

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

La definizione di obiettivi e di azioni per un'efficace miglioramento delle prestazioni socio-sanitarie sconta un quadro normativo e finanziario che ne determinano e limitano necessariamente il perimetro:

- la crisi economica che, pesantemente, incide sulla società piemontese in termini di minori risorse fiscali e, conseguentemente, provoca un aumento delle persone in stato di bisogno;
- la situazione finanziaria della Regione Piemonte, molto critica a causa di una limitata disponibilità di fondi per lo sviluppo delle politiche di settore, e fra queste quelle socio-sanitarie;
- i limiti e gli obblighi imposti alla Sanità in applicazione del Piano di rientro che incidono pesantemente anche sulle attività socio-sanitarie.

Tutto ciò comporta la necessità di concentrarsi nel periodo di vigenza del Patto per il sociale identificabile nel **triennio 2015/2017**, sulle azioni di sistema e, quindi, di razionalizzazione e/o di integrazione della normativa vigente piuttosto che sull'implementazione, nel breve periodo, delle prestazioni erogabili.

Parallelamente al percorso del Patto, la Regione intende riorganizzare il proprio modello di governance sul territorio in materia sanitaria, socio-sanitaria e di integrazione con i servizi sociali.

Uno degli obiettivi è lo sviluppo di una rete di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari che veda nel **Distretto sanitario** la necessaria articolazione territoriale; nel Distretto si dovranno, quindi, trovare le risposte congiunte anche fornite dalle istituzioni che hanno responsabilità dei servizi sociali e l'ambito distrettuale dovrà necessariamente coincidere con quello territoriale di riferimento ottimale per gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali. Questo percorso, peraltro, non attiene specificamente agli obiettivi del Patto per il Sociale, ma ne costituirà necessariamente la cornice entro la quale sviluppare azioni ed interventi e di esso si dovrà tenere conto nello sviluppo e nel tempo delle azioni di sistema ed esecutive.

Le azioni del Patto per il sociale si sviluppano sulle seguenti direttrici:

1. Azioni di sistema:

- istituzione di una **Cabina di regia** tra le **Direzioni Coesione sociale e Sanità** per una programmazione congiunta attraverso la sottoscrizione di un protocollo operativo;
- nuovi criteri di riparto del **Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali** (art. 35 della l.r. 1/2004) che supportino le scelte programmatiche e organizzative nell'area dell'integrazione.

2. Azioni esecutive:

- azioni relative all'area dei servizi dedicati agli **anziani non autosufficienti**;
- azioni relative all'area dei servizi dedicati ai **disabili**;
- azioni relative all'area dei servizi dedicati alla **psichiatria**;
- azioni relative all'area dei servizi dedicati all'**autismo**.

AZIONI DI SISTEMA

Istituzione di una Cabina di regia tra le Direzioni Coesione sociale e Sanità per una programmazione congiunta.

Nelle more della definizione dell'assetto istituzionale dei Distretti sanitari e i rapporti funzionali e territoriali con gli Enti gestori, si ritiene necessaria la costituzione di un coordinamento interdirezionale

tra le Direzioni regionali Sanità e Coesione sociale, da formalizzare con apposito protocollo operativo, con il compito di:

- concordare proposte di obiettivi comuni per le attività integrate da perseguire a livello distrettuale;
- definire budget per il perseguimento degli obiettivi;
- dare attuazione alle disposizioni della Giunta regionale;
- fornire indicazioni operative alle ASL e agli enti gestori (es. omogeneizzare convenzioni tipo e indicazioni alle Commissioni di vigilanza);
- prevedere forme stabili di consultazioni congiunte con ASL ed Enti gestori;
- attivare processi di confronto con le realtà del volontariato e del Terzo Settore;
- prevedere sistemi di monitoraggio sull'attuazione dei programmi e degli obiettivi.

Tempistica:

- **stipula del Protocollo entro il 31 dicembre 2015;**
- **definizione degli atti programmatici entro 30 giugno 2016.**

Nuovi criteri di riparto del Fondo regionale per la gestione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali (art. 35 della l.r. 1/2004).

La previsione di obiettivi e budget concordati presuppone, per la parte sociale, la definizione di vincoli di destinazione dei finanziamenti regionali agli Enti gestori, da prevedere nella deliberazione annuale di riparto del Fondo regionale di cui all'art. 35 della l.r. n. 1/2004, che supportino le scelte programmatiche ed organizzative nell'area dell'integrazione.

