

Prestazioni e servizi sociosanitari. La normativa nazionale

Franco Pesaresi
(Anoss)

Moie di Maiolati (An) 13 marzo 2009
Gruppo Solidarietà – www.grusol.it

1

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

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

L'integrazione socio-sanitaria

(secondo l'OMS)

- Con l'integrazione si sviluppa il coordinamento di più attività per migliorare l'allocazione delle risorse, le modalità di funzionamento dei servizi prestati.
- L'integrazione socio-sanitaria può avvenire fra servizi/soggetti sanitari diversi e/o fra componenti sanitarie e sociali.
- Qui, ci occupiamo di questo secondo aspetto.

5

1° parte

IN EUROPA

3

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.

6

Chi gestisce l'integrazione in Europa?

I MODELLI

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

7

3. Accordi fra comuni ed enti sanitari

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

10

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.

8

Esperienze di integrazione

- Francia: *reseaux de santé*
- Olanda: catene di assistenza sanitaria
- Inghilterra: primary care group
- Spagna, Catalogna: Centre d'atenció primària
- Finlandia: municipal health centres

11

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.

9

Europa: la valutazione dei bisogni assistenziali/1

- Per l'efficacia dell'integrazione socio-sanitaria decisivo è il momento della valutazione dei bisogni.
- Orientamento prevalente: affidare il compito a équipe di valutazione multidisciplinari locali composte da professionisti della sanità e dei servizi sociali.

12

Europa: la valutazione dei bisogni assistenziali/2

- Le équipes hanno il compito di determinare il diritto ai servizi e di definire il piano di assistenza personalizzato.
- Seguono questo orientamento: Finlandia (team comunale), Olanda, Lussemburgo, Inghilterra.
- Meno frequenti le valutazioni a cura dei soli servizi sociali comunali (Svezia, Norvegia, Grecia).

13

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.

16

La valutazione dei bisogni assistenziali/3

- L'integrazione deve partire dall'inizio dei processi e quindi dal momento della valutazione.
- La valutazione multidimensionale eseguita dai vari professionisti (sanitari e sociali) garantisce una analisi ed una proposta globale.
- La presenza dei due enti (sociale e sanitario) garantisce la collaborazione e la condivisione dei piani assistenziali e delle spese collegate.

14

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.

17

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 e 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».

15

IN
ITALIA

18

2° parte

Quali sono le prestazioni sociosanitarie?

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

19

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

22

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.

20

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.

23

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 sociale** a rilevanza sanitaria.

21

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.

25

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.

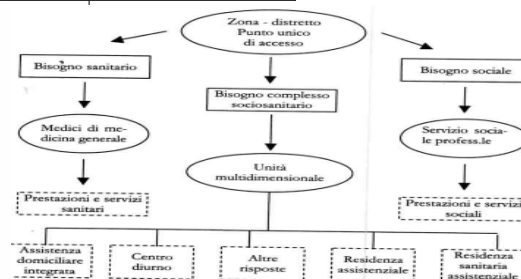
28

3° parte

L'accesso alle prestazioni sociosanitarie

26

Il modello finale



29

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.

27

4° parte

Chi paga le prestazioni sociosanitarie?

30

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%

31

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.

34

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%

32

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.

35

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 poi anche locali a determinare la quota di spesa dei tre soggetti.
- La ripartizione della spesa attiene al tema strategico del finanziamento delle prestazioni.

33

Oneri delle prestazioni sociosanitarie (nazionale)

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 lungoassistenza: Partecipazione alla spesa di utenti/comune. (p.e. anziani: 50%)

36

5° parte

Quali sono gli elementi che definiscono le prestazioni sociosanitarie?

37

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 dell'intervento 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-informistico 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).

Gli elementi delle prestazioni sociosanitarie

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 lungoassistenza		Di lungo periodo o permanente	50%
Dei fattori di contesto ambientale e familiare				40%

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 da richiedere una presa in carico specifica in un programma assistenziale.	Minore intensità terapeutica 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 responsabilità minima. 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 privi di sostegno familiare (60% SSN) per le argomentazioni riportate nel testo).

Le fasi dell'assistenza

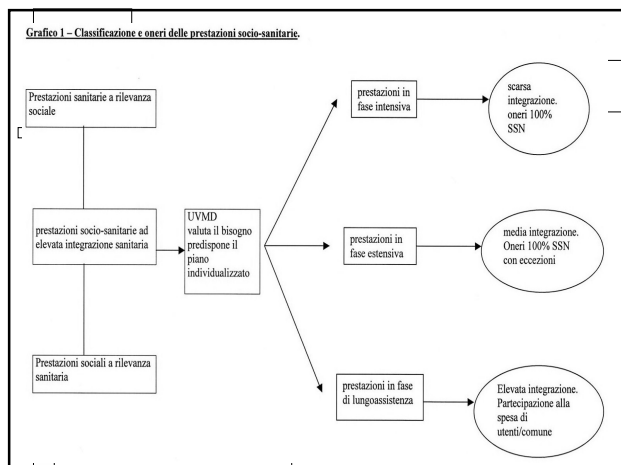
Un elemento molto importante è costituito dalla intensità dell'intervento assistenziale (anche ai fini della definizione di chi si fa carico della spesa).

- 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 lungoassistenza è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento nel lungo periodo o permanentemente.

39

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, tossicodipendenti, malati terminali e disabili a responsabilità minima. 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. 50% 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.



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%.

46

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 ADL (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.)	Persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale (60% fase di lungoass.)	Persone affette da AIDS (30% fase di lungoass.)

6° parte

Come gestire l'integrazione sociosanitaria?

47

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)

45

La gestione

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

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

48

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 sanitari (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.

49

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 839 distretti sanitari e 718 ambiti sociali. La coincidenza c'è in 13 regioni fra cui anche le Marche.

52

L'integrazione istituzionale/2

- Il luogo 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)

50

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, strutture residenziali 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.

53

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.)
- Per lo sviluppo dell'integrazione gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e il lavoro per progetti.

51

7° parte

L'APPLICAZIONE DELLE REGIONI

54

La suddivisione regionale degli oneri sociali e sanitari

Assistenza sanitaria per gli anziani (solo 8 regioni)

Assistenza	Fase intensiva	Fase estensiva	Fase di lungoassistenza
Domiciliare	50-60% dell'assistenza tutelare	50-60% dell'assistenza tutelare	50-60% dell'assistenza tutelare
Semiresidenziale		50% del costo complessivo	50% del costo complessivo
residenziale	100% del costo	50-100% del costo	50% del costo

55

8° parte

8 REGOLE PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

58

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.

56

REGOLA 1

1. 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!!

59

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.

57

REGOLA 2

2. 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.

60

REGOLE 3 e 4

3. 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).

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

61

REGOLE 6, 7 e 8

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

7. 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.

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

62

REGOLA 5

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).

62

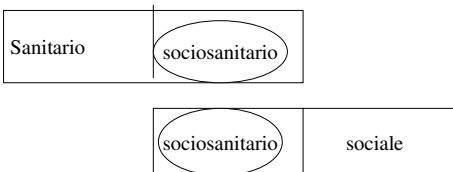
GRAZIE PER L'ATTENZIONE



65

REGOLA 5

Programma delle attività territoriali (PAT)



Piano sociale di zona (PdZ)

63