

Prestazioni e servizi sociosanitari. La normativa nazionale

Franco Pesaresi
(Comune Ancona, Anoss)

Moie di Maiolati (An) 9 marzo 2010
Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

1

Perché l'integrazione

- Lo stato di salute e la sua evoluzione sono fortemente influenzati dalla condizione sociale delle persone. La condizione sociale è fortemente influenzata dallo stato di salute.
- Il costante aumento di patologie cronico-stabilizzate, cronico-degenerative, richiede lo sviluppo di una rete di servizi socio-sanitari. La qualità dei servizi dipende dalla organizzazione di servizi integrati.
- La mancata integrazione dei due sistemi non solo produce disservizi e sprechi ma mina la valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato.

2

1° parte

IN EUROPA

3

OMS Europa

- Nel 1998 l'OMS Europa ha approvato il programma «Salute21» che definisce i 21 obiettivi da raggiungere entro il 2020 per la promozione della salute.
- Obiettivo 15: continuità delle cure e servizi integrati.
- Integrazione fra servizi sanitari diversi ma anche fra il sociale e il sanitario.

4

L'integrazione in Europa

- Il tema dell'integrazione è importante anche negli altri paesi europei.
- Si è sviluppata soprattutto nell'assistenza agli anziani.
- Ministeri della sanità e degli affari sociali separati (eccetto Finlandia, Irlanda).
- I servizi socio-sanitari, in genere, sono regolati e forniti localmente.

5

Chi gestisce l'integrazione in Europa?

I MODELLI

1. I comuni
2. Le agenzie sanitarie
3. I comuni e le agenzie sanitarie mediante accordi

6

Modello 1: Competenze trasferite ai comuni

- In alcuni paesi Europei alcune attività sanitarie (soprattutto per gli anziani) sono state trasferite ai comuni.
- In Svezia i comuni gestiscono (le risorse per) tutte le strutture residenziali e semiresidenziali per gli anziani. Se la Contea è d'accordo anche tutti i servizi domiciliari sanitari.
- In Norvegia e Danimarca i comuni gestiscono i servizi sociali e sanitari (primary care) distrettuali e residenziali.
- In Inghilterra dal 1993 i servizi sociali e sanitari domiciliari e residenziali per gli anziani sono stati trasferiti ai comuni.
- La Costituzione italiana permette alle regioni di decidere in questo senso.

7

Modello 2: Competenze trasferite alle agenzie sanitarie

- In Olanda una serie di prestazioni sociali per anziani e disabili sono poste in capo al settore sanitario.
- La legge sulle «spese mediche eccezionali» copre buona parte delle cure di lungo termine sociali e sanitarie come l'assistenza residenziale e domiciliare per anziani e disabili.

8

Modello 3. Accordi fra comuni ed enti sanitari

- Italia, con i protocolli di intesa.
- Altri paesi europei.

9

Un responsabile: il case manager/1

- Esperienza nata negli USA negli anni '70 e diffusa in Gran Bretagna dagli anni '80 nei settori della salute mentale, dell'assistenza ai minori e agli anziani.
- Il case management ha varie (3) forme: la più conosciuta è quella definita «imprenditoriale» e cioè del «responsabile del caso».

10

Un responsabile: il case manager/2

- Nella esperienza inglese il case manager, spesso assistente sociale,:
 - Valuta i bisogni dell'assistito;
 - Costruisce il piano assistenziale personalizzato;
 - Attua il piano integrando le risorse sociali e sanitarie;
 - Controlla che l'integrazione dei servizi prestati sia effettiva;
 - Valuta gli esiti delle prestazioni ed eventualmente aggiusta il piano assistenziale personalizzato.
- Nel lavoro del case manager molta enfasi si pone sull'integrazione dei servizi.

11

L'esperienza europea del case manager

- esperienza inglese: Aspetti positivi:
 - controllo dei costi;
 - Miglioramento qualità della vita degli anziani n.a.;
 - Risposte flessibili.
- Aspetti negativi:
 - Modalità rigide e burocratiche di implementazione;
 - Risorse inadeguate;
 - Volontà politica di utilizzare i c.m. per contenere la spesa.
- Il case management, pur con differenze, si è molto diffuso anche in Olanda e nei paesi scandinavi. In Germania, Austria, Italia e Francia è presente come sperimentazione.

