

The image features two hands, one in a white lab coat sleeve and one in a green sleeve, holding several interlocking puzzle pieces. The puzzle pieces depict a diverse group of people, including a person in a wheelchair, a person with a cane, and a family, symbolizing community and social integration.

L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA PER UN'ASSISTENZA DI COMUNITÀ

22 giugno 2022

ROMA Regione Lazio Sala Tevere



Dott.ssa Elisa Gullino

ASL Roma 2 D8

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
e PNRR



MISSIONE 5

Dimensione sociale e socio-sanitaria

MISSIONE 5 – INCLUSIONE E COESIONE - Componente 2
INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITA' E TERZO
SETTORE



M5C2 - Sottocomponente "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale" 1,45 mld Investimento

1.1 Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti 500 mln

1.2 Percorsi di autonomia delle persone con disabilità 500 mln

1.3 Housing temporaneo e Stazioni di posta per le persone senza fissa dimora 450 mln

Riforma 1.1 - Legge quadro per le disabilità

Riforma 1.2 - Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti



MISSIONE 5 - INVESTIMENTO 1.1

Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti

4 - subinvestimenti

- Sub-investimento 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini mln 84,6
- Sub-investimento 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti (prevenzione istituzionalizzazione – alloggi innovativi e assistenza socio sanitaria integrata domiciliare) mln 125



MISSIONE 5 INVESTIMENTO 1.1

Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti

- Sub-investimento 1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione (costituzione equipe integrate – strutture per assistenza domiciliare integrata) 66 mln 200
- Sub-investimento 1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali 42 mln



MISSIONE 5 Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità

500,5 mln (per 700 progetti finanziabili)

- Obiettivo: aumentare l'autonomia delle persone con disabilità e accelerare il processo di deistituzionalizzazione fornendo servizi sociali e sanitari comunitari e domiciliari (ampliare in tutto il territorio le progettualità per la vita indipendente e il dopo di noi)



MISSIONE 5 Investimento 1.2

Percorsi di autonomia per persone con disabilità: 3 LINEE DI INTERVENTO

- Progetto individualizzato (previa UVM integrata- individua obiettivi da raggiungere e sostegni da offrire nel percorso verso l'autonomia) 80,5 mln)
- Abitazione (gruppi appartamento, adattamento spazi domestici, domotica e teleassistenza) 294 mln
- Lavoro (sviluppo competenze digitali, tecnologie per il lavoro a distanza 126 mln



MISSIONE 5 INVESTIMENTO 1.3

due linee di attività 450 mln
(per 500 progetti finanziabili)

- Housing temporaneo e Stazioni di posta per le persone senza fissa dimora
- Obiettivo: rafforzare i sistemi territoriali di presa in carico delle persone senza dimora o in povertà estrema attraverso due distinte attività volte a promuovere forme di residenzialità attraverso l'housing first e la realizzazione di centri di servizio per il contrasto alla povertà diffusi sui territori



INVESTIMENTO 1.3: due linee di attività- 450 mln (per 500 progetti finanziabili)

- Housing first e housing led (alloggi temporanei fino a 24 mesi, edilizia residenziale pubblica o sostegni economici all'affitto + progetto individualizzato) Progetti finanziabili: 250
- Stazioni di posta -Centri servizi per il contrasto alla povertà per accoglienza notturna, presidio socio-sanitario, mensa, distribuzione posta, orientamento al lavoro, ecc. Progetti finanziabili: 250



MISSIONE 5: DESTINATARI E ACCESSO AI FINANZIAMENTI

I destinatari dei finanziamenti, in qualità di Soggetti attuatori, sono gli Ambiti territoriali sociali (ATS) o i Comuni (dove gli ATS non partecipano);

- La titolarità degli Investimenti è del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali;
- Le Regioni hanno una funzione di coordinamento della partecipazione degli ATS, garantendo la coerenza dei progetti con la programmazione regionale e la loro massima diffusione sul territorio



LA MISSIONE 6: IL RUOLO DELLA SANITÀ componente 1

M6C1 7 mld

- Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Rafforzamento delle prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari



LA MISSIONE 6: IL RUOLO DELLA SANITÀ componente 2

M6C2 9.63 mld

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale
Rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, completamento e diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale.



