

DOCUMENTI

L'integrazione socio-sanitaria, percorsi normativi a livello nazionale e locale

a cura di Luigi Colombini

Già Docente di legislazione e organizzazione dei servizi sociali - Università statale UNITRE - Roma Corsi DISSAIFE e MASSIFE Consigliere dell'ISTISSS (Istituto per gli Studi sui Servizi Sociali), Membro del Comitato Scientifico della Rivista di Servizio Sociale

PARTE PRIMA

L'integrazione prima della riforma sanitaria

La complessa problematica della integrazione socio-sanitaria deve essere inquadrata nella stessa "storia" della sanità e dell'assistenza nel corso di tutto il periodo che va da quando le prestazioni sanitarie ed assistenziali erano assicurate dagli Enti nazionali e locali a quando, con l'istituzione delle Regioni, con i conseguenti provvedimenti di decentramento delle funzioni amministrative (DPR n. 4/72, DPR n. 9/72, legge n. 382/75 –a stralcio del disegno di legge n. 1417 - DPR n. 616/77), si è posta mano ad una prima fase di riorganizzazione e riforma dello Stato.

Infatti, fino a quando esistevano gli Enti mutualistici, gli Enti ospedalieri, nonché l'attività sanitaria svolta dai Comuni e dalle Province, ciascuna istituzione provvedeva, per quanto poteva e secondo una domanda di servizi distorta, a cui corrispondeva una altrettanto risposta non congrua, a realizzare al proprio interno forme di integrazione socio-sanitaria, secondo una concezione "totalizzante" del servizio offerto.

Secondo studi fatti all'epoca, ad esempio l'INAM destinava agli interventi socio-assistenziali connessi con gli interventi sanitari di propria competenza il 5% del proprio bilancio.

Negli ospedali si determinava un graduale orientamento a considerare anche gli interventi socio-assistenzia-

li nel contesto delle proprie competenze primarie di carattere sanitario, anche in ragione della maggiore economicità di allocazioni finanziarie sul "sociale" che piuttosto sul "sanitario", con l'istituzione del servizio sociale ospedaliero e con la realizzazione di prestazioni assistenziali all'interno di alcuni reparti, e comunque sempre in un ruolo "ancillare" dell'assistenza, rispetto alla sanità.

Pertanto, la mancanza di sedi uniche di pianificazione, di gestione, di finanziamento e di utilizzazione del personale, comportava una contorta e dispendiosa attività di integrazione, con la presenza sia di vari interlocutori non coordinati fra loro, sia di utenti che rappresentavano problemi che richiedevano comunque interventi sanitari e socio-assistenziali.

Infatti le competenze sanitarie e di assistenza sanitaria mutualistica facevano capo al Ministero della sanità e al Ministero del lavoro, con le riserve sopra espresse, mentre per ciò che concerne l'assistenza le competenze facevano capo al Ministero dell'interno, per ciò che concerne l'assistenza generica, e ad una miriade di Enti assistenziali locali (gli Enti Comunali di Assistenza), ed Enti nazionali ognuno dei quali aveva la competenza per specifiche categorie di utenti, giuridicamente individuati, e in tale ambito era peraltro curata anche la assistenza sanitaria, quanto meno per ciò che concerne gli interventi di profilassi e di controllo dello stato di

salute.

Tale situazione, caratterizzata dalla condizione di una complessiva risposta non congrua rispetto alla domanda socio-sanitaria, esplose con tutte le sue contraddizioni nella difficoltà di conferire una risposta unitaria e coordinata nei confronti delle persone con disabilità. Infatti il sistema sanitario e assistenziale non era più adeguato, in ragione della inagibilità della collocazione della spesa sanitaria e socio assistenziale a carico delle “mutue” e degli ospedali.

Già le competenze sanitarie erano distribuite non tenendo conto della unitarietà della persona e dei gruppi, distinguendo fra la prevenzione (comuni e province), cura (enti mutualistici) e riabilitazione (Inail): all'epoca si considerava che l'INAM curava gli infarti, ma non li preveniva), con un dispendio di energie e di risorse notevole; gli enti mutualistici in effetti intervenivano solo in presenza di acclarati stati di malattia, e non intervenivano nel contesto di condizioni permanenti di disagio psicofisico e sociale

Una ulteriore discriminazione si basava su un complesso di condizioni legate al censo, alla collocazione lavorativa dei genitori, al grado e alla natura dell'invalidità, secondo una individuazione di “status” di svantaggio oltremodo variegati: inabili, invalidi del lavoro, invalidi di guerra, minori handicappati psichici, minori handicappati fisici, minori disadattati sociali, minori anormali orfani di guerra, e, e ciascuna di queste categorie aveva un suo specifico ente di riferimento, che così gestiva una “fetta” di utenti verso i quali venivano, in assoluta discrezionalità e in rapporto alle risorse, senza alcun riferimento ed integrazione sul territorio, realizzati interventi prevalentemente basati sul ricovero e sull'allontanamento dall'ambiente naturale.

Le politiche di cambiamento

Con le prospettive del rinnovamento dello Stato connesse alla costituzione di governi di centro-sinistra, negli anni '60 si avviarono studi e analisi sulla riforma sanitaria, e la Commissione presieduta dal prof. Alessandro Seppilli, in base alla sua propria rinnovata concezione del concetto stesso di salute (ripresa sostanzialmente dall'OMS) affermò il principio della unitarietà programmatica, gestionale e finanziaria della sanità nelle sue articolazioni funzionali delle prevenzione, della cura e della riabilitazione attraverso la costitu-

zione delle Unità sanitarie locali, intese quale livello di governo locale della salute demandata alla competenza ed alla responsabilità delle comunità locali, in cui confluiva tutto il complesso degli interventi e dei servizi rivolti alla persona, compresi i servizi socio-assistenziali, nella prospettiva finale di giungere alla unità locale dei servizi sociali e sanitari.