12

IN ITALIA

13

2° parte

Quali sono le prestazioni socio-sanitarie?

Fonte: D. Lgs. 229/1999, DPCM 14/2/2001 , DPCM 29/11/2001

14

Definizione

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività **atte a soddisfare bisogni di salute**, mediante **percorsi assistenziali integrati**, 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.

15

Classificazione delle prestazioni socio-sanitarie

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono le:

1. **Prestazioni sanitarie** a rilevanza sociale;
2. **Prestazioni socio-sanitarie** ad elevata integrazione sanitaria;
3. **Prestazioni sociali** a rilevanza sanitaria.

16

1. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

- Prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad eventuali interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.
- Di competenza delle ASL (p.e. prestazioni consultoriali, assistenza in comunità ai tossicodipendenti)
- Finanziate dal fondo sanitario
- Non è prevista la partecipazione alla spesa di utenti/comuni

17

2. Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria

- Prestazioni (delle aree materno-infantile, anziani, disabili, psichiatria, dipendenze, ecc.) attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto sui risultati dell'assistenza e dalla **preminenza** dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza.
- Finanziate dalle ASL (p.e. assistenza residenziale n.a.)
- Nelle fasi estensive o di lungoassistenza
- Possono prevedere la partecipazione alla spesa di utenti/comuni in base a criteri regionali.

18

2. Quali sono le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria?

Prestazione socio-sanitaria	Beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie			
Aiuto infermieristico e assistenza tutelare domiciliare	Anziani ed altre persone in ADI			
Assistenza semiresidenziale	Anziani	Disabili gravi		
Assistenza residenziale	Anziani	Disabili gravi Disabili privi di sostegno familiare	Persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale	Persone affette da AIDS

3. 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.
- Di competenza dei comuni
- Finanziate dai comuni
- Di norma non è prevista la spesa delle ASL
- I comuni possono prevedere la partecipazione alla spesa degli utenti in base a criteri regionali.

20

3° parte

L'accesso alle prestazioni sociosanitarie

21

L'accesso alle prestazioni sociosanitarie

- L'accesso alle prestazioni avviene solo dopo:
 - la valutazione multidimensionale della persona da assistere
 - e la conseguente elaborazione del progetto personalizzato
 - che può contenere la previsione di una o più prestazioni socio-sanitarie da erogare.

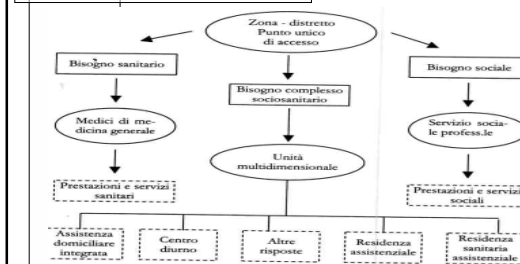
22

L'unità valutativa multiprofessionale

- Purtroppo la norma nazionale l'unità valutativa la chiama multiprofessionale e non multidimensionale privilegiando la composizione piuttosto che la funzione.
- **L'Unità valutativa multiprofessionale :**
 - Definisce il piano di intervento individualizzato con le prestazioni da erogare;
 - Definisce la collocazione dell'intervento nelle varie fasi (intensiva, estensiva, ecc.) e la loro durata;
 - definisce eventualmente il passaggio ad una nuova fase tenendo comunque conto della durata massima di ogni fase.

23

Il modello finale



24

Chi paga le prestazioni sociosanitarie?

25

Chi paga per gli anziani non autosufficienti? 2003 Italia

Spesa complessiva stimata in 15.824 milioni di euro

(indennità di accompagnamento, badanti, ADI, SAD, altri servizi domiciliari, contributi economici per assistenza sanitaria, assegni di cura e voucher, assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale)

Famiglie	Stato	ASL	Comune	Altri	Totale
47,8%	26,4%	18,6%	5,2%	2,0%	100%
Solo ADI, SAD, assistenza semiresidenziale, assistenza residenziale					
38,7%	0%	45,2%	11,0%	5,1%	100%

26

Chi paga per l'assistenza residenziale? - 2004

Tipologia di presidio	Famiglie	ASL	Comune
Residenza assistenziale	61%	26%	13%
Residenza socio sanitaria	49%	42%	9%
RSA	40%	52%	8%
Totale	47%	44%	9%

27

La ripartizione della spesa

- La ripartizione della spesa per le prestazioni sociosanitarie poggia su tre soggetti: sanità, famiglie e comuni.
- Sono soprattutto le politiche regionali e comunali a determinare la quota di spesa dei tre soggetti.
- La ripartizione della spesa attiene al tema strategico del finanziamento delle prestazioni.