Tali vincoli andranno esplicitati previa concertazione con gli Enti gestori e le Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative;

Tempistica:

- **tavoli di concertazione entro il 31 dicembre 2015;**
- **deliberazione di criteri entro 31 marzo 2016;**

AZIONI ESECUTIVE**Area dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti****La situazione attuale**

I servizi dedicati agli anziani non autosufficienti rimangono una delle aree più soggette a pressione della domanda che, nonostante gli interventi realizzati negli anni, a seguito dell'invecchiamento della popolazione, ai cambiamenti degli stili di vita, alla scarsità delle risorse in rapporto al bisogno espresso, alle differenze territoriali di incidenza dei servizi, è notevolmente cresciuta.

La riorganizzazione dei servizi residenziali hanno vissuto un periodo particolarmente travagliato a causa delle riforme introdotte con le DD.GG.RR. 45-4248/2012, 14-599/2013 e 85-6287/2013, che si è sostanzialmente concluso con le sentenze del Consiglio di Stato 604/2015 e 982/2015, e la riorganizzazione dei servizi domiciliari a seguito della D.G.R. 26/2013 che, riformando in parte le DD.GG.RR. 39/2009 e 56/2010, ne hanno delimitato gli ambiti operativi dell'azione regionale all'interno della rigorosa cornice del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario. La D.G.R. 26/2013 è stata peraltro annullata con tre sentenze del TAR Piemonte n. 154, 156 157 del 2015 ad oggi oggetto di ricorso in appello al Consiglio di Stato.

Servizi residenziali e semiresidenziali

Le azioni da porre in campo nel periodo di validità del Patto, che trovano la previa proposta congiunta in sede di Gruppo di coordinamento e concreta attuazione in apposita DGR per quanto riguarda la parte sanitaria e nella DGR annuale di criteri di riparto del Fondo regionale per la parte sociale, tramite l'individuazione di un budget vincolato all'interno del Fondo regionale (vedi le azioni di sistema) sono:

entro 31 dicembre 2015

- modifiche alla DGR 14-599/2013, e conseguentemente alla DGR 85-6287/2013 per la ridefinizione/riduzione delle attuali sei fasce assistenziali. Contestualmente, potranno essere introdotte varianti ad alcuni aspetti del modello gestionale, in particolare per quanto attiene alle prestazioni sanitarie. Quest'azione potrebbe essere intrapresa in concomitanza con alcuni dei provvedimenti attuativi della D.G.R. 18-1326/2015.
- definizioni di obiettivi di spesa per le ASL, peraltro per il 2015 già previsti nella DGR 18-1326/2015, e dei corrispettivi obiettivi per i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali per quanto riguarda le integrazioni rette per il biennio 2016/2017.
- significativa riduzione delle liste di attesa, strettamente correlata ai punti precedenti;
- la definizione dei percorsi di continuità assistenziale all'interno delle RSA per anziani non autosufficienti; nell'ambito delle RSA devono, infatti, essere meglio definiti i percorsi di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS), anche prevedendo una migliore allocazione territoriale dei posti disponibili, tenendo presente che queste prestazioni di carattere sanitario hanno una verosimile ricaduta nel percorso di presa in carico degli anziani non autosufficienti da parte del comparto socio-sanitario. E' auspicabile, quindi, che il percorso di lungodegenza si trasformi in prestazioni di lungoassistenza con un corretto coinvolgimento dei servizi preposti, ma anche delle famiglie. A queste ultime deve essere risparmiato il continuo "scarico" dell'assistito da un servizio all'altro per subentrare con azioni di accompagnamento e condivisione dei percorsi assistenziali.
- definizione di autonomo modello gestionale per l'Alzheimer e per le persone affette da demenza che intrecci interventi di lungodegenza (a totale carico sanitario) possibilmente collegati ai percorsi di CAVS e di lungoassistenza (di carattere socio-sanitario) che includa modelli di semiresidenza economicamente sostenibili.

entro 30 giugno 2016

- riequilibrio dei disequilibri territoriali in termini di numero percentuale di utenti e di omogeneità tariffaria, riscontrati al fine di garantire l'equità di trattamento di tutti i cittadini piemontesi;
- monitoraggio del livello di raggiungimento degli obiettivi di spesa e relativa soddisfazione dell'utenza;
- definizione di procedure di accreditamento delle strutture residenziali, per lo svolgimento, in regime di convenzione con le ASL, di attività sanitarie (es. assistenza infermieristica) e/o socio-sanitarie (es. servizi domiciliari), tutto ciò non solo nel contesto dell'offerta domiciliare alternativa al ricovero in RSA, previsto dalla D.G.R. 18-1326/2015, ma anche in un contesto più generalizzato al fine di migliorare il mercato e la sostenibilità economica specialmente delle piccole strutture ubicate in aree disagiate e che potrebbero diventare punti di riferimento per l'erogazione di servizi in ambito locale.