Con l'istituzione delle Regioni, nel periodo che va dal 1970 al 1978, si pervenne ad una condizione assolutamente innovativa e densa di prospettive positive in quanto erano istituzioni nelle quali si unificavano finalmente varie competenze (fino ad allora disperse nei vari Ministeri), e, fra queste, quelle relative alla sanità e all'assistenza: gli assessorati regionali furono istituiti secondo la strategia dell'unitarietà degli interventi sanitari e sociali, e quindi denominati: assessorati alla sanità ed all'assistenza, avviando quindi il processo di integrazione fra i servizi e gli interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali che si basavano, riprendendo le prospettive aperte dalla Commissione presieduta dal Prof. Alessandro Seppilli su alcuni presupposti di fondo:

- unità gestionale dei servizi sanitari e sociali, attraverso le unità locali dei servizi sociali e sanitari, da intendere quale sintesi concettuale di tutte le proposte di riforma che nel corso di venti anni si erano venute a consolidare, con la costituzione dei consorzi socio-sanitari;
- superamento della categorizzazione dei cittadini, e offerta di servizi e prestazioni in senso universalistico e globale;
- programmazione delle attività e dei servizi attraverso appositi comitati di gestione che si occupavano sia della sanità che dell'assistenza, espressione dei comuni singoli o associati nei consorzi suddetti;
- partecipazione dei cittadini alla programmazione, gestione, verifica e controllo delle attività;
- articolazione dei servizi e degli interventi alla “porta del cittadino”, con l'istituzione dei distretti socio-sanitari, intesi quali sub-articolazioni funzionali delle unità locali dei servizi sociali e sanitari.

Nella fase convulsa che comunque precedeva la riforma sanitaria, con la legge 22.7.75, n.382 “Norme sull'ordinamento regionale e sull'organizzazione della pubblica amministrazione e il conseguente DPR n. 616/77

“Attuazione della delega di cui all’art. 1 della legge n. 382/75” si pose mano ad una prima fase di riforme. Con tali provvedimenti legislativi si mise praticamente fine ad una diatriba annosa che proponeva per la sanità una sorta di azienda municipalizzata per la gestione dei servizi sanitari, e quindi con la creazione di un ente erogatore di servizi non espressione degli enti locali, ma un organismo direttamente dipendente dalla Regione. Infatti il DPR n.616/77, in quella fase di affermazione piena del ruolo dei Comuni, affermò comunque due principi fondamentali:

- la titolarità piena dei Comuni nella gestione e nell’esercizio delle funzioni amministrative dei servizi sanitari e sociali non espressamente affidati allo Stato ed alle Regioni;
 - l’obbligatorietà dei Comuni ad associarsi per la gestione dei servizi stessi, secondo ambiti territoriali adeguati, e tali da corrispondere all’area dei servizi sanitari, sociali e scolastici.
- Veniva così ad essere esaltato il ruolo delle autonomie locali, intese quali enti esponenziali degli interessi delle collettività locali, e quindi deputati alla realizzazione degli interventi necessari al perseguimento del benessere sanitario della popolazione.
- Su tale scenario di fondo, che ha caratterizzato il “vissuto” di alcune Regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Umbria, Veneto), si è quindi avviata una prima attività politico-istituzionale volta a conseguire, fra gli altri, l’obiettivo dell’integrazione socio-sanitaria, con unicità di programmazione e di gestione, attraverso le ULSS.

A tale riguardo, al fine di determinare un quadro di riferimento idoneo a illustrare i decisi orientamenti regionali in ordine all’integrazione socio-sanitaria si sono analizzate le leggi regionali prodotta nel periodo 1973-1978, che quand’anche da considerare nella sua storicità, confermano l’obiettivo di fondo: promuovere e realizzare organiche politiche di integrazione socio-sanitaria incentrate sul ruolo dei comuni. .

La lettura di tali aree porta anche ad individuare le varie modalità organizzative e partecipative e lascia anche la sensazione di un’opera incompiuta.

La prima riforma sanitaria e suoi riflessi sull’integrazione socio-sanitaria

Sul fronte statale, le prospettive di una rinnovata politica territoriale dei servizi sociali e sanitari, hanno portato comunque ad un primo orientamento volto a definire, sul piano istituzionale, la soluzione della complessa problematica relativa ad una effettiva integrazione fra i servizi sociali e sanitari, attraverso il riconoscimento della funzione delle associazioni obbligatorie dei comuni per la gestione dei servizi sociali ed assistenziali (art. 25 del DPR n. 616/77), demandando alle Regioni la competenza a disporre con proprie leggi regionali.

La successiva legge di riforma sanitaria (legge 23.12.78, n. 833, istitutiva del SSN) ha confermato all’art. 11 la opportunità di una definizione di ambiti territoriali sanitari coincidenti con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali, quale presupposto istituzionale e funzionale per l’integrazione socio-sanitaria.

La legge suddetta, peraltro, ha determinato una prima spaccatura di ordine concettuale, perché, come si diceva, erano prospettate le Unità Locali con una sola “esse” (sanità), e non già con le tre “esse” sanità e servizi sociali”.

Nel contesto degli atti di recepimento delle Regioni della legge n. 833/78, si è peraltro determinato un quadro assolutamente disomogeneo: alcune Regioni hanno confermato comunque la scelta politico-istituzionale di conferire alle unità socio-sanitarie locali la programmazione e la gestione dei servizi sia sanitari che assistenziali (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli V.G., Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna, Veneto, Umbria); altre Regioni hanno accennato alla facoltà da parte dei Comuni di affidare all’Unità sanitaria locale la gestione anche dei servizi socio-assistenziali-

La tabella seguente elaborata in base alle leggi regionali connesse alla legge n. 833/78 evidenzia come la Regioni hanno adottato modelli non uniformi.

PARTE SECONDA

La delimitazione fra sanità e il “sociale” e sue conseguenze sulla spesa e la programmazione

Le separazioni gestionali

Nel prosieguo del complesso avvio della riforma sanitaria, nel periodo che va dal 1982 al 1991, la perdurante indeterminatezza della allocazione delle spese socio-assistenziali, assieme all’urgenza, pur in assenza del Piano sanitario nazionale, di provvedere alle ne-

Tabella 1 - Quadro sinottico della legislazione sanitaria regionale prima della legge n. 833/78

