

REGIONE CAMPANIA

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

LINEE GUIDA

per la programmazione dei servizi socio-sanitari integrati
da parte delle Aziende Sanitarie Locali e degli Enti Locali
della Regione Campania

REGIONE CAMPANIA

LINEE GUIDA SULLA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Premessa

A seguito del Dlgs n. 229/99 recante “*Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale*”, della emanazione della legge n. 328/2000 recante “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”, nonché del DPCM del 14.2.2001 recante “*Atto d’indirizzo e coordinamento sull’integrazione socio-sanitaria*” e dell’ *Accordo Stato Regioni del 22 Novembre sui LEA sanitaria*, si rende necessario la predisposizione di prime Linee Guida finalizzate alla definizione di contenuti, percorsi e metodologie condivise, circa le prestazioni di carattere socio-sanitario

Le linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali (DGRC n. 1826/01), la emanazione dei *Principi e criteri direttivi per l’adozione dell’Atto Aziendale* (DGRC n. 1364/01) e l’approvazione del *Piano Sanitario Regionale* (legge regionale n. 10 del 11.07.2002) hanno iniziato un percorso di ridefinizione degli assetti organizzativi territoriali e fornito un quadro normativo più completo ai fini della pianificazione e riorganizzazione degli interventi a carattere sociale , sanitario e socio-sanitario

Con la DGRC n. 3890 del 2 agosto 2002, la Giunta Regionale, intervenendo in merito all’Accordo Stato-Regioni del 22.11.01 e al DPCM 29.11.01 in materia di prestazioni socio-sanitarie, ha pertanto impegnato congiuntamente i tre assessorati alla Sanità alle Politiche Sociali ed agli Enti Locali, con il supporto della Commissione Regionale per l’integrazione socio-sanitaria, ad un più organico ed unitario livello di programmazione per il conseguimento di alcuni rilevanti obiettivi prioritari di integrazione socio-sanitaria (definizione di una più compiuta disciplina regionale dei LEA socio-sanitari e di una complessiva programmazione sociale e sanitaria), attraverso l’elaborazione *in progress* di un insieme di atti specifici.

Tra questi, **la definizione di linee guida regionali integrate per la programmazione dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie** riveste cruciale importanza per la funzione di accompagnamento ed indirizzo per la programmazione locale, finalizzata ad indirizzare ed impegnare Comuni e AA.SS.LL. a trovare adeguati livelli di intesa per una programmazione socio-sanitaria locale omogenea e coerente nei Piani di Zona e nei Programmi delle Attività Territoriali dei distretti.

Ai sensi dell’ art. 3-quater DLgs. 229/99, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

A loro volta i Comuni, cui il DLgs. 229/99 già attribuiva un significativo ruolo nella programmazione socio-sanitaria territoriale, dalla legge 328/00 sono stati definiti come attori principali del ridisegno del sistema integrato territoriale dei servizi sociali. In questo nuovo sistema di welfare, come indicato nelle linee di programmazione sociale regionale,

gli interventi socio-sanitari rappresentano un impegno ineludibile degli enti locali a garanzia di diritti che presuppongono la centralità e l'univocità della persona, e che richiedono, per trovare appropriata ed adeguata risposta, la definizione di percorsi unitari di accoglimento della domanda, di presa in carico e di intervento.

L'Integrazione Socio-Sanitaria rappresenta certamente un'opzione strategica nell'attuale scelta della Regione Campania di Federalismo Solidale degli Enti Locali .

Essa va attuata determinando: una concreta integrazione e sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari, il potenziamento delle politiche sociali dei Comuni attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/00 e la promozione nelle AA.SS.LL. di una riconversione graduale della spesa a favore della Sanità Territoriale (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc).

Ciò è necessario anche a causa di una molteplicità di fattori (progressivo invecchiamento della popolazione ed aumento della cronicità, maggiore diffusione del disagio, aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, maggiore attesa di benessere, ecc.), che determinano un massiccio aumento della domanda di prestazioni socio-sanitarie. Diventa allora di primaria importanza un riequilibrio della spesa a favore delle aree socio-sanitarie ed una maggiore integrazione tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

L'integrazione socio-sanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti, come è facilmente comprensibile, consentirebbe l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie. Basti pensare, ad esempio, a quanti pazienti disabili di lieve-medio grado, con bisogni prioritari sociali di vitto, alloggio, socializzazione, sono invece impropriamente ospitati in strutture sanitarie istituzionalizzanti e ad alto costo. In questi casi più adeguati interventi sociali consentirebbero contemporaneamente una riduzione della spesa complessiva e risposte più appropriate ed incisive.

L'Integrazione Socio-Sanitaria è pertanto una opzione strategica, sia da un punto di vista istituzionale che gestionale e professionale, in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, che non possono essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate sanitarie e sociali.

Le linee guida regionali sui Piani di Zona e sull'Atto Aziendale ed il Piano Sanitario Regionale, pur avendo determinato indicazioni per un quadro più organico delle Politiche Sociali e della Sanità hanno fornito soltanto prime indicazioni per l'integrazione socio-sanitaria.

Di conseguenza gli atti aziendali delle AA.SS.LL. ed i piani di zona dei Comuni non prevedono ancora assetti interni, coerenti con gli obiettivi dell'integrazione socio-sanitaria così come per un loro governo unitario.

Le presenti Linee guida, pertanto, modificano ed integrano le linee guida per l'Atto Aziendale e danno indicazioni in materia socio-sanitaria per la formulazione dei Piani Attuativi Locali e dei Programmi di Attività Territoriali da parte delle AA.SS.LL., così come per la definizione dei Piani di Zona da parte dei Comuni.