Viene, infine, demandata alla Direzione regionale l'individuazione di azioni di sostegno e/o promozione presentate da soggetti del Terzo settore, che si qualificano per innovazione e sperimentazione nel campo delle politiche per gli anziani non autosufficienti.

Tra queste va sicuramente annoverata l'attività delle Società di Mutuo Soccorso che operano, oltre che con finalità mutualistiche proprie, anche con attività a scopo assistenziale, che vanno supportate

nell'individuazione e creazione di esperienze sperimentali di mutualità condivisa con gli Enti Gestori e le ASL, quali soggetti che concorrono al sistema integrato dei servizi sociali.

Servizi domiciliari

- **Prestazioni domiciliari alternative alla residenzialità a carico totalmente sanitario**

Questo obiettivo è già stato avviato dalla Giunta regionale con la D.G.R. 18-1326 del 20 aprile 2015 con la quale è stato incrementando il budget per le prestazioni residenziali dai 265 mln del 2014 ai 280 mln per il 2015 e con la quale si intende coniugare in maniera innovativa il rapporto tra prestazioni residenziali e domiciliari a totale carico sanitario.

Appare prioritario, in ordine di tempo, dare attuazione alla D.G.R. 18-1326/2015, emanando i provvedimenti necessari a regolare:

entro dicembre 2015

- l'adeguamento del sistema di valutazione multidisciplinare del bisogno;
- i contenuti del Progetto Individuale;
- le prestazioni erogabili a domicilio;
- i soggetti accreditabili per l'erogazione delle prestazioni;
- le modalità di remunerazione e rendicontazione delle prestazioni;
- modalità di effettuazione dei controlli.

- **Prestazioni domiciliari di competenza sociale**

La D.G.R. n. 39-11190 del 6 aprile 2009 prevede che, sulle prestazioni, il costo dell'assistenza tutelare socio-sanitaria prevista dal PAI, pari al 50% del contributo venga assunto come componente sanitaria, ancorché finanziato totalmente con fondi sociali, e il restante 50% come componente sociale.

Ciò significa che sulla componente sanitaria non viene effettuata alcuna valutazione relativa al reddito o alla condizione sociale, ma si basa solo sulla condizione clinica della persona, mentre la restante quota a carico dell'Ente Gestore è soggetta ad ISEE.

Criticità:

- L'offerta ha portato ad una entità di domanda troppo onerosa a fronte dei finanziamenti disponibili.
- Un numero molto elevato di utenti idonei ad ottenere il servizio, si trovano perennemente in lista d'attesa a causa dell'esaurimento dei finanziamenti.
- Sul territorio i contributi economici a sostegno della domiciliarità sono stati erogati dagli Enti gestori con criteri di reddito non omogenei, determinando una notevole differenza nel valore della prestazione a seconda del territorio.
- Tali modalità di contribuzione non sono più compatibili con il quadro normativo (DGR 18, sentenze del Consiglio di Stato e dettami del Piano di Rientro) e, pertanto, vanno rideterminate.

Azioni proposte dal 2016:

- riordino delle modalità di erogazione delle prestazioni normate dalle D.G.R. n. 39/2009;
- riordino del riparto delle risorse disponibili per l'anno 2015, individuabili nel Fondo Nazionale per le non Autosufficienze (F.N.A.) e in risorse regionali appositamente destinate;
- assoggettamento totale ad ISEE;
- revisione delle fasce di intensità assistenziale e dei massimali erogabili, al fine di rendere più omogeneo il livello delle prestazioni ed ampliare il numero degli utenti idonei che possono beneficiare del contributo
- istituzione dei Titoli per l'Acquisto (voucher), ovvero contributi non in denaro da erogare ai cittadini – destinatari dei piani di assistenza individuali (PAI), definiti dalle Equipe territoriali

delle Asl, per l'acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, erogate da personale professionalmente qualificato, spendibili presso aziende accreditate, al fine di ampliare il ventaglio di servizi ai quali il cittadino può accedere;

- individuazione di modalità di accreditamento di prestazioni domiciliari erogabili da personale dei presidi sanitari-assistenziali soprattutto nei piccoli contesti al fine di ampliare il mercato dell'offerta di servizi;
- revisione della DGR 39/2009 per quanto riguarda le fasce di intensità assistenziale e dei massimali erogabili, al fine di rendere più omogeneo il livello delle prestazioni ed ampliare il numero degli utenti idonei a beneficiare del contributo;

Anche nell'ambito della domiciliarità viene infine demandata alla Direzione regionale l'individuazione di azioni di sostegno e/o promozione presentate da soggetti del Terzo settore, che si qualifichino per innovazione e sperimentabilità nel campo delle politiche per gli anziani non autosufficienti.