REGIONI	DENOMINAZIONE E POPOLAZIONE	STRUMENTI. ISTITUZIONALI	DELEGHE	OBIETTIVI
BASILICATA	Unità locali dei servizi sociali e sanitari -popolazione da 50 a 100 mila ab.	Consorzi fra comuni e provincia	La Regione delega all'ULSS l'esercizio delle funzioni	Programmazione ed iniziativa politica nel settore socio-sanitario realizzazione coordinata e unitaria delle attività socio-sanitarie
EMILIA ROMAGNA	L'Unità locale organismo di programmazione ed iniziativa politica in tutto il settore socio-sanitario. -popolazione da 50 a 100 mila ab.	Consorzi fra comuni e province	E' prevista la delega con atti successivi	L'Unità locale promuove la tutela della salute e promuove e organizza servizi sociali, nella prospettiva di un sistema di sicurezza sociale, unificando ed integrando le competenze degli EE.LL.
FRIULI V.G.	Consorzi sanitari di base -popolazione da 27 a 100 mila ab.	Consorzi fra Comuni ed enti ospedalieri. La provincia può partecipare al consorzio	E' prevista la delega con atti successivi	Unificazione dei presidi Sanitari di base; fra i servizi facoltativi sono compresi i servizi sociali
LAZIO	L'ULSS è il complesso dei servizi sociali e sanitari gestiti dagli enti consorziati -popolazione da 40 a 60 mila ab.	Consorzi fra comuni, province e comunità montane	La Regione delega ai consorzi le proprie funzioni amministrative in materia di sanità. I Consorzi delegano le competenze agli organi decentrati del comune	Riorganizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e sociali al fine di pervenire alla unificazione degli interventi diretti alla tutela globale della salute dei cittadini
LOMBARDIA	Comitati sanitari di zona -popolazione da 30 a 40 mila ab.	Il comitato è un organo collegiale composto da rappresentanti dei Comuni	Non vi sono specifiche indicazioni	Il Comitato ha il compito di avviare e favorire la partecipazione delle Comunità locali alla preparazione della riforma sanitaria
MARCHE	Sono concessi contributi a comuni, province per realizzare servizi socio-sanitari	Non vi sono specifiche indicazioni	Non vi sono specifiche indicazioni	Non vi sono specifiche indicazioni
PIEMONTE	L'Unità locale dei servizi è costituita dal complesso dei servizi socio-sanitari -popolazione fra 50 e 100 mila ab.	Consorzi fra i comuni	L'esercizio delle funzioni amministrative regionali è delegato ai comuni consorziati	Riordinamento, coordinamento e sviluppo dei servizi sanitari e socio-assistenziali
TOSCANA	Consorzi socio-sanitari -popolazione fra 10 e 100 mila ab.	Consorzi fra comuni e province la concessione dei contributi è condizionata alla costituzione dei consorzi	Non vi sono indicazioni specifiche, essendo le deleghe già state date con appositi provvedimenti	Il consorzio deve garantire la gestione unitaria dei servizi Sanitari e sociali di competenza degli EE.LL.
UMBRIA	Unità locale dei servizi sociali e sanitari -popolazione fra 20 e 120 mila ab.	Consorzi fra comuni	Le funzioni amministrative in materia socio-sanitaria sono delegate ai comuni associati nei consorzi	Coordinamento e riordinamento dei servizi socio-assistenziali
VENETO	Unità locale dei servizi sociali e sanitari	Consorzi fra comuni e province	Delega ai consorzi di funzioni in materia socio-sanitaria	Gestione unitaria e coordinamento dei servizi sanitari e sociali

cessità assistenziali di particolari fasce di utenti, e fra questi, le persone non autosufficienti, gli handicappati, i malati di mente, portò a disporre all'art. 17 della legge finanziaria n. 887/84 lo stanziamento di somme a destinazione vincolata per la realizzazione di specifici interventi e servizi sanitari a favore dei disabili e degli anziani (£ 250 miliardi per il 1985; £ 265 miliardi per il 1986; £ 275 miliardi per il 1987) e particolarmente "mirati" sulla assistenza sanitaria riabilitativa, protesica e terapeutica, da realizzarsi in trattamento ambulatoriale, domiciliare, ospedale diurno, ecc.

Pertanto nel contesto di una progressiva lievitazione della spesa sanitaria, con ripercussioni anche nel settore socio-sanitario e socio-assistenziale, portò alla necessità di una ridefinizione degli interventi e dei servizi socio-sanitari.

La svolta decisiva, per ciò che concerne la definizione di linee più certe ai fini dell'integrazione socio-sanitaria è stata determinata, sia pure con risvolti anche negativi, da due provvedimenti fondamentali:

A) - Con il DPCM dell'8 agosto 1985 è stato emanato un "atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge n. 833/78".

Con tale atto si è specificato che:

* Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali sono le attività che richiedono personale e tipologie di interventi propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può produrre effetti.

Pertanto fra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, e con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale sono compresi i ricoveri in strutture protette.

Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette:

- alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale degli handicappati e dei disabili (art. 26 legge n. 833/78).
- alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati mentali, ai sensi dell'art. 64 della L. 833/78, purché le suddette prestazioni siano integrate con

quelle dei servizi psichiatrici territoriali;

- alla cura o al recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti;
- alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio;

NB: in particolare per gli anziani è stato ulteriormente specificato che nel caso in cui non fosse stato possibile, motivatamente, disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale, le Regioni avrebbero potuto, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal FSN, avvalersi, mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private.

In tal caso è stato disposto che le Regioni "possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini.

Pertanto con tale disposizione in effetti è stato introdotto il principio della separazione netta tra la spesa sanitaria, connessa all'art. 32 della Costituzione, e quindi diritto soggettivo, e la spesa assistenziale, connessa all'art. 38 della Costituzione e quindi legata alla verifica dello stato di indigenza e di inabilità, per avere diritto a prestazioni gratuite e, in assenza di detti requisiti, a contribuire alla spesa assistenziale.

Secondo il citato DPCM non rientrano fra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, quali:

- l'assistenza economica;
- l'assistenza domestica;
- le comunità alloggio;
- le strutture diurne socio-formative;
- i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo;
- i centri di aggregazione e di incontro diurni;
- i soggiorni estivi;
- i ricoveri in strutture protette extraospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare.

A fronte di tale provvedimento di indirizzo, le Regioni hanno adottato propri atti deliberativi per allinearsi con le disposizioni governative, e a tale proposito occorre rilevare che le Regioni che già avevano avviato

Tabella 2 - Quadro sinottico della legislazione regionale in relazione alla legge n. 833/78