28

Le politiche per il finanziamento

- Con le politiche per il finanziamento dei servizi si possono perseguire una pluralità di obiettivi, come:
 - Ricerca equilibrio finanziario;
 - Promozione di alcuni servizi o loro disincentivazione;
 - Sostenere famiglie e, al loro interno, alcuni gruppi particolari (poveri, famiglie con disabili ecc.);
 - Promuovere integrazione sociosanitaria;
 - Ecc.

29

La suddivisione della spesa fra sociale e sanitario

- La suddivisione della spesa fra sociale e sanitario è stata stabilita dai DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 che hanno bisogno di recepimento regionale. Sono le regioni che stabiliscono le regole per la suddivisione della spesa.
- Le norme prevedono:
 1. Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: non c'è compartecipazione alla spesa dell'utente.
 2. Prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria: ci può essere la partecipazione alla spesa dell'utente;
 3. Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: ci può essere la compartecipazione alla spesa dell'utente.

30

Oneri delle prestazioni socio-sanitarie <small>(nazionale)</small>	
1. Prestazioni in fase intensiva: Oneri 100% sanità.	
2. Prestazioni in fase estensiva: Oneri 100% sanità, con eccezioni (centri diurni, ADI).	
3. Prestazioni in fase di lungoaassistenza: Partecipazione alla spesa di utenti/comune. (p.e. anziani: 50%)	

31

5° parte	
Quali sono gli elementi che definiscono le prestazioni socio-sanitarie?	

32

Gli elementi delle prestazioni socio-sanitarie				
Natura del bisogno.	Intensità dell'intervento assistenziale	Complessità dell'intervento assistenziale	Durata dell'intervento	Oneri a carico del SSR
Definizione con valutazione:				
Delle funzioni psicofisiche	Fase intensiva	Elevata complessità	Breve e definita	100%
Della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni	Fase estensiva	Minore	Media o prolungata ma definita	70%
Delle modalità di partecipazione alla vita sociale	Fase di lungoaassistenza		Di lungo periodo o permanente	50%
Dei fattori di contesto ambientale e familiare				40%

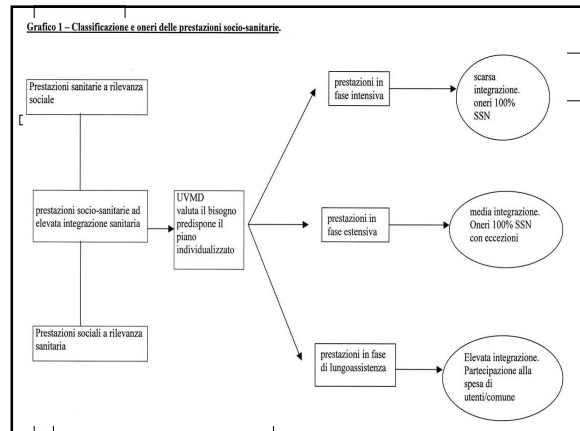
Le fasi dell'assistenza	
Un elemento molto importante è costituito dalla intensità dell'intervento assistenziale (anche ai fini della definizione di chi si fa carico della spesa).	
<ul style="list-style-type: none"> La fase intensiva è caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, da un'elevata complessità dell'intervento e da una durata breve e definita. La fase estensiva è caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da una durata dell'intervento media o prolungata ma comunque definita. La fase di lungoaassistenza è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento nel lungo periodo o permanentemente. 	

