazione/accoglienza, valutazione multidimensionale, presa in carico globale e costruzione del piano assistenziale individualizzato).

- i criteri per la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari.
- Conseguentemente bisogna adottare le Linee Guida, condivise e definite a livello della Conferenza Stato-Regioni (Nuovo Disciplinare per l'accreditamento dei soggetti erogatori in sanità), per avere requisiti comuni condivisi di **accreditamento** orientati alla qualità, necessari per i soggetti terzi per essere accreditati con il SSR e con gli enti locali per poter offrire i loro servizi e partecipare alle eventuali gare pubbliche di assegnazione.
- Per definire e rimodulare l'offerta dopo una puntuale analisi della domanda è necessario adottare i costi standard, condivisi e definiti a livello di Conferenza Stato-Regioni, per i servizi, gli interventi e le prestazioni sociali e sanitarie integrate offerti, verso i quali far convergere l'organizzazione dei servizi da parte delle singole AUSL e dei singoli EELL e da usare come nomenclatore tariffario regionale di riferimento massimo.
- Conseguentemente l'esigenza di allocare risorse adeguate a livello regionale per sostenere lo sviluppo delle reti di integrazione tra sanità e sociale con particolare riferimento ad attività di ricerca, sviluppo, formazione, aggiornamento professionale, costruzione di flussi informativi nazionali a supporto della governance e del monitoraggio delle reti regionali.
- A supporto del tutto bisogna qualificare i sistemi informativi socio-sanitari integrati a livello regionale, lavorando sulla integrazione dei sistemi informativi esistenti quali SIAS, SIAT, PREVALE, Sistema info dei Municipi di Roma, attraverso la implementazione di sistemi di indicatori e standard per un monitoraggio sistematico dei servizi offerti da parte degli erogatori accreditati, pubblici e privati, al fine del controllo della qualità e delle performance dei servizi erogati e per il monitoraggio della spesa in un approccio di garanzia della qualità e della sostenibilità delle reti integrate di servizi sanitari e sociali.
- Serve anche favorire la raccolta delle buone pratiche normative, gestionali e assistenziali per favorirne una divulgazione tra le Aziende Sanitarie, tra gli operatori accreditati, pubblici e privati, tra EELL e Terzo Settore in un approccio di crescita della cultura della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sostenibilità delle prestazioni erogate.

- Da ciò deriva anche il perseguire il consolidamento del sistema integrato pubblico-privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali tramite pratiche di programmazione condivisa nei diversi territori della Regione.
- Infine è bene ridefinire strumenti normativi per favorire lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica di sussidiarietà verticale, solidaristico-assicurativa superando la logica contributivo – capitaria.

### **Una nota per la particolare condizione degli anziani affetti da demenza**

L' affermarsi dei bisogni assistenziali è sempre più giustificato sia dal progressivo invecchiamento generale della popolazione, con un forte incremento degli over 80, ma anche dai casi di demenza e tra le quali il mordo di Alzheimer è la più frequente.

Un'ulteriore criticità è rappresentata dall' incremento del numero delle famiglie cosiddette mononucleari (con conseguente riduzione delle potenzialità di assistenza erogata all'interno dei nuclei famigliari), ed infine, dalla progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza per i soli acuti.

Si ricorda che la Conferenza Stato-Regioni ha recentemente approvato il Piano Nazionale Demenze (PND) e che l'Istituto Superiore di Sanità ha provveduto, insieme al Ministero della Salute ad una mappatura di tutti i servizi per queste patologie ([osservatoriodemenze.it](http://osservatoriodemenze.it)).

L'implementazione del PND è ora compito delle Regioni.

In Italia si stima la presenza di circa 4,1 milioni di cittadini non autosufficienti, di cui **circa 3,5 milioni sono anziani** (Censis, 2012).

Le famiglie curano gli anziani non autosufficienti con le proprie forze o ricorrendo alle **"badanti"**. Il perno finanziario del sistema è "l'indennità di accompagnamento", in sostanza l'unica risposta pubblica a fronte della pressante domanda d'aiuto delle famiglie. Tuttavia, tale misura risulta praticamente separata dal sistema dei servizi reali, assicurato tramite la rete delle prestazioni sociali e sociosanitarie locali .

Quando la famiglia non riesce a sopportare il forte impegno richiesto per la cura dell'anziano non autosufficiente, l'istituzionalizzazione e il **ricovero nelle strutture sanitarie assistenziali** risultano ancora le uniche forme di assistenza possibili nei confronti di questi soggetti.

### **(Proposte)**

Occorre promuovere un'assistenza extra-ospedaliera in grado di affrontare i bisogni della fase post-acuta dell'intervento sanitario garantendo la continuità delle cure. In particolare, occorre potenziare l'assistenza domiciliare la quale porterebbe sicuramente ad un risparmio economico in quanto si eviterebbero molti casi di ricovero impropri. Questo rimanda alle proposte di integrazione socio-sanitaria sul territorio che ha elaborato il gruppo di lavoro.

Riguardo alla posizione delle "badanti", si potrebbe anche ipotizzare un albo a cui le famiglie possano attingere nel momento del bisogno.

Molto spesso, invece, queste persone arrivano impreparate al lavoro da svolgere, sia perché vengono da culture e tradizioni diverse, sia perché semplicemente non hanno mai svolto questo tipo di attività.

Infine, occorre anche potenziare le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Ricordiamo che in Lombardia su 11 milioni di abitanti vi sono circa 65.000 posti letto. Mentre nel Lazio su 6 milioni di abitanti vi sono circa 20.000 posti letto, siamo sotto di 15.000.

Indubbiamente la giunta Zingaretti si è già mossa accreditando nel 2013 ben **15 RSA. Cinque delle strutture sono a Roma**, e le altre dieci in provincia.

"L'atto - spiega Nicola Zingaretti - risponde ad **un fabbisogno estremo di assistenza per gli anziani** e mette 15 strutture in grado di lavorare con maggiore serenità. È importante che possano farlo perché così si evita di scaricare questa domanda sugli ospedali, o peggio, sulle famiglie già in difficoltà per la crisi e si affida la gran parte delle attività di assistenza fuori dalle strutture ospedaliere".

Insomma, la Regione sta lavorando, ma c'è ancora tanto da fare!