REGIONI	DENOMINAZIONE	NUMERO E MEDIA UTENTI	INTEGRAZIONE SOCIO- SANITARIA	SERVIZI SOCIALI
ABRUZZO	Unità locali socio sanitarie	15 / 84.000	Le ULSS hanno il compito di provvedere alle gestione dell'esercizio integrato degli interventi sanitari con quelli rivolti alla tutela sociale della persona	Nell'ambito dei servizi dell'ULSS è previsto il servizio per la tutela sociale E' previsto il coordinatore sociale
BASILICATA	Unità sanitaria locale	7/ 89.000	Le funzioni in materia di assistenza sociale vengono esercitate dalla USL	Nell'ambito della USL deve essere costituito un servizio per le attività socio assistenziali. E' previsto il responsabile del servizio
CALABRIA	Unità sanitaria locale	30/ 71.000	Le funzioni relative ai servizi sociali sono esercitate nell'ambito territoriale dell'USL	E' previsto il servizio sociale nell'USL
CAMPANIA	Unità sanitaria locale	61/94.000	Fino all'emanazione della nuova normativa sull'assistenza, l'USL esercita le funzioni relative alla beneficenza pubblica	Non vi sono indicazioni specifiche
EMILIA ROMAGNA	Unità sanitaria locale	41/95.000	Le associazioni di comuni, le comunità montane e i comuni esercitano le funzioni di assistenza sociale	Nell'USL le funzioni di assistenza sociale sono organizzate nel servizio sociale
FRIULI V.G.	Unità locale dei servizi sanitari e socio- assistenziali	12/100.00 0	La gestione coordinata ed integrata dei servizi sociali è assunta dagli organi istituzionali dell'USL	E' previsto il coordinatore sociale
LAZIO	Unità sanitaria locale	51/99.000	I Comuni possono provvedere a svolgere informa associata le funzioni di assistenza sociale nelle USL	Non vi sono indicazioni specifiche
LIGURIA	Unità sanitaria locale	20/87.000	I Comuni deliberano su quali servizi sociali affidare alla USL	Non vi sono indicazioni specifiche
LOMBARDIA	Ente responsabile di Zona - Unità socio- sanitaria locale	101/88.00 0	Le assemblee dei comuni deliberano quali attività sono esercitate dalla USSL	E' previsto il servizio di assistenza sociale
MARCHE	Unità sanitaria locale	24/59.000	Il Comitato di gestione provvede al coordinamento fra i servizi sociali e sanitari Con i servizi sociali esterni	Non vi sono indicazioni specifiche
MOLISE	Unità sanitaria locale	7/48.000	E' consentito ai Comuni di esercitare in associazione i servizi sociali avvalendosi dell'Unità locale dei servizi	Tra i servizi sono previsti: - servizio tutela sociale materno infantile - servizio tutela sociale adulti- anziani
PIEMONTE	Unità sanitaria locale	76/57.000	Le associazioni dei Comuni esercitano negli ambiti territoriali USL le funzioni di assistenza sociale	Le funzioni di assistenza sociale sono organizzate nel servizio sociale. Il comitato di gestione nomina il coordinatore dei servizi sociali
PUGLIA	Unità sanitaria locale	55/74.000	Non vi sono indicazioni specifiche	Non vi sono indicazioni specifiche

SARDEGNA	Unità sanitaria locale	22/75.000	Fra i criteri organizzativi è prevista l'attivazione dell'integrazione fra i servizi sanitari e sociali	Vi sono riferimenti all'utilizzazione del personale
SICILIA	Unità sanitaria locale	62/83.000	Le attribuzioni in materia di assistenza sociale possono essere esercitate dai Comuni tramite l'USL	Non vi sono indicazioni specifiche
TOSCANA	Unità sanitaria locale	40/89.000	I Comuni associati nell'USL esercitano le funzioni dei servizi sociali	Fra i servizi dell'USL è previsto il servizio sociale
UMBRIA	Unità sanitaria locale	12/68.000	Le attribuzioni in materia di assistenza sociale possono essere esercitate dai Comuni tramite l'USL	Non vi sono indicazioni specifiche
VALLE D'AOSTA	Unità sanitaria locale	1/115.000	Le attribuzioni in materia di assistenza sociale sono essere esercitate dai Comuni tramite l'USL	E' previsto il servizio socio-assistenziale, a cui è preposto un responsabile
VENETO	Unità sanitaria locale	36/122.000	Le attribuzioni in materia di assistenza sociale possono essere esercitate dai Comuni tramite l'USL	Tra i servizi sono previsti: - servizio tutela sociale materno infantile - servizio tutela sociale adulti-
BOLZANO	Unità sanitaria locale	4/110.000	Non vi sono indicazioni specifiche	Non vi sono indicazioni specifiche
TRENTO	Unità sanitaria locale	11/49.000	Non vi sono indicazioni specifiche	Non vi sono indicazioni specifiche

interventi considerevoli nei confronti, in particolare, degli handicappati e degli anziani non autosufficienti volti all'integrazione socio-sanitaria, con la partecipazione diretta dei comuni nelle unità locali socio-sanitarie, e quindi in una esperienza già acquisita di collaborazione, sono state avvantaggiate dalla disposizione suddetta; infatti hanno potuto individuare con notevole pertinenza e precisione gli interventi socio-assistenziali a rilievo sanitario da finanziare sul Fondo sanitario nazionale (Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Friuli V.G., Emilia Romagna, Umbria).

La separazione finanziaria fra fondo sanitario nazionale e fondi assistenziali delle Regioni (in assenza della legge di riforma dell'assistenza) ha peraltro condotto anche ad una necessaria riorganizzazione dei servizi e degli interventi, con notevoli difficoltà di gestione degli specifici casi: infatti, come già sopra indicato, mentre le spese per il servizio sanitario sono comunque, per certi aspetti, gratuite, per ciò che concerne gli interventi meramente socio-assistenziali dei Comuni, questi ricadono nella delimitazione di fasce di reddito che danno diritto o meno all'esenzione, con la necessità, da parte di molti utenti e delle relative famiglie, di pagarsi il servizio assistenziale, o di ricorrere all'assistenza privata.

B) L'altro provvedimento che ha determinato quanto

meno una precisazione concettuale, operativa e finanziaria sulle reali prospettive dell'integrazione socio-sanitaria è rappresentato dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595 "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988".

Infatti all'art. 2, comma 5, è definito il progetto obiettivo: "un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto".

I progetti-obiettivo sono finanziati in parte con risorse vincolate del fondo sanitario nazionale, in parte con risorse aggiuntive di provenienza diversa, incluse quelle di competenza delle regioni e degli enti locali.

Tale disposizione, pur in presenza di atti normativi regionali e piani socio-sanitari regionali che già propugnavano l'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alle persone handicappate, agli anziani non autosufficienti, ai tossicodipendenti, ai malati di mente, (Piemonte, Friuli V.G., Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Sardegna, Basilicata) e ai relativi progetti-obiettivo, ha rappresentato comunque una prima base di partenza per la definizione delle linee di integrazione socio-sanitaria

che si è concretizzata nella serie dei piani sanitari nazionali (in "bozza" o ufficiali) che si sono succeduti nel periodo 1989-1991; 1992-94; 1994-96; 1998-2000 e 2003-2005.