Tra queste va, sicuramente, annoverata l'attività de "La Bottega del Possibile", da sempre impegnata a potenziare l'attività tradizionale di promozione dell'autonomia delle persone non autosufficienti e della preminenza della salvaguardia della domiciliarità, in particolare attraverso l'attuazione della "Borsa degli Attrezzi" che offre agli operatori strumenti adeguati per intervenire nel modo migliore su situazioni complesse e problematiche. La Bottega del possibile mette a punto programmi di informazione/sensibilizzazione/formazione rivolti agli operatori socio-sanitari, ai caregiver e ai familiari.

Area dei servizi dedicati ai disabili

La situazione attuale

Le azioni di sostegno alle persone con disabilità si configurano negli interventi, ormai ampiamente consolidati su tutto il territorio regionale, di assistenza domiciliare, sostegno socio-educativo alla persona, affidamento diurno o residenziale, assistenza residenziale e semiresidenziale. A questi si affiancano i Progetti di Vita indipendente che la Regione Piemonte è stata tra le prime ad avviare.

I bisogni sanitari ed assistenziali delle persone disabili vengono individuati dall'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (U.M.V.D.), presente in ogni Distretto sanitario, che, attraverso la valutazione multidimensionale, individua le risposte più idonee al loro soddisfacimento, privilegiando, ove possibile, il mantenimento delle persone al domicilio. L'UMVD rappresenta l'elemento centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi rivolti alle persone con disabilità e garantisce l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali.

La sua composizione ed il suo funzionamento sono stati disciplinati con la D.G.R. n. 26-13680 del 29 marzo 2010.

Servizi residenziali e semiresidenziali

Con le DD.G.R. n. 34-23400 del 9.12.1997, n. 11-24370 del 15.04.1998 e n. 42-6288 del 10.06.2002 sono stati definiti i parametri strutturali per ciascuna tipologia di struttura per disabili e con le DD.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 e n. 42-6288 del 10.06.2002 sono stati individuati i corrispondenti modelli organizzativi-gestionali.

In particolare, la D.G.R. n. 230-23699 del 22.12.1997 ha previsto, sulla base delle prestazioni giornaliere minime da garantire per utente, i relativi costi per l'erogazione delle stesse, nonché la ripartizione degli oneri a carico del servizio sanitario regionale e degli oneri non sanitari.

Successivamente, con la D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 "DPCM 29 novembre 2001, Allegato 1 – punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria", è stato individuato un modello organizzativo residenziale e semiresidenziale per persone disabili che

raggruppa le tipologie di strutture esistenti in fasce assistenziali differenziate per intensità della risposta erogata rispetto ai bisogni trattati e che gradua, all'interno di ciascuna fascia, l'intensità dell'intervento assistenziale su tre livelli di complessità delle prestazioni erogate rispetto al progetto individualizzato.

Nonostante tale articolazione, i modelli di assistenza semiresidenziale e residenziale presentano delle rigidità nel dare risposte più complesse ai differenti bisogni che connotano la popolazione disabile.

Criticità

L'attuale normativa presenta delle carenze legate alla rigorosa definizione dei minutaggi suddivisi tra le diverse figure professionali prestabilite dalla norma, nonché a parametri strutturali poco flessibili in termini di spazi e locali, spesso sovradimensionati.

Nonostante l'articolazione in fasce assistenziali differenziate per intensità, prevista dalla D.G.R. 51-11389/2003, manca una flessibilità di risposta ai nuovi bisogni sia per il diffondersi di gravi patologie sia per l'invecchiamento della popolazione disabile già presa in carico.

Per la semiresidenzialità si è cercato di superare tale rigidità istituendo, con la D.G.R. n. 35-6552 del 22.10.2013, un ulteriore modello organizzativo, da erogarsi nell'ambito del Centro Diurno socio-terapeutico, definito di "tipo C", che prevede un livello di intensità di prestazioni inferiori rispetto ai Centri diurni di tipo A e di tipo B, riconducibili ad attività di laboratorio. Tale modello consente di prolungare la permanenza al domicilio della persona, garantendo una frequenza, anche non continuativa, nell'arco della giornata.