34

Prestazioni in fase intensiva				
natura del bisogno	intensità dell'intervento assistenziale	complessità dell'intervento assistenziale	durata dell'intervento	oneri del SSR
Le prestazioni sono definite con progetti personalizzati sulla scorta di valutazioni multidimensionali che tengono conto: a) delle funzioni psicofisiche; b) della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) delle modalità di partecipazione alla vita sociale; d) dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.	Fase intensiva: caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico.	Elevata complessità con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.	Breve e definita.	100% a carico del SSN tutte le prestazioni. (*Non vengono inserite le prestazioni di auto-informatico dell'ADI e di assistenza semiresidenziale per anziani in fase intensiva il cui onere per il SSN sarebbe del 50% per le argomentazioni riportate nel testo).

Prestazioni in fase estensiva				
natura del bisogno	intensità dell'intervento assistenziale	complessità dell'intervento assistenziale	durata dell'intervento	oneri del SSR
Le prestazioni sono definite con progetti personalizzati sulla scorta di valutazioni multidimensionali che tengono conto: a) delle funzioni psicofisiche; b) della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) delle modalità di partecipazione alla vita sociale; d) dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.	Fase estensiva: caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica a fronte di un programma assistenziale.	Minore intensità con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.	Media o prolungata ma definita.	100% a carico del SSN tutte le prestazioni per persone con problemi psichiatrici, minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico, tossicodipendenti, malati terminali, persone con infezione da HIV, disabili (con una eccezione) e i disabili con responsività minimale. 100% a carico del SSN le prestazioni residenziali per anziani. 70% a carico del SSN le prestazioni semiresidenziali per i disabili gravi. 50% a carico del SSN le prestazioni di assistenza semiresidenziale e di assistenza tutelare dell'ADI per gli anziani. (Non vengono inserite le prestazioni residenziali per i disabili gravi (70% SSN) e per i disabili gravi di sostegno familiare (40% SSN) per le argomentazioni riportate nel testo).

Prestazioni in fase di lungoassistenza				
natura del bisogno	intensità dell'intervento assistenziale	complessità dell'intervento assistenziale	durata dell'intervento	oneri del SSR
Le prestazioni sono definite con progetti personalizzati sulla scorta di valutazioni multidimensionali che tengono conto: a) delle funzioni psicofisiche; b) della natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; c) delle modalità di partecipazione alla vita sociale; d) dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.	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.	Non definita.	Di lungo periodo o permanente	100% a carico del SSN tutte le prestazioni per persone con problemi psichiatrici (escluse strutture a bassa intensità assistenziale), minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico, malati terminali e disabili a responsività minimale. 70% a carico del SSN le prestazioni residenziali e semiresidenziali per i disabili gravi. 70% a carico del SSN le prestazioni residenziali per le persone con infezione da HIV. 80% a carico del SSN le prestazioni di assistenza residenziale, semiresidenziale e di assistenza tutelare dell'ADI per gli anziani. 40% a carico del SSN le prestazioni residenziali per i disabili privi del sostegno familiare. 40% a carico del SSN le prestazioni residenziali (in strutture a bassa intensità assistenziale) per le persone con problemi psichiatrici.



Prestazioni socio-sanitarie e quota di spesa sociale				
Prestazione socio-sanitaria	Beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie			
Aiuto infermieristico e assistenza tutelare domiciliare	Anziani ed altre persone in ADI (50% in fase estensiva e di lungoass.)			
Assistenza semiresidenziale	Anziani (50% estensiva e di lungoass.)	Disabili gravi (30% estensiva e di lungoass.)		
Assistenza residenziale	Anziani (50% in fase di lungoass.)	Disabili gravi (30% fase di lungoass.) Disabili privi di sostegno familiare (60% fase di lungoass.)	Persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale (60% fase di lungoass.)	Persone affette da AIDS (30% fase di lungoass.)

Quanto durano le singole fasi?

- Fase intensiva: max 120 giorni
- Fase estensiva: max 240 giorni
- Fase di lungoassistenza: Senza limiti (ma non può iniziare più tardi del 241° giorno di assistenza).

(Fonte: Linee guida sulla riabilitazione)

40

L'aiuto infermieristico dell'ADI

- Secondo il DPCM sui LEA, nell'ADI, le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona sono poste per il 50% a carico dell'utente o del comune.
- Che cosa è l'aiuto infermieristico? Esse non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale (Tavolo monitoraggio LEA).
- Per cui i comuni non partecipano alla spesa dell'assistenza infermieristica ma solo per l'assistenza tutelare e nella misura del 50%.