La seconda riforma sanitaria: dai comuni alle aziende

In relazione ai risultati determinati dalla gestione locale della salute attraverso le Unità Sanitarie Locali o Unità locali dei servizi sanitari e sociali, intese quali strumento operativo dei Comuni, singoli o associati, per garantire l'esercizio del diritto alla salute dei cittadini, con vari provvedimenti legislativi si è avviato un processo di sgretolamento del sistema sanitario basato sul riconoscimento alle comunità locali della competenza e della responsabilità in ordine alla programmazione, gestione e controllo delle politiche sanitarie locali. Infatti, a fronte di una prima legge organica di riforma intervenuta nel quadro di un riconoscimento pieno del Parlamento, nella sua funzione di legislazione, gli atti successivi sono stati prevalentemente caratterizzati da decretazione di urgenza (decreti legge), oppure da atti monocratici (DPCM) che hanno avviato un lento processo volto a ridurre il ruolo del Parlamento in ordine allo svolgimento delle politiche sanitarie:

- d.l. 30.4.81, n.118 "Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria";
- d.l. 19.5.81, n. 193: "Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle usl e ripianamento degli enti ospedalieri";
- d. l. 28.5.81, n. 248 "Misure per contenere il disavanzo di gestione delle usl";
- d.l. 28.5.81, n. 250: "Partecipazione degli assistiti alla spesa per l'assistenza sanitaria";
- d.l. 28.5.81, n. 252 "Prestazioni di cura erogate dal SSN";
- d.l. 29.7.81, n. 400 "Blocco degli organici delle usl";
- DPCM 8.8.85: "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali";
- Legge 23.10.85, n.595: "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88";
- d.l. 30.6.87, n. 257: "Disposizioni urgenti in materia sanitaria";

- d.l. 8.2.88, n. 26: "Misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria";
- d. l. 25.3.89, n.11: "Misure urgenti per la riorganizzazione del SSN";
- d.l. 25.11.89, n.382: "Disposizioni urgenti per la partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle usl".
- d.l. 24.7.90, n.200 "Sospensione delle procedure per il rinnovo degli organi di gestione delle usl;
- legge 4.4.91, n.111 "Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. n. 35/91, recante norme sulla gestione transitoria delle usl";
- Individuazione preliminare delle risorse finanziarie, e affermazione del principio del rimborso basato sulla prestazione effettivamente resa;
- Principio della parità pubblico-privato e istituzione dell'accreditamento, in sostituzione delle convenzioni;
- Obbligo della organizzazione dei servizi e delle prestazioni a livello distrettuale, con riorganizzazione degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, ridotte drasticamente di numero;
- Possibilità di istituire la mutualità integrativa, a cui viene dato maggior rilievo che nel passato.

In base a tali disposizioni, che hanno peraltro tenuto conto sia dell'esperienza accumulata con il precedente sistema, sia delle conseguenze derivanti dalla legge n.142/90 sull'ordinamento delle autonomie locali, le linee organizzative prevedevano una profonda innovazione nel sistema sanitario, passando da un criterio di rappresentatività e gestione politica dei bisogni, rappresentati dalle comunità locali, ad un criterio legato alla managerialità.

Con l'affidamento del Ministero della sanità ai rappresentanti del Partito liberale (che nel 1978 aveva votato contro la legge n. 833), è riemerso il vetusto disegno di ricondurre la gestione della salute ad una concezione meramente aziendalistica, e quindi con la creazione di un ente erogatore di servizi non espressione degli enti locali, ma un organismo direttamente dipendente dalla Regione.

La conclusione di tale processo ha portato al d. lgs n. 502/92, che, in estrema sintesi, ha portato alle sottolencate conseguenze:

- * Osservanza, nel campo della sanità, dei principi

del mercato, ma dentro le regole fissate dallo Stato;

- * Aziendalizzazione della salute, attraverso la costituzione delle aziende sanitarie locali, dipendenti dalla Regione e dotate di propria autonomia gestionale, tecnica, patrimoniale e organizzativa;
- Limitazione della partecipazione dei cittadini, sentiti in sede di consultazione delle fasi di programmazione, e verifica dei risultati, con il riconoscimento del maggior ruolo delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti;
- Affermazione della carta dei servizi sanitari, centrata sul rapporto utente-struttura sanitaria;
- Riconoscimento del principio della managerialità nella conduzione dell'azienda sanitaria locale, con la scomparsa del comitato di gestione e del Comitato di gestione;
- Riduzione del ruolo dei Comuni, espresso attraverso la Conferenza dei Sindaci, che si esprimono con pareri sul bilancio e sulla verifica delle attività;
- Definizione preventiva dell'entità del Fondo sanitario nazionale, sulla base della quota capitaria;

Le conseguenze di tali disposizioni sull'integrazione socio-sanitaria sono state assolutamente negative: da una parte l'ASL ha portato avanti una rigida osservanza dei vincoli di spesa, e quindi reali limitazioni ai processi di integrazione socio-sanitaria, accentuando comunque la sanitarizzazione degli interventi e dei servizi caratterizzati dalla necessaria evidenza di qualificarsi quali socio-sanitari (consultori familiari, servizi per le dipendenze, servizi per le persone con disabilità, per malati di mente, per anziani, per persone fragili, ecc.); dall'altra i Comuni hanno accentuato il vantaggio dei servizi e degli interventi sociali, in relazione alla normativa regionale, procedendo in effetti ad una "verticalizzazione" dell'offerta sul territorio, anche in ragione del riconoscimento, una volta superata l'impostazione concettuale dell'unità locale dei servizi, della loro esclusiva competenza nella gestione dei servizi socio-assistenziali.

PARTE TERZA

L'integrazione socio-sanitaria nel processo di riordino della sanità e di riforma dell'assistenza

A) il versante sanitario

La complessità gestionale dell'integrazione socio-sa-

nitaria, a fronte dei perduranti nodi legati alla reale pianificazione, gestione, finanziamenti e utilizzazione del personale, non ha comunque portato a risultati complessivamente validi, determinandosi, anche in relazione ai primi finanziamenti operati dallo Stato, una situazione di difficile operatività gestionale, al punto che molti finanziamenti non sono stati utilizzati e sono andati in economia, oppure sono stati utilizzati nella direzione non già di decongestionare i processi di istituzionalizzazione, ma di individuarli per finanziamenti aggiuntivi che sono stati utilizzati all'interno delle stesse reti di ricovero.