Sebbene la D.G.R. 51/2003 abbia cercato di migliorare, rispetto alla D.G.R. 230/1997, l'appropriatezza delle risposte con l'articolazione delle strutture in fasce differenziate per intensità assistenziale, si evidenzia la necessità di invertire il percorso, prevedendo l'adeguamento della rete dei servizi semiresidenziali e residenziali ai bisogni delle persone e non viceversa.

Un'altra carenza che deve essere colmata è la mancanza di scale di valutazione, sanitaria e sociale, che permettano all'U.M.V.D. di individuare l'intensità del bisogno assistenziale a cui correlare l'intensità delle prestazioni da erogare.

Inoltre, le tariffe per le prestazioni erogate previste dalla D.G.R. 230/1997 sono state ormai superate e risultano essere disomogenee tra loro.

Peraltra la suddetta D.G.R. 51/2003 prevede una gradazione degli oneri a carico del F.S.R. in base alle tre diverse fasce assistenziali:

fascia A alta : 70% Sanità - 30% utente/Comune

fascia B media : 60% Sanità - 40% utente/Comune

fascia C base : 50% Sanità - 50% utente/Comune

Tale gradazione si differenzia dalle percentuali previste dal DPCM 2001 che prevede:

- per l'assistenza territoriale residenziale per disabili gravi: 70% a carico del SSN e 30% a carico utente/Comune
- per l'assistenza territoriale residenziale per disabili privi di sostegno familiare: 40% a carico del SSN e 60% a carico utente/Comune
- per l'assistenza territoriale semiresidenziale per disabili gravi: 70% a carico del SSN e 30% a carico utente/Comune.

La differenza degli oneri a carico del SSR, previsti dalla DGR 51/2003, rispetto a quanto stabilito dal DPCM 2001 ha creato una spesa "extra LEA".

Azioni proposte

E', pertanto, necessario provvedere ad una revisione dell'attuale normativa per offrire una maggiore flessibilità progettuale, organizzativa-gestionale e strutturale dei servizi semiresidenziali e residenziali, al fine di garantire risposte adeguate ai differenti bisogni delle persone disabili.

I documenti che si intendono proporre potranno dare risposta alle criticità attuali attraverso un nuovo modello gestionale e strutturale, che si caratterizza per i seguenti punti essenziali:

- la definizione di scale di valutazione funzionali della persona, nonché degli strumenti di valutazione sociale validi per l'individuazione delle tre risposte progettuali (residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità), in sostituzione di quelle previste con la D.G.R. 56-13332/2010 valide soltanto per la domiciliarità;
- la rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale articolati in fasce, nonché di due livelli riferiti ai NAC (Nuclei ad Alta complessività) e NSV (Nuclei Stati Vegetativi);
- la semplificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali attraverso l'individuazione di 4 tipologie al posto delle 14 attuali;
- l'individuazione di altre attività organicamente strutturate, sia sul piano residenziale sia su quello diurno, quali per esempio i laboratori e le convivenze guidate;
- l'individuazione del Piano Educativo/Riabilitativo/Assistenziale Individuale (PEI/PAI) quale espressione operativa della maggiore flessibilità quali-quantitativa degli interventi;
- la definizione della Cartella della disabilità.

All'interno di questa revisione normativa potranno essere meglio definiti i passaggi di presa in carico dall'età evolutiva all'età adulta e per le persone ultra 65enni, i cui bisogni non siano assimilabili a quelli degli anziani, la possibilità di mantenere la risposta data sulla disabilità.

La rimodulazione dei livelli di intensità assistenziale articolati in fasce garantisce uniformità nell'erogazione delle prestazioni e comporta, di conseguenza, la definizione di specifiche tariffe che assicurino una remunerazione omogenea su tutto il territorio regionale.

La definizione delle tariffe potrà consentire l'individuazione del budget per la copertura delle quote sanitarie delle rette di inserimento in strutture residenziali ed in quelle semiresidenziali, con un finanziamento da ripartire alle ASL nell'ambito del riparto del fondo sanitario regionale, previa assegnazione alle medesime degli obiettivi di servizio.

Anche per gli Enti gestori potrà essere definito un budget, nei limiti dei costi rilevati dalle schede ISTAT, per la quota sociale, non coperta dall'utente, delle rette di inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali da prevedere come vincolo nei criteri di riparto del Fondo regionale indistinto.