Missione 6 : M6C1

- Investimento 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio 2mld
- Investimento 1.2: La Casa come primo luogo di cura – 4mld
- Investimento 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (Ospedale di Comunità) 1.000.000.000



Missione 6 : M6C1

- Submisura 1.2.1: La casa come primo luogo di cura 2.720.000.000 €
- Submisura 1.2.2: Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: La Centrale Operativa Territoriale 280.000.000 €
- Submisura 1.2.3: Telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche 1.000.000.000 €



MISSIONE 5 E MISSIONE 6

Gli Investimenti 1.1 e 1.2 della Missione 5 rafforzano il lato sociale dell'assistenza socio sanitaria e dovrebbero agire in maniera sinergica con gli Investimenti 1.1 e 1.2 della Missione 6 (Salute) Componente 1 (Case della Comunità e domiciliarità: rafforzamento del lato sanitario dell'assistenza territoriale)

Programmazione integrata tra PNRR, Fondi & Piani nazionali sociali (LEPS), Fondo Solidarietà Comunale, Fondi UE (FEAD, REACT, PON Inclusionione 2021-2027)



MISSIONE 5 E MISSIONE 6

Integrazione Istituzionale e professionale

Solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si potrà realmente raggiungere la piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Ciò sarà possibile anche grazie all'introduzione di strumenti di domotica, telemedicina e telemonitoraggio. All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto alla telemedicina che potrebbe essere utile anche per la segnalazione di criticità di tipo sociale



MISSIONE 5 E MISSIONE 6

- La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.



MISSIONE 5 E MISSIONE 6

- La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali dell'ente locale nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.



Integrazione Socio-sanitaria

Riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Gli ambiti territoriali potranno anche proporre progetti ancora più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari.



Integrazione socio-sanitaria

L'obiettivo è di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona in un contesto nel quale avviene una esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali e vengono assicurati i relativi sostegni. La presa in carico sanitaria, attraverso l'utilizzo della telemedicina e del monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento, affiancato da servizi di presa in carico e rafforzamento della domiciliarità, nell'ottica multidisciplinare, in particolare con riferimento all'integrazione socio-sanitaria e di attenzione alle esigenze della singola persona.



RIFORME PREVISTE

- Riforma 1.1: Legge quadro per le disabilità: 800 milioni complessivi per il triennio 2021-2023 a valere sul nuovo Fondo disabilità e non autosufficienza ex legge bilancio 2020
- La linea di attività, così come i paralleli progetti in ambito sanitario, saranno completati dalla Riforma della non autosufficienza che verrà attuata a livello nazionale.



RIFORME PREVISTE

- Riforma 1.2: Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Oltre alle risorse nell'ambito della Missione 5 (di cui oltre 300 milioni sono dedicati alla riconversione e riqualificazione di RSA e case di riposo per anziani) e della Missione 6, con cui si realizzeranno progetti (servizi di prossimità, domiciliarità, ecc.) che anticiperanno la riforma, che dovrà essere attuata con apposito provvedimento legislativo entro la primavera 2023



COMUNITA' INTEGRATA

Riuscire a dare vita ad una COMUNITA' INTEGRATA tra operatori sanitari e sociali, luogo di confronto tra i professionisti ma anche vero e proprio strumento operativo sia nell'affrontare le criticità, sia nel contribuire ad individuare gli obiettivi prioritari per il rafforzamento di una rete territoriale, che crei un modello unico che segue le persone nel processo di cura dalla prossimità fino ai centri di alta specialità, eliminando le disomogeneità nell'erogazione dei servizi, implementando l'utilizzo delle nuove tecnologie e garantendo la completa realizzazione del PNRR



PNRR e CRONICITA'

Il PNRR lancia una sfida per la gestione della cronicità

I cambiamenti demografici ed epidemiologici impongono un cambiamento delle strategie organizzative

Per Attuare gli obiettivi del Piano Nazionale Cronicità

E per implementare i PDTA, ormai riconosciuti come uno degli strumenti organizzativi principali, sarà fondamentale

Affrontare il tema della fragilità e del «PDTA trasversale della fragilità»



Integrazione socio-sanitaria nella STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Programmare gli interventi sanitari significa stratificare la popolazione

In base alle variabili sanitarie e sociali

Solo utilizzando al meglio i Dati in possesso di tutti gli attori istituzionali e valutando i bisogni del soggetto, del suo nucleo familiare e del contesto sociale ed assistenziale in cui vive potremo efficacemente migliorare la qualità di vita del nostro paziente e di tutto l'insieme degli attori che lo circondano: familiari, operatori sanitari e sociali, vicini di casa, comunità



Integrazione socio-sanitaria e Primary care

Strati :Raggruppare la popolazione per diversi bisogni di salute

Primary Care : Assistenza territoriale, assistenza di prossimità

Assistenza centrata sui bisogni

Assistenza presso le case della comunità per pazienti autonomi

PDTA diabete

PDTA scompenso cardiaco Etc.