Già con il Piano sanitario nazionale 1998-2000, approvato con DPR 23 luglio 1998 è stata, peraltro, ulteriormente precisata l'integrazione fra assistenza sanitaria e sociale, specificando con maggiore approfondimento alcuni aspetti fondamentali:

- preliminare integrazione delle responsabilità e delle risorse;
- programmazione zonale degli interventi, con il concorso dei diversi soggetti istituzionali e sociali;
- priorità strategica dell'integrazione nei piani sanitari regionali;
- individuazione di tre livelli di integrazione:
 - istituzionale (ASL, Comuni)
 - gestionale (distretto, in particolare e servizi che lo compongono)
 - professionale, con l'individuazione del lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari, domiciliari, intermedi e residenziali

Avuto riguardo ai limiti ed alle difficoltà connesse alla attuazione del DPCM 8 agosto 1985, si è convenuto su un suo superamento, e quindi fra i vari punti affrontati dalla legge delega n. 419/98, è stato individuato quello di definire più compiutamente l'integrazione socio-sanitaria, così come è stato compiutamente disposto con il decr. leg.vo 19.6.99, n. 229 (GU 16.7.99, n. 165 s.o.).

Al fine di offrire un quadro di riferimento, si rappresentano di seguito gli articoli e le disposizioni più importanti del d. lgs. n. 229/99 sull'integrazione socio-sanitaria.

* Art. 3 septies, comma 1 e 2

Vengono separatamente definite le tipologie relative all'integrazione socio-sanitaria:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale cioè finaliz-

zate:

- a) alla promozione della salute;
- b) alla prevenzione, individuazione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè 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.

Rispetto al DPCM dell'8.8.85 si rileva quindi un notevole avanzamento e precisazione delle componenti l'attività di integrazione socio-sanitaria, vista sia sul versante sanitario che sul versante sociale.

- Art. 3 septies comma 3, 4,5

E' stata prevista l'emanazione del DPCM sull'integrazione socio-sanitaria (che supera il DPCM 8.8.85) sulla base dei criteri sopra esposti, e al concerto fra i due Ministri della sanità e della solidarietà sociale.

- * Art 3 septies comma 6

Viene affrontato un aspetto cruciale dell'integrazione socio-sanitaria:

- l'individuazione, da parte della Regione (a fronte del decr. leg.vo n. 112/98) degli ambiti territoriali nei quali si svolgono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di competenza dei comuni;
- il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

- * Art. 3 septies, comma 7

Viene colmata una carenza che nel passato ha determinato disagio e difficoltà da parte degli utenti per l'indeterminatezza delle competenze e delle prestazioni socio-sanitarie:

- è istituita all'interno della carta dei servizi una sezione specifica agli interventi e ai servizi socio-sanitari.

- * Art. 3 septies comma 8

Sulla base di quanto già indicato, le Regioni disciplinano le modalità per l'integrazione, su base distrettuale.

- *Art. 3 octies comma 1

Rappresenta un altro aspetto innovativo del sistema socio-sanitario, con la previsione di gettare le basi per costruire le professioni sociosanitarie che rappresentano le "articolarioni" con cui si realizza l'integrazione.

E' prevista:

- la istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria;
- l'individuazione delle relative discipline della dirigenza sanitaria.

- * Art. 3 octies comma 2

Viene prevista l'integrazione delle tabelle e delle specializzazioni equipollenti per l'accesso alla dirigenza sanitaria in relazione all'istituzione dell'area socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria.

- * Art. 3 octies comma 3

Sono previsti i profili professionali dell'area sociosanitaria ad elevata integrazione sociosanitaria.

- *Art. 3 octies comma 4

Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria sono formate con corsi di diploma universitario, tenendo conto:

- dell'esigenza di formazione interdisciplinare;
- della collaborazione fra più facoltà universitarie.

- *Art 3 octies comma 5

Le regioni curano la formazione delle figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sociosanitaria.

Purtroppo tali disposizioni, relative alle professioni, a distanza di circa quindici anni non sono state attuate, e rappresenta un grave limite all'effettiva traduzione operativa e professionale dell'integrazione socio-sanitaria

B) il versante socio-assistenziale

Con la legge n. 328/00 si sono, sul versante socio-assistenziale, confermati gli orientamenti di integrazione socio-sanitaria, e in particolare:

- all'art. 3 è specificato che "i soggetti (competenti) provvedono alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo:

- coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione
- concertazione e cooperazione fra i diversi livelli istituzionali per le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del SSN"

- * All'art. 14 è disposto che"per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'art. 3 della legge n. 104/92, i comuni predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale.

Il progetto suddetto comprende, oltre alla valutazione

diagnostico-funzionale:

- le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del SSN;
- i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata.

Il nuovo atto per l'integrazione socio-sanitaria

In relazione a quanto già prospettato dal d.lgs n. 299/99 sopra citato, con il DPCM 14.2.01 sono state definite le rinnovate linee di intervento per l'erogazione degli interventi di natura socio-sanitaria, superando il precedente DPCM dell'8 agosto 1985.

In estrema sintesi le indicazioni più rilevanti del provvedimento sono: :

L'assistenza socio-sanitaria è rivolta alle persone che presentano bisogni di salute e che richiedono:

- prestazioni sanitarie
- azioni di protezione sociale

Le definizioni

* Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

Prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate a:

- promozione della salute;
- prevenzione, individuazione e rimozione di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite

Le suddette prestazioni sono di competenza della ausl e a carico delle stesse

* Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

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.

Si esplicano attraverso:

- interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- interventi di sostegno di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti ed an-

ziani con limitazione della autonomia, non assistibili a domicilio;

- gli interventi anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità psicofisica e da dipendenza;
- ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito nei livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Tali attività sono di competenza dei comuni, e sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini

- Prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria

Tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono, alle aree:

- materno infantile;
- anziani;
- handicap;
- patologie psichiatriche;
- dipendenza da droga, alcool e farmaci;
- patologie per infezioni da HIV;
- patologie terminali;
- inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale e domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario

La natura dei bisogni

Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

- funzioni psicofisiche;
- natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;
- modalità di partecipazione alla vita sociale;
- fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

I progetti assistenziali personalizzati

Il progetto personalizzato, comporta l'individuazione ed il grado dell'intensità assistenziale, che è articolata in varie fasi:

- fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico di elevata complessità e di durata breve e definita.

Le modalità operative sono:

- residenziali;
- semiresidenziali;
- ambulatoriali
- domiciliari.
- fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma di medio o prolungato periodo definito;
- fase di lungo assistenza, finalizzata a:
 - mantenere l'autonomia funzionale possibile;
 - rallentare il suo deterioramento;
 - favorire la partecipazione alla vita sociale.