Il percorso di attuazione della nuova normativa richiederà un puntuale monitoraggio.

Potrà essere presa in considerazione, successivamente alla sperimentazione delle nuove scale di valutazione, la definizione del grado di priorità di accesso ai servizi, così come individuato per le persone anziane non autosufficienti con la D.G.R. n. 14-5999 del 25.6.2013.

Tempistica:

- **adozione da parte della Giunta regionale del nuovo modello di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone disabili e del relativo sistema tariffario entro il 31 Dicembre 2015;**
- **definizione del budget sanitario e sociali a sostegno delle relative quote di compartecipazione della spesa entro il 1° Giugno 2016**
- **avvio monitoraggio sull'attuazione della nuova normativa entro il 31 Dicembre 2016**

Servizi domiciliari

- **Prestazioni domiciliari alternative alla residenzialità a carico totalmente sanitario**

Dopo il monitoraggio sull'attuazione della nuova normativa, **dal 2017**, si valuterà l'opportunità e la percorribilità di adottare un modello di domiciliarità solo sanitaria alternativa alla residenzialità, così come previsto dalla d.g.r. n. 18-1326 del 20 aprile 2015 per le persone anziane non autosufficienti.

- **Prestazioni domiciliari di competenza sociale**

Accanto agli interventi di assistenza domiciliare a sostegno delle persone con disabilità e delle loro famiglie, ormai consolidatisi negli anni, con la D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 è stato esteso alle persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni il contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza, già previsto dalla DGR 39/2009, sostenuto con il Fondo ministeriale per la non autosufficienza.

Per tali prestazioni vale quanto previsto nel precedente capitolo riguardante l'area della prestazioni domiciliari sociali per i servizi agli anziani non autosufficienti i cui obiettivi si richiamano integralmente.

Area dei servizi dedicati alla psichiatria

Servizi residenziali

La Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato il Piano di azioni nazionale per la salute mentale che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza.

Il succitato Piano prevede tra i propri obiettivi quello di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità e di promuovere altresì all'interno del sistema di offerta dei D.S.M. una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento, sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Con la D.G.R. n. 87-6289 del 2.8.2013 è stato recepito il suddetto Piano, demandando a successivi provvedimenti l'attuazione dei contenuti previsti nel Piano medesimo con particolare riguardo alla riorganizzazione dell'assistenza residenziale per i pazienti psichiatrici.

Nella seduta del 17 ottobre 2013 la Conferenza Unificata ha sancito l'accordo sul documento GISM-AGENAS relativo alle strutture residenziali psichiatriche che prevede la differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale finalizzata a migliorare i trattamenti ed a ridurre le disomogeneità, procedendo al conseguente adeguamento degli interventi di tipo economico. Tale Accordo è stato recepito con la D.C.R. n. 260-40596 del 23.12.2013.

L'Accordo individua tre tipologie di struttura residenziale in base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati ed al livello di intensità assistenziale presente:

- struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1)
- struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2)
- struttura residenziale psichiatrica per interventi socio riabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale socio sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3).

Relativamente a quest'ultima tipologia (SRP3), per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal D.P.C.M. 29.11.2011 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Le strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi (SRP3) sono definite come "strutture che accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

Nel DPCM 2001 relativamente all'Assistenza territoriale residenziale, nell'ambito del Livello di Assistenza "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle

persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie” per le “prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale” vengono indicate quali percentuali di costo: 40% a carico del SSN e 60% a carico dell’utente/Comune.

La revisione della rete residenziale psichiatrica è altresì prevista nell’ambito delle azioni indicate nei Programmi Operativi 2013-2015 per l’attuazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell’equilibrio economico, approvati con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

Negli ultimi verbali del Tavolo tecnico ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza viene richiesto alla Regione *“di regolare a regime la ripartizione degli oneri sanitari distinguendoli da quelli relativi a prestazioni non sanitarie nei termini dettagliatamente esposti nel presente verbale, anche con riferimento alla vicenda dei cd gruppi appartamento”*.

In ottemperanza alle suddette disposizioni normative con la D.G.R. n. 30-1517 del 3 giugno 2015 è stata approvata la revisione del sistema dei servizi residenziali per la psichiatria. Con tale provvedimento sono stati definiti i requisiti gestionali e strutturali per l’autorizzazione al funzionamento e per l’accreditamento per le strutture SRP1, SRP2, SRP3 nonché il relativo sistema tariffario.

