

QUADRO DELLE REGOLE DEL SISTEMA SOCIO - SANITARIO DELLA REGIONE LOMBARDIA ED INDICATORI DELLA QUALITA' DEI SERVIZI PER GLI ADULTI CON AUTISMO

Moderato Lucio – Molgora Marco
FONDAZIONE ISF

1

SERVIZI PER L'AUTISMO

INDICE

- **APPROCCIO**
- **LE NORME LOMBARDE E LE U.O.**
- **I MODELLI DI ORGANIZZAZIONE**
 - Confronto fra Unità Offerta previste
 - Criteri di confronto e tabelle esplicative
 - Sistema di valutazione e remunerazione
- **CONCLUSIONI ED PARERI**

2

RIFLESSIONI GENERALI

I Dirigenti nel loro concreto operare, per esperienza diretta, mostrano tre categorie di atteggiamenti verso le leggi e le norme del settore in cui operano:

- le ignorano, perché le disprezzano con supponenza, per “ragioni ideali” o per opportunismo (gli “affaristi”)
- le applicano attentamente in maniera burocratica o per massimizzazione del beneficio, poiché si muovono “nelle pieghe” delle norme (la ricerca del “non permesso, ma non vietato”, l’attuare le attività che nel rapporto ricavi e costi convengono ...)
- le considerano un vincolo / opportunità rispetto a delle proprie convinzioni etico – professionali e quindi le conoscono, le applicano con discernimento, rispetto e sono disposti a confrontarsi “criticamente” con le istituzioni che le hanno “scritte”.

3

SERVIZI PER LA DISABILITA’ INTELLETTIVA (D.I) E I D.G.S.

Quadro di riferimento generale L.R. 8 – 12.Marzo.2008 – “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario” che:

- Definisce le norme del sistema socio – sanitario e sociale lombardo, di cui le singole normative sulle U.O. (Unità di Offerta) sono la loro applicazione
- Definisce l’esistenza di unità offerta socio – sanitarie (art.5) di competenza normativa, autorizzazione, economica regionale e sociali (Art.4) di competenza comunale (salvo la definizione dei requisiti normativi di competenza regionale)

4

La Regione definisce il quadro normativo, gli standard assistenziali e la remunerazione per accreditamento gli enti gestori privati;

- La ASL: istruisce i procedimenti di accreditamento, verifica il rispetto delle norme (U.O. vigilanza) e firma il contratto di budget con cui “paga” le tariffe sulla base del sistema SIDI;
- Gli Enti Gestori, erogano i servizi accreditati previsti nel contratto, nel rispetto delle norme.

SERVIZI PER L'AUTISMO

Le persone autistiche in età adulta possono accedere a tre Unità di Offerta (U.O.), previste in Regione Lombardia, per la disabilità intellettiva:

- DGR 12620 - 07 aprile 2007 - norme accreditamento U.O. **RSD** (residenza sanitaria Disabili);
- DGR 18333 - 23 Luglio 2004 – norme accreditamento U.O. **CSS** (Comunità Socio sanitaria);
- DGR 18334 – 23 Luglio 2004 – norme accreditamento U.O. **CDD** (Centro Diurno Disabili).

SERVIZI PER D.I. e D.G.S.

STRUTTURAZIONE DEI SERVIZI PER LA DISABILITÀ INTELLETTIVA i D.G.S IN LOMBARDIA, RISPETTO ALLE U.O.

I modelli di unità di offerta, per il disabile medio - grave in ambito socio – sanitario, in cui è ascrivibile in gran parte dei casi, l'utente affetto da sindrome di autismo, sono:

- RSD, modello predefinito per la copertura H 24, giorni 7 settimana
- CDD, modello predefinito per la copertura diurna, giorni 5 settimana
- CSS, modello predefinito per la copertura notturna e fine settimana
- CSS + CDD, modello “misto” di presa in carico con copertura H 24, giorni 7 settimana.

Non sono considerate le unità di offerta sociali, cioè i CSE (centro socio educativo) e le CA (comunità alloggio), in relazione alla tipologia di utenza.

MODELLI DEI SERVIZI

DEFINIZIONI DELLE U.O.

RSD

Tipologia di residenza dedicata alla area disabilità grave.

Attività:

- Prestazione ad elevato grado integrazione sanitaria;
- Riabilitazione mantenimento;
- Residenza permanente;
- Programmi individualizzati;
- Coinvolgimento famiglie;

Per l'acquisto della prestazione è previsto una parziale presa in carico da parte del SSN, secondo un criterio di valutazione delle fragilità.

