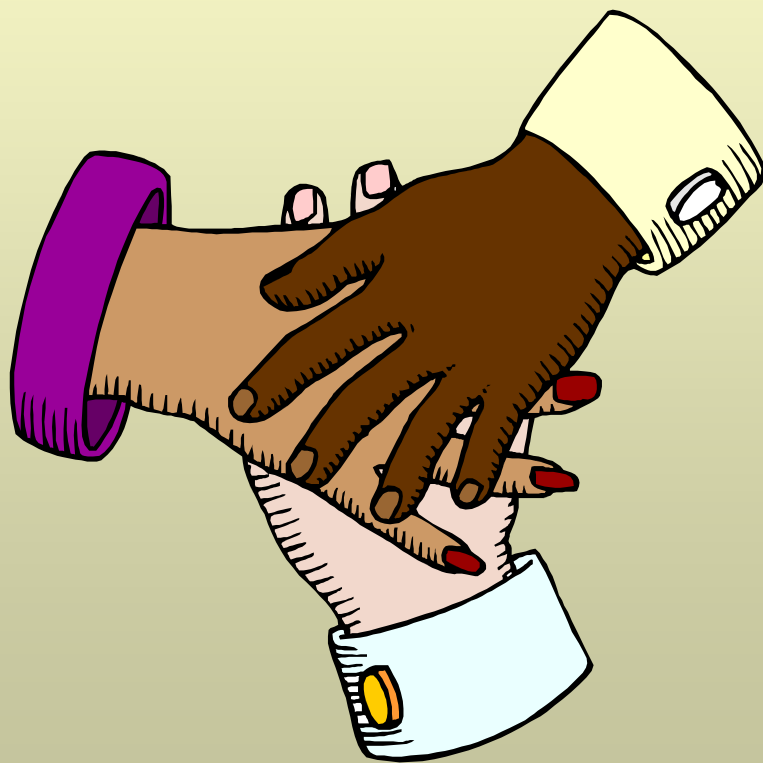


INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA



NUOVO WELFARE

La sinergia e la contestualità delle tre riforme (Riforma istituzionale; Riforma sociale; Gli interventi di riforma della sanità), approvate nel 2001 ed ancora vigenti, hanno perseguito l'obiettivo di creare le precondizioni necessarie alla trasformazione del sistema di welfare preesistente(statale) verso la sua necessaria configurazione evolutiva(comunitario).

WELFARE STATE/WELFARE COMMUNITY



STRUMENTI DEL NUOVO WELFARE

Un sistema nuovo come la “welfare community” non può essere governato con gli strumenti utilizzati in precedenza. Essa rende obbligatoria una nuova configurazione della programmazione(nazionale e regionale) ed una nuova modalità di raccordo con la programmazione locale.

GLI STRUMENTI PROGRAMMATORI DI SECONDA GENERAZIONE

STRUMENTI DI PRIMA GENERAZIONE

**ESAUSTIVI, COMPIUTI
AGGREGATI A SCALE
INCOMPATIBILI
(REGIONE, COMUNALE
SINGOLO)**

**SOMMATORIALI
(SETTORI)**

**ESECUTIVI
(TOP-DOWN)**

ESPANSIVI (DEFICIT)



STRUMENTI DI SECONDA GENERAZIONE

**CONTINUI
TERRITORIALIZZATI
(REGIONALI, ZONALI,
DISTRETTUALI)
SYSTEMICI
("SISTEMI INTEGRATI" DI
INTERVENTI E SERVIZI)
NEGOZIATI (ACCORDI DI
PROGRAMMA,
RECIPROCA INTESE)
BUDGETTATI
(SOSTENIBILITA')**

LA RIFORMA DEL TITOLO V

RIPARTIZIONE DELLE COMPETENZE LEGISLATIVE TRA STATO E REGIONE

Modifica di fatto la “Concezione Centralista” della Forma di Stato Italiana.