Nelle strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi SRP3, che erogano interventi caratterizzati da una bassa intensità riabilitativa, confluiranno gli attuali Gruppi appartamento e le Comunità alloggio, a cui afferiscono rispettivamente 1365 e 208 posti letto.

Criticità

Nella suddetta deliberazione viene prevista una fase transitoria, che durerà fino a dicembre 2015, nella quale, tra l’altro, dovrà essere effettuata la rivalutazione da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale dei pazienti nelle strutture per verificare l’appropriatezza degli inserimenti e laddove vi sia incoerenza tra livelli di assistenza erogati e necessità assistenziali del paziente, il DSM inserente dovrà ricollocare lo stesso, entro un anno dall’entrata in vigore della deliberazione, nella struttura idonea.

Sulla base della rivalutazione dei pazienti inseriti nelle diverse strutture, con un successivo provvedimento di Giunta, verrà determinato il fabbisogno regionale di offerta di servizi residenziali per la psichiatria e le modalità per la concessione dell’accreditamento e per gli accordi contrattuali con gli enti gestori da attuarsi con decorrenza dall’anno 2016.

Pertanto, una volta noto il quadro di domanda e di offerta di servizi sarà effettivamente possibile quantificare, per quanto concerne le SRP3, la ricaduta della spesa sociale sugli Enti gestori e di conseguenza definire un budget vincolato nel Fondo regionale indistinto.

Una delle maggiori criticità rilevabili è che, pur essendo le SRP3 strutture socio sanitarie, i pazienti ospitati sono in carico al Dipartimento di Salute Mentale, per cui non vi è un coinvolgimento diretto dell’Ente gestore, se non nella compartecipazione alla quota sociale della tariffa.

La presenza dell’ente gestore dei servizi socio assistenziali si riscontra nelle Commissioni di vigilanza, che sono quelle previste per le attività sanitarie, integrate da un Dirigente medico del D.S.M. e da un componente dei Servizi socio-assistenziali per le strutture socio-sanitarie.

E’ necessario dunque prevedere una collaborazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e gli Enti gestori.

Azioni proposte

I pazienti inseriti in queste strutture sono prevalentemente persone che versano in condizioni di fragilità sociale e spesso anche in condizione di difficoltà economiche, che richiedono un’attenzione particolare al fine di evitare ulteriore emarginazione e peggioramento delle condizioni sanitarie.

Pertanto, al fine di evitare di disparità di trattamento tra utenti sul territorio regionale, si provvederà alla definizione di una soglia ISEE specifica per tali prestazioni.

Sarà pertanto indispensabile fornire indicazioni alle ASL per un coinvolgimento effettivo degli Enti gestori, che consenta loro di rilevare il bisogno di questa particolare tipologia di utenza in un'ottica di partecipazione attiva e non solo di ente preposto al pagamento della quota sociale.

Di conseguenza gli enti gestori potranno definire un budget di spesa per la quota, non coperta dall'utente, delle rette di inserimento in SRP3 .

Quanto sopra consentirà di prevedere un budget vincolato nel Fondo regionale indistinto.

Il percorso di attuazione della nuova normativa richiederà un puntuale monitoraggio da effettuare in collaborazione con la Direzione Sanità.

Tempistica:

- **definizione di linee guida per garantire l'effettiva collaborazione dei Dipartimenti di Salute mentale delle ASL con gli Enti gestori nel processo di riordino della residenzialità psichiatrica e nello specifico per le strutture residenziali per interventi socio riabilitativi (SRP3) entro il 31 dicembre 2015;**
- **individuazione di una soglia ISEE specifica per tali prestazioni entro il 31 dicembre 2015**
- **definizione del budget sociale a sostegno delle relative quote di compartecipazione della spesa entro il 1 giugno 2016.**

Assegni terapeutici e borse lavoro

Tra le prestazioni extra LEA rientrano anche gli assegni terapeutici per pazienti psichiatrici alternativi al ricovero in struttura e le borse lavoro.

I Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL sostengono che gli assegni terapeutici e le borse lavoro vengono utilizzati a supporto dei progetti terapeutici-riabilitativi individualizzati predisposti all'interno dei percorsi clinici territoriali e pertanto devono essere a carico del fondo sanitario.

Il DPCM 2001, nell'ambito del Livello di assistenza territoriale ed ambulatoriale, quale attività sanitaria e socio sanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie, prevede le "prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socio-riabilitative presso il domicilio" a totale carico della sanità.