Destinatari persone disabili < 65 anni non assistibili a domicilio.

CSS **Unità di offerta residenziale per persone disabili gravi, prive di sostegno familiare.**

Per l'acquisto al domicilio delle prestazioni sanitarie è previsto un voucher socio-sanitario mensile

L'assegnazione del voucher rende comunque possibile l'accesso ad altre unità di offerta semiresidenziali, del sistema socio sanitario (cioè CDD) o sociale (cioè CSE, SFA)

CDD **unità di offerta semiresidenziale per disabili gravi; disabili di età maggiore ai 18 anni**

Vengono garantite attività:

- Socio sanitarie ad elevato grado di integrazione
- Attività riabilitazione e socio-riabilitazione
- Attività educative

NB: Le delibere, pur aventi lo stesso oggetto, non sono scritte in formati omogenei

STANDARD STRUTTURALI

RSD (DGR Allegato A)

Capacità ricettiva non superiore a 60 posti letto

A. STRUTTURALI Requisiti norme vigenti urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza e barriere architettoniche

B. Area Abitativa:

B1. Articolata in nuclei da 20 posti letto

B2. Camere 10 mq, se a due letti

B3. Servizi igienici ogni 2 camere

B4. Servizi di nucleo

C. Servizi Sanitari

C1. Locali riabilitativo 60 mq

C2 ambulatori

D. Servizi di vita collettiva: locale pranzo 2 mq ospite, servizi igienici utilizzatori diversi

CSS (DGR)

CSS = Capacità ricettiva massima non risulta indicata in DGR, ma è quella delle C.A. , massimo 10 utenti

CSS 5. COSTRUTTIVE Requisiti norme vigenti urbanistica, edilizia, prevenzione incendi, igiene e sicurezza e barriere architettoniche

CSS 6. SPAZI SERVIZI GENERALI

Bagno 1, per personale

Bagni, regolamento igiene, per ospiti (1 X 5 ospiti)

CSS 6. ARREDI Adatti alle varie tipologie e disabilità ospiti

CSS 7. VARIE sistema di comunicazione e sollevamento adatti

STANDARD STRUTTURALI

RSD (DGR Allegato A)

- E. Servizi Generali
- E1. Cucina, Lavanderia, Depositi, Uffici
- E2. Spazio Accoglienza e Reception
- E3. Corridoi
- E4. segnaletica
- F. Elementi costruttivi, arredi ed attrezzature (“tali da agevolarne -ospiti- le operazioni e la pulizia”)
- G. Impianti tecnologici
- G1. sollevamento verticale
- G2. Citofonico e segnalazione

CDD (DGR)

- CDD = capacità ricettiva massima 30 posti
- CDD G) REQUISITI STRUTTURALI
- G1. superficie 15 mq ospite
 - G2. Locale infermieristiche e riabilitative - educative
 - G3. spazi vita collettiva: pranzo e attività gruppo
 - G4. servizi igienici 2 per 15 ospiti, + 1 fino a 30
 - G4. Servizi vita collettiva: cucina, spogliatoi, uffici
- CDD G6 ARREDI – ATTREZZATURE
- Corridoi
 - Segnaletica
- Elementi costruttivi, arredi ed attrezzature (“tali da agevolarne -ospiti- le operazioni e la pulizia”)

11

STANDARD STRUTTURALI

- Le indicazioni strutturali delle RSD e dei CDD, sono simili nelle caratteristiche di elevata strutturazione (dettagli degli spazi, simili i locali di supporto prescritti – infermeria, cucina, ...), degli spazi e dell’assistenza, quelle delle CSS sono più semplificate e generiche
- I documenti della CSS e CDD, dal punto formale sono più leggibili e chiari;

12

3) GESTIONE, VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

**RSD (riferimento nel contratto a DGR
7435/01 - RSA all. A)**

CSS e CDD (delibere U.O.)

1) QUALITA' ORGANIZZAZIONE

**Carta dei servizi
Illustrati i servizi offerti
Indicazione ammontare retta
Carta diritti ospite
Questionario soddisfazione
Possibilità visite guidate
Descritta modalità accoglienza ospite
Definito riconoscimento operatori
Sistema annuale soddisfazione operatori,
ospiti, delle famiglie
Definito menù tipo**

1) QUALITA' ORGANIZZAZIONE

**Carta dei servizi
Illustrati i servizi offerti
Indicazione ammontare retta
Questionario soddisfazione
Possibilità visite guidate
Descritta modalità accoglienza
ospite
Definito riconoscimento operatori
Sistema annuale soddisfazione
operatori, ospiti, delle famiglie**

13

GESTIONE, VALUTAZIONE, MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA'

**RSD (riferimento nel contratto a
DGR 7435/01 - RSA all. A)**

CSS e CDD (delibere U.O.)