- La riforma costituzionale che ha novellato il Titolo V, introdotta per opera della **legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3** (entrata in vigore l'8 novembre successivo) riguarda l'assetto della ripartizione dei poteri tra i diversi livelli territoriali di governo ed ha ulteriormente potenziato il ruolo centrale della Regione;
- La nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni capovolge infatti il criterio tradizionale precedente: la competenza legislativa oggi è attribuita alle Regioni fatte salve le materie attribuite alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (comma 2 art.117) e quelle rientranti nella legislazione concorrente (comma 3 art.117)

- **Lo Stato risulta titolare di una competenza esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale(art.117, comma 2, lettera m).**
- **Siamo in presenza, dunque, di una tripartizione della potestà legislativa :**
 - **Materie rientranti nella potestà legislativa esclusiva dello Stato;**
 - **Materie rientranti nella potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni;**
 - **Materie rientranti nella potestà legislativa esclusiva delle Regioni.**

Come sono distribuite le competenze sanitarie, sociosanitarie e sociali?

- In materia di **tutela della salute** la **competenza legislativa concorrente** è attribuita alle Regioni e allo Stato al quale è riservata la determinazione dei principi fondamentali, che devono essere necessariamente fissati dalla legislazione, mentre il **sistema degli interventi e dei servizi sociali**, non previsto nell'elencazione delle materie del secondo o terzo comma dell'art.117, ricade nella **competenza esclusiva delle Regioni**;
- Quindi per le **politiche sanitarie** (tutela della salute) la competenza è concorrente tra **Stato e Regioni**, mentre per le **politiche sociali** la competenza è esclusiva delle **Regioni**, ma con la competenza esclusiva dello Stato per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

- Il **Governo** ha successivamente predisposto uno schema di disegno di legge recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale nr.3 del 18 ottobre 2001, che è stato poi approvato dal Parlamento (Legge n.131 del 05 giugno 2003 – La Loggia). Con questo decreto si prevede che la competenza legislativa regionale possa essere esercitata sulla base dei principi fondamentali desumibili dall'ordinamento vigente e si conferisce contestualmente una delega al Governo per la ricognizione dei principi fondamentali esistenti nelle materie di competenza concorrente.

Non c'è nessun riferimento chiaro alla materia dell'integrazione sociosanitaria.

Le Regole che organizzano sanità e sociale sono uguali, che fine rischia di fare l'integrazione sociosanitaria?

Una risposta può essere data dall'applicazione della sussidiarietà verticale (STATO – REGIONI – COMUNI) e orizzontale (COMUNI, ASL, IPAB, TERZO SETTORE) che insieme programmano e gestiscono ognuno per le proprie competenze le politiche di integrazione sociosanitaria.

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE

- **Art.3 – Septies del DLgs n. 229/99;**
- **DPCM 14/02/01 – *Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria;***
- **DPCM 29/11/01 – *Accordo Stato-Regione sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria***

DECRETO 229/99

Art. 3 septies

Definisce **prestazioni socio-sanitarie** tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

PRESTAZIONI SANITARIE A RILEVANZA SOCIALE:

Sono tutte le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi ed invalidanti di patologie congenite ed acquisite. Esse sono di competenza delle AA.SS.LL. e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

PRESTAZIONI SOCIALI A RILEVANZA SANITARIA:

Sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e lungoassistenziali e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi.

PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE AD ELEVATA INTEGRAZIONE SANITARIA:

Rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate “dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza” e possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali(rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria).

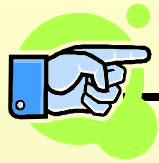
DPCM 14/02/01

“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”



Determina in modo concreto:

- ∅ La tipologia delle prestazioni ed i criteri della loro classificazione;**
- ∅ La definizione delle prestazioni e le fonti normative di riferimento;**
- ∅ I principi di programmazione e di organizzazione delle attività;**
- ∅ I criteri di finanziamento delle prestazioni per quanto riguarda e compete alle AASSLL ed ai Comuni.**



Individua i livelli essenziali suddivisi in relazione alle seguenti aree di attività:

- ∅ Area materno infantile
- ∅ Area disabili;
- ∅ Area anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative;
- ∅ Area patologie psichiatriche,
- ∅ Area dipendenze da droga, alcool e farmaci;
- ∅ Area patologie per infezioni da HIV;
- ∅ Area pazienti terminali.