Resta, tuttavia, il dubbio se considerare, effettivamente, gli assegni terapeutici e le borse lavoro integrativi dei progetti terapeutici-riabilitativi.

Se non hanno valenza sanitaria, occorre tenere presente che l'intera spesa finora sostenuta dalle ASL ricade sugli Enti gestori.

Area dei servizi dedicati all'autismo

La situazione attuale

Con la Raccomandazione regionale "Programma di Governo clinico sull'autismo ed i Disturbi Pervasivi dello sviluppo della Regione Piemonte", inviata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in data 20.4.2009, è stato avviato un processo utile a dare massima priorità alla diagnosi precoce ed agli interventi abilitativi tempestivi, intensivi e strutturati che modulino gli approcci psicoeducativi alle esigenze individuali e che siano basati su metodologie scientificamente validate con la collaborazione della scuola e della famiglia, come previsto da tutte le linee guida internazionali sull'autismo.

L'applicazione della raccomandazione è monitorata dal Coordinamento regionale per l'Autismo ed i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, istituito dalla Direzione Sanità.

Con la D.G.R. n. 22-7178 del 3 marzo 2014 è stato recepito l'Accordo Stato-Regioni del 22.1.2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli

interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”.

Con la suddetta deliberazione viene individuata la creazione di una rete coordinata di intervento, che si snodi lungo il percorso esistenziale della persona con autismo e che garantisca un approccio multiprofessionale, interdisciplinare e di età, quale strumento indispensabile per affrontare la complessità ed eterogeneità delle sindromi autistiche.

In particolare viene previsto:

- l’istituzione, presso ogni Azienda Sanitaria Regionale, del Nucleo DPS (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo), composto da tutti gli operatori di riferimento per la presa in carico di minori con autismo, deputato alla gestione del percorso diagnostico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento;
- la garanzia della continuità assistenziale nel passaggio dall’età evolutiva a quella adulta, attraverso la collaborazione tra Servizi di Neuropsichiatria Infantile e dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- la collaborazione tra Dipartimenti di Salute Mentale e gli Enti Gestori attraverso la formulazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) a livello locale, finalizzati a definire il percorso valutativo e di intervento per i disturbi dello spettro autistico in età adulta, secondo il modello regionale che sarà oggetto di un successivo provvedimento deliberativo;
- l’individuazione dell’ambulatorio del Dipartimento di Salute Mentale dell’ASL TO2 quale Centro Pilota regionale per l’autismo in età adulta;
- la previsione di istituire il Coordinamento regionale per l’Autismo in età adulta.

Con la successiva determinazione dirigenziale n. 504 del 23.5.2014 sono state individuate le schede che i nuclei DPS devono utilizzare per la definizione del percorso diagnostico e del programma di trattamento, al fine della formulazione della diagnosi e della presa in carico globale del minore con Disturbi Pervasivi dello Sviluppo.

Criticità

Attualmente, alcune ASL hanno difficoltà ad istituire il Nucleo DPS. La Direzione Sanità ha previsto un monitoraggio per verificare in quante ASL sono stati istituiti i Nuclei e la loro funzionalità.

Inoltre, l’ASL TO 2 ha segnalato la difficoltà, con le attuali risorse umane, a far fronte al numero elevato di casi inviati dagli altri servizi.

Azioni proposte

Il Coordinamento regionale per l’Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo è composto anche da 2 rappresentanti delle Associazioni delle famiglie.

A seguito della comunicazione alla Direzione Sanità della nuova costituzione del Coordinamento Autismo Piemonte, attivato dalle Associazioni di volontariato e onlus ed altri enti associativi non a scopo di lucro del Piemonte finalizzati a tutelare i diritti e le esigenze delle persone con autismo e delle loro famiglie, con determinazione dirigenziale n. 283 del 28.4.2015, i precedenti rappresentanti delle Associazioni delle Famiglie sono stati sostituiti con 2e rappresentanti nominati dal nuovo Coordinamento Autismo Piemonte.

La partecipazione dei nuovi rappresentanti consentirà loro di farsi portavoce delle esigenze delle famiglie e di intervenire nella condivisione delle proposte regionali di interventi in materia.

Uno degli obiettivi del Coordinamento regionale è la revisione della Raccomandazione regionale “Programma di Governo clinico sull’autismo e i Disturbi Pervasivi dello sviluppo della Regione Piemonte” del 2009, con particolare attenzione alla formazione degli operatori socio-sanitari e ad azioni di parent training a sostegno dei familiari.