PAI e PRI: Assistenza domiciliare, residenziale e riabilitativa per Cronici con multimorbilità non autonomi, disabili, anziani



PNRR e PHM (Population Health Management)

Potenziare i pilastri dell'assistenza territoriale su tutto il territorio nazionale per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e garantire

Equità di accesso ai servizi sanitari indipendentemente dal luogo in cui si vive e dalle condizioni socio-economiche

Obiettivo: mantenere la popolazione in buone condizioni di salute e ridurre l'impiego delle risorse sanitarie



Integrazione socio-sanitaria e Regione Lazio

- La Regione Lazio ha sviluppato un sistema di stratificazione «flessibile» che può essere utilizzato a tutti i livelli di governo Sino al livello distrettuale

E' stata individuata la distribuzione delle 10 condizioni croniche più frequenti nella popolazione con più di 65 anni

Sono stati definiti tre strati di popolazione: **popolazione multicronica, popolazione multicronica ad alta complessità clinica, popolazione multicronica con vulnerabilità socioeconomica.**

- deliberazione n° 149 02/3//2018 Disposizioni per l'integrazione Socio-Sanitaria



Integrazione socio-sanitaria e Regione Lazio

Piramide della popolazione della Regione Lazio

5ml.600 mila abitanti

- 61.8% senza patologie croniche
- 20.6% con una sola patologia cronica(PDTA)
- 17.6% pazienti complessi e fragili (985mila abitanti)

220mila circa popolazione multicronica della ASL Roma 2

Variabilità dal 17.1 della Roma 1 al 20.1 della ASL di Rieti(popolazione più anziana)



Integrazione socio-sanitaria e Regione Lazio

All'interno del 17.6% della popolazione viene poi caratterizzato, in base all'indice di complessità assistenziale, il 2.8% della popolazione, che rappresenta i multicronici ad elevata complessità clinica e assistenziale e che corrispondono a 156mila pazienti circa.

La Regione Lazio ha poi anche individuato pazienti multicronici che presentano fattori di vulnerabilità socio-economica

139.115(6.5% della popolazione con patologie croniche)

Raggiungere questi assistiti è il nostro compito



LEA

- cure domiciliari per livelli di complessità assistenziale:
- di base, caratterizzate da prestazioni occasionali;
- integrate (ADI) di I[^] livello, caratterizzato da un Coefficiente d'intensità assistenziale (CIA) fino a 0,30;
- integrate (ADI) di II[^] livello (CIA tra 0,31-0,50);
- integrate (ADI) di III[^] livello (CIA >0,50) (CIA: rapporto tra giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare e giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma).



UVMD

L'Unità Valutativa multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) è costituita da una équipe di specialisti, composta da molteplici figure professionali dell'area medica, sanitaria e sociale, la cui funzione è quella di determinare il bisogno assistenziale dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali e psicologiche



Attivazione di UVMD fast track in teleconsulto

L' U.M.V.D. è una commissione che svolge le seguenti funzioni:

- valuta la situazione intellettiva, psichica generale e fisica dei soggetti disabili di ogni età
- valuta il livello di menomazione delle attività e della partecipazione sociale delle persone, utilizzando idonei strumenti per individuarne i bisogni e progettare i relativi interventi (domiciliari, semiresidenziali e residenziali)
- definisce la presa in carico da parte dei servizi sanitari e sociali e valida un Progetto Individuale in relazione ai bisogni della persona (PAI)





INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E FSE O FSSE

Elementi essenziali dell'applicativo aziendale che saranno moduli da poter inserire nel FSE o FSSE

- Alert tramite SMS del paziente o di altri attori del percorso

- Scheda SVAMA e SVAMDI omogenea su tutto il territorio regionale per la valutazione multidimensionale dei pazienti

- Liberatorie su tutta la documentazione informatizzata



S. V a. M. A.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane

**STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DEGLI UTENTI AI FINI DELL'ACCESSO
AI SERVIZI AD INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA**



Strategia a livello Istituzionale

Rendere operativi i coordinamenti distrettuali e gli uffici di piano

La RL in appendice alle Linee guida, ha approvato:

lo Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio sanitaria