2) QUALITA' ASSISTENZA

**Presenza fascicolo bisogni sanitari,
cognitivi, psicologici e sociali per
ospite
Presenza di un programma riabilitativo -
(educativo) – abilitativo e di
socializzazione
Documenti specifici: privacy,
somministrazione, prevenzione
cadute e piaghe, incontinenza e mezzi
contenzione
Presenza cartella unica integrata (FASAS)**

**2) QUALITA' ASSISTENZA
Presenza fascicolo sanitario ed
assistenziale per ospite
Presenza di un programma
riabilitativo – abilitativo e di
socializzazione**

14

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE

RSD (DGR 7435/01 - RSA all. A)

- Documentazione attestante la quantità di personale;
- Piano formazione emergenze;
- Piano manutenzioni attrezzature pericolose;
- Documentazione interventi manutenzione ordinaria e straordinaria;

CSS / CDD (delibera U.O.)

- Documentazione attestante la quantità di personale;
- Piano formazione emergenze;
- Documentazione interventi manutenzione ordinaria e straordinaria;

15

DEBITO INFORMATIVO ENTE

RSD (Allegato B)

- 1) INTRODUZIONE
Scheda individuale disabile (SIDi), per la rilevazione della fragilità
Scheda monitoraggio liste di attesa
Scheda struttura, con caratteristiche dei nuclei abitativi, servizi generali, requisiti gestionali, dati economici e finanziari
- 2) FLUSSO INFORMATIVO
- 3) MODALITA' DI RACCOLTA DATI
- 4) PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE SCHEDE

CSS / CDD (Allegati C)

CSS

Compilazione della Scheda individuale disabile (SIDi)

CDD

- 1) INTRODUZIONE
Scheda individuale disabile (SIDi) Scheda monitoraggio liste di attesa
Scheda struttura
- 2) FLUSSO INFORMATIVO
- 3) MODALITA' DI RACCOLTA DATI
- 4) PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE SCHEDE

La compilazione della Scheda individuale disabile (SIDi), per la rilevazione della fragilità è il parametro informativo che accomuna le tre U.O. 16

DEBITO INFORMATIVO - SIDi

La Scheda individuale disabile (SIDi), per la rilevazione della fragilità del singolo ospite, finalizzata:

- Definire la classe di appartenenza e quindi la remunerazione sanitaria RSD e CSS o del voucher della CSS;
- Consentire eventuali modifiche di classe a seguito modifica situazione clinica e abilità funzionali (non c'è presente nelle SIDi la logica di valutare / premiare un intervento di abilitazione, ma solo il tener conto del “peggioramento” / “miglioramento” clinico – funzionale del soggetto, e del suo incidere sul carico assistenziale della U.O.);
- Consentire l'esercizio di funzioni di verifica e controllo da parte ASL (Vedi delibera CSS);

Prequisito la elaborazione del PEI (Piano Educativo Individuale), con la tipologia di prestazioni e la loro frequenza.

17

5) DEBITO INFORMATIVO - SIDi

GIUDIZIO SUL SISTEMA DELLA VALUTAZIONE SCHEDA SIDi

- (+) Comune a tutte le tre U.O. che hanno un approccio omogeneo alla disabilità
- (+) Legame dichiarato fra fragilità – valutazione e attività – carico assistenziale
- Dovrebbe avere la capacità di valutare correttamente, la fragilità connessa alle diverse forme di disabilità, fisica-motoria, sensoriale, intellettiva o mista; cioè pesare le dis-abilità correttamente
- (-) Sistema “non trasparente” nel risultato (valutazione classe SIDi) nella composizione e “pesature” item (presuppone una relazione di “sfiducia reciproca”, fra soggetti erogatori e pagatori – ASL)
- (-) Manca un sistema premiante dei risultati delle U.O., se il passaggio da una Classe SIDi inferiore (es.1) ad una superiore (es.3) è dovuta alle capacità abilitativo – assistenziali della U.O.