41

6° parte

Come gestire l'integrazione sociosanitaria?

42

La gestione

L'integrazione sociosanitaria va attuata e verificata a tre livelli:

- **istituzionale**
- **gestionale**
- **professionale**

43

L'integrazione istituzionale/1

- Nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (ASL, comuni, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute.
- **Integrazione politica:**
 - Regione: assessorato unico sociale e sanitario (raro) e piani sociosanitari (rari), conferenza reg. sociosanitaria (inutile?)
 - locale/comunale: Comitato di distretto
- **Azioni:** definizione obiettivi di salute; definizione delle risorse; valutazione dei risultati.

44

L'integrazione istituzionale/2

- Il luogo dell'integrazione è il distretto che è la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni. I suoi strumenti sono le convenzioni, gli accordi di programma, le deleghe, i protocolli di intesa, ecc.
- **I modelli:**
 - Delega delle funzioni comunali alle ASL (Veneto)
 - Gestione comunale dei servizi sociali con protocolli di intesa con ASL per integrazione (E. Romagna)
 - Consorzi comuni/ASL per la gestione unitaria delle prestazioni sociosanitarie (Toscana: società della salute)
 - Ignorato il problema dell'integrazione (alcune regioni del sud)

45

L'integrazione gestionale/1

- L'integrazione gestionale si esplicita nel rapporto operativo instaurato tra gli enti incaricati di realizzare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali. Trova fondamento nel coordinamento dei processi assistenziali e nella unificazione delle risorse.
- **Numerose forme di gestione delle attività sociosanitarie:** gestione per conto (delega), costituzione di azienda "sociale" (consorzio, azienda speciale, ecc.)

46

L'integrazione gestionale/2

- L'integrazione gestionale ha bisogno di un territorio di riferimento che sia lo stesso per il distretto sanitario e per l'ambito sociale. Essa si realizza nel distretto/ambito e/ o nei singoli servizi del distretto.
- Oggi in Italia ci sono 744 distretti sanitari e 718 ambiti sociali. La coincidenza c'è nella maggioranza delle regioni fra cui anche le Marche.

47

L'integrazione professionale

- Fa riferimento al rapporto tra operatori sanitari e socioassistenziali e si basa sulla consapevolezza che per realizzare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari è necessario il lavoro congiunto degli operatori dei due settori.
- **Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono:**
 - La costituzione di unità valutative integrate
 - La gestione unitaria della documentazione
 - La valutazione dell'impatto economico delle decisioni
 - La definizione delle responsabilità nel lavoro integrato
 - La continuità terapeutica tra ospedale e distretto sanitario/ambito sociale.
 - La predisposizione di percorsi assistenziali appropriati.

Le tre tipologie di integrazione vanno implementate, sviluppate, per far funzionare l'integrazione sociosanitaria.

48

7° parte

I NUOVI LEA

Ancora non approvati

49

I NUOVI LEA

- I nuovi LEA non sono stati ancora approvati. Ma potrebbero esserlo in futuro.
- Cosa c'è nei nuovi LEA?
 - Maggiore attenzione a tutta l'area sociosanitaria;
 - Viene prevista – come norma – l'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e sociali;
 - CURE DOMICILIARI: recepita nuova organizzazione e classificazione delle prestazioni (documento 2006 Commissione LEA); Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionali che consentano la definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI) sociosanitario integrato.
 - RESIDENZIALE e semiresidenziale per anziani: Quota sanitaria elevata al 60% per pazienti con demenza;
 - Ecc.