Nel progetto assistenziale personalizzato deve essere definita la complessità dell'intervento, con riferimento:

- alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura)
- alla loro articolazione.

La valutazione del bisogno

L'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso:

- la valutazione multidisciplinare del bisogno;
- la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato;
- la valutazione periodica dei risultati ottenuti.

Tale "percorso" è finalizzato a:

- favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio sanitarie;
- soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari.

In tale contesto, è assolutamente evidente lo sforzo di un deciso superamento dei limiti posti dal DPCM dell'8 agosto 1985, per giungere ad una visione più organica dell'integrazione socio-sanitaria, con la individuazione specifica sia delle competenze che fanno capo alla AUSL, sia a quelle che fanno capo ai Comuni, nella prospettiva fondamentale di individuare la persona al centro del sistema di offerta dei servizi e degli interventi socio-sanitari.

La ricaduta del quadro normativo sull'integrazione socio-sanitaria al livello locale

In relazione a quanto disposto dalla legge n. 328/00, e dal DPCM 14 febbraio 2001, l'integrazione sociosanitaria, quindi, riguarda il sistema di offerta degli interventi e dei servizi socio-sanitari finalizzato a verificarne l'adeguatezza rispetto ai bisogni delle persone della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, non già con la sanitizzazione dei problemi, bensì con l'esatto contrario: la socializzazione della sanità, con l'implementazione della componente sociale e gli interventi correlati con la rete integrata dei servizi e d'interventi.

A fronte della normativa statale, le Regioni hanno emanato specifiche leggi regionali per l'istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali, con l'orientamento di far coincidere l'ambito provinciale con il territorio di competenza delle Aziende stesse, e disponendo in effetti la costituzione dei distretti secondo la precedente articolazione territoriale di riferimento delle soppassate Unità Sanitarie Locali (su cui torneremo con uno specifico saggio).

A livello delle Aziende, 'per ciò che concerne la concreta attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, con l'Atto aziendale, da intendere quale "Carta costitutiva della salute", così come gli Statuti dei Comuni costituiscono la "Carta costituzionale locale", le stesse Aziende hanno prefigurato il sistema dell'integrazione socio-sanitaria.

La situazione attuale e la proposta di un modello: gli accordi di programma

Il quadro complessivo dell'integrazione socio-sanitaria, allo stato attuale, è peraltro ancora caratterizzato da una notevole differenza fra le Regioni.

A tale riguardo, peraltro, mentre lo sforzo del legislatore era quello di un superamento della condizione "ancillare" dei servizi socio-assistenziali rispetto ai servizi sanitari, con la individuazione di una gestione "paritaria" a livello del livello dirigenziale e manageriale (individuando le figure del direttore sanitario, del direttore amministrativo e del direttore dei servizi sociali da intendere quali cardini fondamentali dell'Azienda, , in effetti non tutte le Regioni hanno osservato tale indicazione.

Per tale motivo si è posta mano ad una specifica ricerca degli Atti Aziendali delle Regioni, e risulta un quadro

assolutamente disomogeneo: solo Emilia Romagna, Lombardia, Sardegna e Veneto hanno previsto che il Direttore dei servizi socio-sanitari inserito nell'organico dirigenziale della AUSL; Friuli V.G. e Umbria prevedono la figura del Coordinatore socio-sanitario in funzione di staff, alle dipendenze del Direttore Generale; le rimanenti Regioni hanno escluso al livello dirigenziale la figura del direttore dei servizi socio-sanitari, limitando alle UOC la gestione dei servizi socio-sanitari.

Due Regioni in particolare hanno comunque confermato la scelta istituzionale ed operativa volta alla unificazione in un solo organo di gestione delle competenze sanitarie e sociali: la Lombardia, che con la L.R. 31/97 ha disegnato un proprio sistema di welfare integrato con l'attribuzione alle AUSL, attraverso la costituzione del Dipartimento ASSI, delle funzioni sanitarie e sociali; la Regione Veneto ha confermato la scelta di individuare le USLSS con le tre esse, e quindi con la piena integrazione socio-sanitaria.

L'Emilia Romagna e la Toscana si sono particolarmente dedicate alla proposizione di modelli organizzativi basati sugli Accordi di programma, con la definizione concertata e coordinata degli interventi sanitari e sociali di competenza di ASL e Comuni.

Tale scelta istituzionale si ritiene che sia la più convincente e rispettosa delle competenze sanitarie e socio-sanitarie (che fanno capo alle AUSL) e delle competenze socio-assistenziali (che fanno capo ai Comuni).

Una analisi complessiva dello stato di maturazione e di prospettive dell'integrazione socio-sanitaria, in base ai documenti normativi, programmatici e regolamentari prodotti dalle Regioni, porta al modo di intendere l'integrazione socio-sanitaria in base a una proposta di modello desumibile sia dalla normativa vigente che dalle fruttuose esperienze regionali (ove attuate)

Principi generali

- * In relazione a quanto disposto dalla legge n. 328/00, e dal DPCM 14 febbraio 2001, l'integrazione sociosanitaria riguarda tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.
- * L'integrazione socio-sanitaria deve essere attuata nel perseguimento di azioni unitarie, coordinate e condivise valorizzando e potenziando tutti gli inter-

venti di carattere socio-sanitario a livello di ambito territoriale sociale tra i comuni singoli e associati i distretti sanitari dell'ASL sotto il profilo istituzionale, gestionale, professionale e finanziario.

- * A livello regionale, in relazione alle competenze sanitarie e socio-assistenziali, deve essere istituito il Coordinamento interassessorile per l'integrazione socio-sanitaria per svolgere i seguenti compiti :
 - effettuare l'analisi della spesa sanitaria a rilievo sociale e la spesa sociale a rilievo sanitario ;
 - individuare le risorse dedicate desumibili dalle Unità previsionali di base appositamente costituite;
 - definire le linee guida per la definizione degli Accordi di programma fra ASL ed enti locali per la concreta attuazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Integrazione istituzionale