HA COME FINALITA':

- **La definizione delle modalità e delle aree di attività per un'effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali;**
- **La disciplina della partecipazione dei Comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali.**



I DESTINATARI DELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA SONO:

Le persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionalità prestate da operatori del sociale e operatori della sanità.

Le Regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati



I CRITERI DI INDIVIDUAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE SONO:

- **La natura del bisogno:** Viene determinata tenendo conto delle funzioni psicofisiche, della natura dell'attività del soggetto e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale e dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e al suo superamento.
- **La complessità dell'intervento:**
E' determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura) ed alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

- **L'intensità dell'intervento:**

L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- a) *La fase intensiva:* caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;**
- b) *La fase estensiva:* caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo.**

c) *La fase di lungoassistenza:* finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

DPCM 29/11/01:

Stabilisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) e prevede che, in tale specifica area, il riferimento fondamentale è costituito dall'atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria di cui al DPCM 14/01/01.

I LEA sono finanziati con il Fondo Sanitario nazionale trasferito alle Regioni.

Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Con i LEA il legislatore ha voluto dar luogo ad un riferimento nazionale omogeneo per l'offerta dei servizi sanitari, in termini quantitativi e qualitativi, in relazione a predeterminate risorse finanziarie, ovvero stabilire cosa e quanto il SSN è in grado di garantire ad ogni assistito, individuando tutte le prestazioni necessarie per garantire l'assistenza territoriale, specialistica, ospedaliera, socio-sanitaria e farmaceutica.

I livelli essenziali e uniformi di assistenza sono individuati sulla base dei seguenti principi:

- **Dignità della persona umana;**
- **Bisogno di salute;**
- **Equità nell'accesso all'assistenza;**
- **Qualità delle cure;**
- **Appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze;**
- **Economicità nell'impiego delle risorse.**

Essi si articolano nelle seguenti aree:

- **Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;**
- **Assistenza distrettuale;**
- **Assistenza ospedaliera**

LE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE COMPARTECIPATE:

Sono quelle prestazioni nelle quali “la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili” e per le quali l’entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle ASL e dei Comuni.

Si articolano in:

- Prestazioni domiciliari;**
- Prestazioni semiresidenziali;**
- Prestazioni residenziali.**

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono di competenza congiunta dell’Azienda ASL e dei Comuni dell’Ambito.

ALLEGATO 1 C DEL DPCM DEL 29/11/01

Tale allegato definisce le 8 prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza domiciliare:

- ▶ **Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP; prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona);**

Assistenza semiresidenziale:

- ▶ **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi);**

- ▶ **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani (prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo).**

Assistenza residenziale:

- ▶ **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale);**
- ▶ **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi);**

- ▶ **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali (prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare);**
- ▶ **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo);**
- ▶ **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS (cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS).**

DGRC 6467/02

Ha dettato le linee guida sull'integrazione regionale.

3 LIVELLI DI INTEGRAZIONE

- **ISTITUZIONALE:** propone la collaborazione tra istituzioni diverse per il conseguimento di comuni obiettivi di salute. il luogo elettivo dell'integrazione istituzionale è il Distretto, che viene a configurarsi come ambito territoriale di riferimento, in particolare, per la programmazione zonale degli interventi ad alta integrazione socio-sanitaria;
- **GESTIONALE:** si colloca fra ed entro i diversi servizi, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento fra attività sanitarie, a livello sociali tali da garantire l'efficace svolgimento delle attività, di processi e delle prestazioni;

■ **PROFESSIONALE:**

Richiama la necessità di adozione di linee guida per orientare e migliorare il lavoro interprofessionale nella produzione di servizi domiciliari, a ciclo diurno ed ambulatoriali e residenziali.