18

GLI STANDARD DI PERSONALE DELLA ASSISTENZA PRESCRITTI

RSD

SIDI 1: 2.500 ore set. 41,6

SIDI 2: 2.000 ore set. 33,3

SIDI 3: 1.600 ore set. 26,6

SIDI 4: 1.200 ore set. 20,0

SIDI 5: 900 ore set. 15,0

APERTURA 365 – 24 H

**SERVIZIO MEDICO E FARMACI
A CARICO U.O.**

CSS + CDD

SIDI 1: 800 + 1.300 = 2.100 ore set. 35,0

SIDI 2: 800 + 1.100 = 1.900 ore set. 31,6

SIDI 3: 800 + 900 = 1.700 ore set. 28,3

SIDI 4: 800 + 750 = 1.650 ore 27,5

SIDI 5: 800 + 600 = 1.400 ore 23,3

CSS: APERTURA ... non precisata

CDD: APERTURA

47 Settimane

35 Ore Settimane

OSPITE ISCRITTO al SSR, per medico e farmaci

I MINUTI SETTIMANA DOVUTI, SONO STABILITI IN RELAZIONE AL CARICO ASSISTENZIALE DI OGNI LIVELLO SIDI

19

STANDARD DI PERSONALE DELLA ASSISTENZA PRESCRITTI

RSD

COMPOSIZIONE FIGURE PROFESSIONALI PRESCRITTA

- 40% ASA
- 40% Professioni educative, riabilitativa ed infermieristica
- 20% definito dalla struttura sulla base PEI, concorre personale medico e psicologico e delle prime due aree
- Assistenza medica H 24, anche con la reperibilità
- Assistenza infermieristica H 7

CSS + CDD

1) CSS: personale qualificato

2) CDD

COMPOSIZIONE FIGURE PROFESSIONALI PRESCRITTA

20% ASA

- 50% Professioni educative, riabilitativa ed infermieristica
- 30% definito dalla struttura sulla base PEI, concorre personale medico e psicologico e delle prime due aree

MINUTI SETTIMANA DOVUTI, SONO IN RELAZIONE AL CARICO ASSISTENZIALE DI OGNI LIVELLO SIDI

20

7) MODALITA' DI REMUNERAZIONE SANITARIA

RSD

SIDI 1: m. 2.500- ~~€1166~~die

SIDI 2: m. 2.000- ~~€890~~die

SIDI 3: m. 1.600- ~~€700~~die

SIDI 4: m. 1.200- ~~€555~~die

SIDI 5: m. 900 - ~~€444~~die

CSS e CDD

SIDI 1: m. 2.100- ~~€773,35~~die

(~~€20,35~~+~~€57~~)

SIDI 2: m. 1.900- ~~€733,35~~die

(~~€20,35~~ + ~~€53~~)

SIDI 3: m. 1.700- ~~€652,35~~die

(~~€15,35~~+~~€50~~)

SIDI 4: m. 1.650- ~~€612,35~~die

(~~€11,90~~+~~€46~~)

SIDI 5: m. 1.400- ~~€552,90~~die

(~~€11,90~~+~~€44~~)

NB: REMUNERAZIONE GIORNATA DELLA QUOTA SANITARIA

21

MODALITA' DI VALUTAZIONE E REMUNERAZIONE

CLASSE

CDD

RSD

SIDI1 ~~€/ORA ASSISTITE.~~

€ 13,15

€ 19,99

SIDI2 €/ORA ASSISTITE.

€ 14,45

€ 18,69

SIDI3 ~~€/ORA ASSISTITE.~~

€ 16,67

€ 18,38

SIDI4 ~~€/ORA ASSISTITE.~~

€ 18,40

€ 19,25

LA REMUNERAZIONE SANITARIA PER ORA DI ASSISTENZA SETTIMANALE PER CLASSE SIDI, NON E' COSTANTE AL VARIARE DELLA CLASSE SIDI, IN PARTICOLARE LA VARIAZIONE E' NOTEVOLE NEI CDD. PERCHE' ? CHI APRIRA' MAI UN CDD PER SOLO DISABILI GRAVISSIMI?

MODELLI GESTIONALI

- Risultato della simulazione della gestione di una RSD, confrontato con CDD + CSS
- Classe ospiti SIDi1 – SIDi2

UNITA' OPERATIVE	POSTI	RICAVI	COSTO LAVORO	VALORE AGGIUNTO	RISULTATO OPERATIVO	R.O %
1) RSD	60	€ 335550000	€ 221710000	€ 113840000	€ 17350000	5%
2) CDD	30	€ 58810000	€ 51990000	€ 6820000	-€ 8830000	-14%
3) CSS	30	€ 110960000	€ 44550000	€ 68810000	€ 40700000	37%

23

MODELLI GESTIONALI

- Risultato della simulazione della gestione di una RSD, confrontato con CDD + CSS
- Classe ospiti SIDi4 – SIDi5