- * Al fine di realizzare concretamente il complesso dell'offerta dei servizi ed interventi socio-sanitari, così come garantiti e individuati dai livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui al DPCM 14 febbraio 2001 e 29 novembre 2001, i comuni singoli o associati nell'ambito sociale territoriale e le AUSL stipulano apposito Accordo di programma con cui sottoscrivono ai sensi del dl lgs. 267/00, i reciproci impegni e responsabilità istituzionali, con la conseguente definizione dei protocolli operativi e programmatori.
- * A livello dell'ambito territoriale sociale coincidente con il distretto sanitario deve essere costituito il Coordinamento istituzionale per l'integrazione socio-sanitaria, composto dal Comitato dei Sindaci del Distretto sanitario e del Distretto sociale.
- * Il Coordinamento istituzionale, sulla base delle linee guida predisposte dalla Regione, provvede alla stipula dell'Accordo di programma in cui sono indicati :
 - a) i servizi di carattere sanitario integrativi dei servizi socio – assistenziali di competenza dei comuni;
 - b) gli interventi di competenza dei comuni che hanno connessione con il settore sanitario
 - c) i protocolli operativi per l'attuazione degli interventi e dei servizi integrati;
 - g) i protocolli programmatici, con riferimento alla definizione del piano triennale per l'integrazione socio-sanitaria;
 - c) le modalità per la definizione dei protocolli operativi

e programmatori con riferimento alle seguenti aree di intervento:

- prevenzione, recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti;
- assistenza e reinserimento familiare e sociale dei soggetti portatori di handicaps;
- risocializzazione dei dimessi dagli ospedali psichiatrici e dei malati di mente in generale;
- assistenza, protezione e tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva;
- assistenza agli anziani non autosufficienti, a domicilio o mediante ricovero in strutture protette.

A tale riguardo su sottolinea che spetta al livello istituzionale, fra l'AUSL nella persona del Direttore Generale e del Presidente del Comitato dei Sindaci del Distretto sociale, definire adeguatamente l'intesa che si concretizza nell'Accordo di Programma; sono da respingere singoli protocolli di intesa fra gli operatori dell'AUSL e dei Comuni, che non hanno il crisma dell'ufficialità istituzionale.

Programmazione integrata

* I programmi delle attività territoriali dei distretti sanitari, recepiti nel piano attuativo locale della azienda sanitaria locale, devono essere contestuali con la programmazione sociale del Piano di zona, e individuare i livelli e gli ambiti di integrazione socio-sanitaria per le aree di intervento che richiedono processi e percorsi di integrazione e specifici piani operativi (si ricorda che la Regione Veneto ha disposto che a livello di ULSSS sia definito il Piano per la non autosufficienza).

* E' necessario che a livello di programmazione integrata e di con testualità tra il piano di zona ed i programmi delle attività territoriali, secondo i canoni classici della programmazione sociale, siano definiti:

- il profilo e la diagnosi socio-sanitaria sulla base dei bisogni e della domanda rilevati;
- la definizione delle priorità e delle aree di intervento;
- la ricognizione delle risorse e del sistema di offerta degli interventi e servizi socio-sanitari, sia pubblici che privati;
- la attuazione degli interventi e dei servizi per aree secondo la definizione di un Accordo di programma fra gli Enti interessati;
- la ridefinizione dell'offerta ed individuazione delle modalità di gestione;

- la regolamentazione dell'accesso, della presa in carico degli utenti e dell'erogazione dei servizi;
- la definizione del finanziamento ed attribuzione delle quote di ripartizione della spesa fra comuni, azienda sanitaria locale ed utenti.

Integrazione organizzativa, gestionale

- Tenuto conto della realtà locale, della formulazione del "profilo di comunità" e della domanda sanitaria e sociale espressa dai cittadini, è necessario ridefinire il sistema di offerta al fine di verificarne l'adeguatezza rispetto ai bisogni sanitari e sociali della popolazione.

- Il primo livello è costituito dallo sportello socio-sanitario, da intendere quale luogo unitario di accesso, e quindi rappresentare per il cittadino, gli operatori, i MMG, i professionisti interessati, il livello più prossimo ed immediato per l'avvio del percorso sociosanitario e la presa in carico, in base ad un protocollo di intesa fra l'AUSL e i Comuni.

- In relazione al bisogno ed alla domanda socio-sanitaria viene ricostituita l'offerta dei servizi socio-sanitari integrati attraverso la definizione di specifici percorsi concretizzabili in specifici servizi integrati (Servizio anziani, servizio disabili, servizio salute mentale, servizio tossicodipendenti, ecc.);

- costituzione della unità di valutazione integrata, composta da personale degli enti locali e della AUSL, con compiti di valutazione e diagnosi dei singoli casi e di definizione di un progetto personalizzato;

- definizione dei criteri per l'individuazione, tra il personale degli enti locali e della AUSL, di un responsabile della presa in carico per ogni utente dei servizi socio-sanitari.

- regolamentazione dell'accesso, della presa in carico degli utenti e dell'erogazione dei servizi;

Integrazione finanziaria

* La programmazione delle risorse finanziarie destinate ad attuare gli interventi e i servizi sociosanitari integrati comporta una programmazione finanziaria congiunta fra comuni singoli e associati ed AUSL, sulla base del costo delle singole prestazioni socio-sanitarie afferenti gli interventi e servizi previsti dalla programmazione locale socio-sanitaria.

* Al fine di realizzare una programmazione finanziaria congiunta, i comuni associati in ambiti territoriali ed AUSL di riferimento sono tenuti a procedere alla analisi

delle prestazioni, degli interventi e delle spese in precedenza sostenute da ciascuna delle parti, per verificarne l'utilità in termini di costi benefici ed individuare le soluzioni alternative più adeguate per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e assicurare la efficacia e la qualità del sistema di offerta, nonché la capacità finanziaria.

* Per realizzare un'efficace gestione finanziaria, i comuni associati in ambiti territoriali e l'AUSL individuano forme comuni di contabilità e rendicontazione per ciascuna delle prestazioni e degli interventi sociosanitari programmati specificando per le singole istituzioni - comuni associati ed AUSL - le rispettive quote di compartecipazione per l'attuazione dei livelli essenziali assistenziali socio-sanitari.

Gli accordi di programma nelle regioni

Allo stato attuale, secondo una costante analisi dei pro-

cessi di integrazione socio-sanitaria condotta dal sottoscritto, in particolare sono due le Regioni che hanno portato avanti la metodologia degli Accordi di Programma che potrebbero essere indicati come prototipali rispetto ad una loro diffusione anche nelle altre realtà regionali: La Toscana e l'Emilia Romagna.

In particolare gli Accordi di Programma hanno interessato specifiche aree di intervento: le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti, le persone affette da Alzheimer.

I termini degli Accordi, così come stipulati, hanno consentito la sintesi sopra indicata intorno alla individuazione della metodologia concertata.

Il testo degli Accordi di Programma, è disponibile sul sito di www.istisss.it, alla specifica voce: Accordi di programma.