Il DGRC 6467 demanda all'U.V.I. il compito di effettuare, operativamente, una valutazione integrata di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, nonché la predisposizione all'utente di un progetto personalizzato.

UVI

UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA

Si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale.

■ COMPITI:

- ∅ Effettuare una “diagnosi” del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia (il “sintomo” portato)**
- ∅ Utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;**

- ∅ Individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;
- ∅ Modulare sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

■ **PRESTAZIONI LA CUI RICHIESTA COMPORTA IL RICORSO ALL'UVI:**

- Dimissioni protette;
- Richiesta di A.D.I. e A.D.O.T.I.;
- Richiesta di:
 - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi(fisici, psichici e sensoriali);
 - Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per anziani e persone non autosufficienti in regime semiresidenziale;

- Prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie;

- Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità in regime residenziale per anziani e persone non autosufficienti;

- Prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi e disabili privi di sostegno familiare;

- Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale per persone affette da patologie da HIV;

- Altre tipologie di bisogno socio-sanitario complesso (inserimento sociale e lavorativo di soggetti psichiatrici, disabili, minori, ecc).

La sede di attuazione (l'ambito) dell'Integrazione socio-sanitaria è il **Distretto.**

Esso è una struttura operativa dell'ASL, la cui funzione è la realizzazione di un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.

I distretti devono gestire servizi di base per garantire:

- | La continuità dell'assistenza nell'ambito dello stesso episodio di malattia;**
- | La tempestività dell'invio del paziente all'ospedale;**
- | Un efficace filtro alla domanda impropria di ricovero ospedaliero;**
- | L'attivazione di modalità di comunicazione tra i diversi servizi professionali che agiscono nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.**

I PAT: I PROGRAMMI DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI

La programmazione all'interno dei distretti avviene attraverso i PAT.

Il programma delle Attività Territoriali:

- ∅ Prevede la localizzazione dei servizi;**
- ∅ Determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'ASL e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.**

IL PAT:

- Ø E' proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.**
- Ø Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali.**

Gli strumenti per dare vita all'integrazione socio-sanitaria tra le diverse istituzioni coinvolte sono:

- ∅ Il Consorzio;**
- ∅ La convenzione;**
- ∅ L'accordo di programma: per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento;**
- ∅ La delega;**
- ∅ Il protocollo d'intesa: per la configurazione di forme di collaborazione tra servizi appartenenti ad una stessa amministrazione ma non in chiave interistituzionale.**

■ PIANI DI ZONA:

Sono lo strumento attraverso il quale gli Enti locali associati con il concorso delle AA.SS.LL., delle Province, delle IPAB e delle comunità locali, disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali, con indicazione degli obiettivi strategici, dell'assetto organizzativo, delle risorse e del personale da utilizzare, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

Il Programma delle Attività Territoriali (PAT) è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti sia i bisogni prioritari, sia gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

Allo stesso tempo, il Piano di Zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

E' pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra Azienda Sanitaria ed Enti Locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute dei cittadini.

SISTEMA SOCIO SANITARIO INTEGRATO

ASPETTI PROBLEMATICI

- ✚ La necessità di recepire, da parte del livello regionale e locale, le disposizioni delle normative nazionali;**
- ✚ La difficoltà concreta ad integrare due grandi sistemi di servizi, come quello sociale e sanitario, fino ad ieri concepiti in maniera autonoma e separata.**

SISTEMA SOCIO SANITARIO INTEGRATO BENEFICI

- ✚ La compartecipazione economica dei due sottosistemi, sanità e politiche sociali, all'interno dei Piani di Zona;**
- ✚ L'avvio deciso di politiche integrate di promozione della salute rivolte ai determinanti ambientali e sociali e orientate alla modificazione degli stili di vita.**

***Il lavoro è stato realizzato dalla tirocinante sociologa
dr. Ilenia Leone***