UNITA' OPERATIVE	POSTI	RICAVI	COSTO LAVORO	VALORE AGGIUNTO	RISULTATO OPERATIVO	R.O %
1) RSA	60	€ 2.452.000	€ 938.000	€ 1.514.000	€ 681.000	28%
2) CDD	30	€ 518.000	€ 319.000	€ 199.000	€ 69.000	13%
3) CSS	30	€ 1.096.000	€ 434.000	€ 662.000	€ 388.000	35%

24

PARERI SULLE MODALITA' DI VALUTAZIONE E REMUNERAZIONE

- **Analisi della Remunerazione sanitaria:**
 - Se la fragilità è elevata la regione “il SSR” assiste (minuti settimana) e paga “meglio” la RSD
 - Se la fragilità è contenuta la regione “il SSR” assiste (minuti settimana) e paga meglio la CSS + CDD;
- Vi è un migliore remunerazione, per l’ente gestore, delle classe SIDi meno gravi (SIDi4 e SIDi 5); per le classi SIDi 1 e 2 vi alta assistenza, ma scarsa sostenibilità economica
- La logica istituzionale o del legame con il territorio, rispetto:
 - Gravità disabilità, ma quale indice di gravità, unica per le diverse disabilità, motorie - fisiche, sensoriali, intellettivi (Ritardo, DPS – autismo, ...);
 - alle problematiche degli utenti e delle loro famiglie.
- La sintesi due profili da indicazioni operative diversificate e sul piano tariffario ambigue
- L’elevato costo per le famiglie annue: ~~€249500~~ per la RSD e ~~€390000~~ per CDD + CSS

25

PARERI SULL’UTILIZZO DEI DUE MODELLI PRESA IN CARICO

- Il modello RSD è esplicitamente normato; il modello CSS + CDD è considerato possibile dalle delibera istituzione U.O. delle CSS, ma non è pienamente coerente ed integrato nelle norme delle sue due parti di cui si compone;
- Il sostegno economico, come remunerazione sanitaria, dei due modelli è disomogeneo rispetto ai livelli di valutazione SIDi – per i disabili più gravi “paga” meno assistenza e lascia aperto il ricorso al SSR – spesso problematico nella gestione di interventi in equipe
- La valutazione dei ricavi e costi di gestione, compresa la dimensione patrimoniale, è un argomento più complesso per essere giudicato in modo univoco.

26

IL SISTEMA DELLE U.O.

- Positività di un sistema di valutazione della fragilità disabile e del relativo carico assistenziale – per cui “remunero” come SSR il servizio erogato (identificato dall’input strutture e risorse professionali);
- Positività della esistenza di regole comuni di sistema, sufficientemente chiare ed atte a diffondere un metodo di lavoro strutturato e controllato
- Positività della piena libertà di accesso alle U.O. – scelta del soggetto erogatore del servizio da parte famiglia - ospite
- Limiti nella appropriatezza scala di valutazione, per le diverse tipologie di disabilità – in particolare intellettive, che condiziona la “catena” di risorse assistenziali disponibili e la loro remunerazione. Potrebbe dar luogo a comportamenti opportunistici dei soggetti erogatori di scelta degli ospiti con miglior rapporto remunerazione / carico assistenziale “reale”;
- Isomorfismo dei servizi, tramite la definizione “pubblica” delle U.O. (Unità di Offerta) “codificate” (basta guardare la similitudine dell’edilizia media delle RSD); la loro definizione è più attenta al pensiero del legislatore che alla libertà dei soggetti di produrre risposte ai bisogni; nell’obbiettivo pubblico legittimo, sia di isorisorsse economiche pubbliche che di standard di qualità comuni;

27

IL SISTEMA DELLE U.O.

- Impostazione del modello (sistema di valutazione, tipologie di U.O. ancora troppo condizionato dal primo e più diffuso modello socio-sanitario di unità di offerta, quella rivolta agli anziani non autosufficienti: la RSA – CDI - ADI, e quindi “sotto interpreta” la disabilità intellettiva (fra cui l’autismo);
- Manca la possibilità di forme assistenza – sostegno al domicilio della famiglia, con concorso di spesa pubblica;
- Il modello tende a “spezzare” le modalità / U.O. di presa in carico del disabile nel corso della sua esistenza: prima dei 18 anni, dai 19 ai 65, oltre i 65 anni; perché?
- Le DGR esaminate definiscono un modello di costruzione del sistema dei servizi nei principi improntato nei principi alla sussidiarietà verticale degli attori sociali, ma nei processi attuativi piuttosto “pubblico centrato” nel definire i modelli concreti di risposta.

28



■ Grazie per l'attenzione....