50

8° parte

L'APPLICAZIONE DELLE REGIONI

51

La suddivisione regionale degli oneri

Assistenza anziani: oneri a carico del sociale (solo 8 regioni)

Assistenza	Fase intensiva	Fase estensiva	Fase di lungoassistenza
Domiciliare	40-50% dell'assistenza tutelare	40-50% dell'assistenza tutelare	40-50% dell'assistenza tutelare
Semiresidenziale		50% del costo complessivo	50% del costo complessivo
residenziale	0% del costo	0-50% del costo	50% del costo

52

Particolarità regionali

(esempi sull'assistenza agli anziani)

- Telesoccorso/teleassistenza a totale carico del SSR in Veneto
- Assegno di cura a totale carico del SSR in Umbria e Veneto
- Assistenza tutelare dell'ADI fino al 60% a carico del SSR in Calabria, Veneto e Toscana. 100% in Piemonte nelle fasi intensive ed estensive.
- Centri diurni dal 50% al 75% a carico del SSR in Toscana
- Assistenza residenziale dal 50% al 54% a carico del SSR in Piemonte.

53

Partecipazione alla spesa nelle varie fasi

- Modelli regionali non sempre lineari. In qualche caso si chiede una partecipazione alla spesa in fase intensiva ed estensiva tradizionalmente assegnate totalmente al SSN. Solo nella fase di lungoassistenza, andrebbe invece richiesta una partecipazione alla spesa da parte dell'utente per le funzioni alberghiere.
- La suddivisione degli oneri delle prestazioni fra il sociale e il sanitario incide molto sugli oneri messi a carico alle famiglie e sullo sviluppo dei servizi. Alcune regioni hanno innovato.

54

9 REGOLE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

REGOLA 1

1. Le regioni stabiliscano le regole dell'integrazione.

- Solo 8 regioni hanno definito le regole dell'integrazione e ripartito i costi fra i vari soggetti, recependo con modificazioni il DPCM 29/11/2001.
- Senza le regole non si creano le condizioni per lo sviluppo locale dell'integrazione sociosanitaria.

REGOLE 2 e 3

2. Le regioni devono coinvolgere gli enti locali nella definizione dei criteri per l'integrazione.

La regolazione sociosanitaria delle regioni ha un impatto finanziario sui comuni per cui ha bisogno di un livello sufficiente di consenso comunale.

3. Gli incentivi finanziari regionali sono gli strumenti più potenti per implementare l'integrazione sociosanitaria.

REGOLE 4 e 5

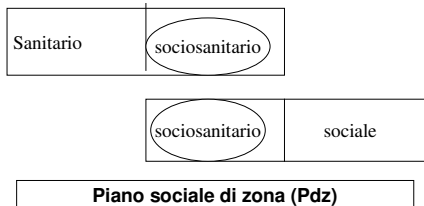
4. L'integrazione si realizza a livello di ambito territoriale sociale coincidente con i distretti sanitari.

A questo livello coincidono i livelli di pianificazione, tutti i comuni possono avere rappresentanza, c'è il livello operativo di integrazione dei servizi.

5. L'integrazione si realizza se gli strumenti di programmazione locale dei comuni e del distretto sanitario perseguono la medesima strategia. Occorre rendere unitario il processo programmatico del programma delle attività territoriali (PAT) con il piano sociale di zona (PDZ).

REGOLA 5

Programma delle attività territoriali (PAT)



REGOLE 6 e 7

6. L'integrazione si realizza se la valutazione dei bisogni viene effettuata in modo integrato. Gli organismi (UVM) che decidono l'assistenza integrata devono veder rappresentati i due enti (Comune e ASL).

7. Quando le prestazioni erogate agli utenti dipendono da due enti diversi occorre che qualcuno si assuma la responsabilità di coordinare gli interventi sui singoli cittadini.

Laddove serve, per ogni assistito, occorre nominare il **case manager** con il compito di coordinare gli interventi, valutarne gli effetti, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito.

REGOLE 8

8. Gli accordi fra comuni e ASL sull'integrazione sociosanitaria devono ricercare elevati livelli di analiticità
(chi, che cosa, come, quando).

61

REGOLA 9

9. Per una efficace integrazione sociosanitaria occorre innovare come hanno fatto diverse nazioni europee.

- Alcune nazioni hanno trasferito in capo ad una unica amministrazione la gestione delle prestazioni sociosanitarie: Svezia e Finlandia ai comuni; Regno Unito ai comuni (ass. residenziale e domiciliare anziani), in Danimarca ass. domiciliare ai comuni.
- Queste ed altre innovazioni, con la legislazione attuale, sono possibili per le regioni italiane. Coraggio!!

62

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



63