Esse trattano aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria, utili per la programmazione dei servizi.

Seguiranno a breve altre linee guida, relative alle prestazioni socio-sanitarie, iniziando dalle macro-aree e dalle prestazioni per le quali è prevista una compartecipazione di

spesa da parte delle AA.SS.LL. e dei Comuni, spingendosi successivamente alle altre prestazioni dell'area, per investire infine le macro-aree nelle quali non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa.

La Regione Campania attribuisce importanza prioritaria all'attenzione che i PdZ e i PAT dedicheranno all'integrazione sociosanitaria, e impegna pertanto ASL e Comuni a declinare in termini efficaci, concreti, specifici i contenuti di queste linee guida relativamente ai loro contesti territoriali.

Gli Assessorati alla Sanità alle Politiche Sociali, agli Enti Locali, s'impegnano ad assumere quale requisito essenziale di valutazione dei P.A.T. e dei P.d.Z., l'attenzione dedicata in essi alla programmazione socio-sanitaria, raccordando le rispettive programmazioni.

1. Prestazioni sociosanitarie, aree prioritarie di intervento e indirizzi di programmazione

L'integrazione socio-sanitaria presuppone un approccio unitario alla persona ed ai suoi bisogni, che deve coinvolgere, sin dalla fase di programmazione, le AA.SS.LL., gli Enti Locali ed i soggetti che sul territorio sono "attori" del sistema integrato d'interventi e servizi. E' necessario pertanto, al fine della programmazione, fornire un quadro di riferimento complessivo ed organico delle aree e delle prestazioni interessate.

Il DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 definiscono prestazioni socio-sanitarie "tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Esse comprendono :

- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** : sono tutte le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite (DLgs 229/99, art. 3 septies, comma 2, lettera a). Esse sono di competenza delle AA.SS.LL. e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali (art. 3 DPCM 14.02.2001) ;

- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** : sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lungoassistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi (DPCM 14.02.2001, art. 3, comma 2).

- **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria** : rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate "dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza" .(DPCM 14.02.2001, art 3, comma 3.) e possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali. Attengono prevalentemente alle aree:

- **materno infantile**
- **anziani**
- **handicap**
- **patologie psichiatriche**
- **dipendenza da droga, alcool e farmaci**
- **patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale**
- **inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.**

È opportuno sottolineare che la programmazione degli interventi socio-sanitari da erogare a livello distrettuale da parte delle AA.SS.LL. deve incardinarsi prioritariamente sulle **aree socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria**.

Ciò è in vario modo suggerito dagli stessi riferimenti normativi, quali il PSN 1998-2000¹ la Legge 328/00², la Tabella allegata al DPCM 14.02.2001 e l'allegato 1C del DPCM 29.11.01.

D'altro canto, il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, e di conseguenza le stesse "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali", a loro volta individuano, anche ai fini del riparto del Fondo Sociale Nazionale, le seguenti macro-aree prioritarie di intervento³ :

- **responsabilità familiari**
- **diritti dei minori**
- **persone anziane**
- **contrasto della povertà**
- **disabili (in particolare i disabili gravi)**
- **droghe**
- **avvio della riforma**

Poiché le aree prioritarie di intervento del sistema dei servizi sociali, riferendosi alla complessità del bisogno e degli obiettivi sociali, comprendono una più complessiva articolazione di interventi, non è sempre possibile una loro perfetta corrispondenza con le aree del sistema sanitario.

Così , ad esempio, all'area *Materno-Infantile* del sistema sanitario nazionale corrispondono le macro-aree delle *Responsabilità Familiari* e dei *Minori* nel sistema dei servizi sociale e, in genere, a quella della *Disabilità* nella organizzazione aziendale fanno capo anche gli interventi nei confronti delle patologie di interesse neuropsichiatrico, propri dell'area dei *Minori*. Viceversa, manca tra le aree prioritarie di intervento della pianificazione sociale quella del *Disagio Mentale*, ben distinta da quella della *Disabilità* nella legislazione sanitaria e di grande rilievo all'interno delle "aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria".

E importante tuttavia favorire la complementarietà degli strumenti di pianificazione e raccordare in maniera più puntuale la programmazione sociale con quella sanitaria all'interno degli Ambiti Territoriali, evitando disorientanti discordanze di impianto tra esse.

Ferma restando la suddivisione primaria in aree indicata dalla attuale normativa, si suggerisce allora di distinguere all'interno di alcune specifiche aree della programmazione sanitaria (in particolare il *Materno-Infantile* e la *Disabilità*) sotto-insiemi omogenei di prestazioni (rispettivamente : interventi sulla *Famiglia* e sui *Minori*, nel primo caso; *Handicap* e *Disagio nell'Età Evolutiva*, nel secondo) da poter correlare agevolmente alle

¹ "Nei Piani Regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica ... Sono da considerarsi prioritarie nell'integrazione socio-sanitaria le attività afferenti all'area materno-infantile; handicap; anziani, con particolare riferimento ai soggetti non autosufficienti; salute mentale; tossicodipendenza; condizioni che richiedono un'assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento alle patologie oncologiche e alle infezioni da HIV" (PSN 1998-2000)

² la L. 328/00 quando fa riferimento all'integrazione socio-sanitaria, rinvia generalmente a questa particolare tipologia di prestazioni; così , ad esempio all'art. 3, comma 2, lettera b)

³ Va osservato che l'area relativa all'inserimento degli immigrati non è individuata come area a sé ma si considera ricompresa trasversalmente nelle altre aree, coerentemente con la necessità di riportare i diritti socio-sanitari dei cittadini immigrati in parità con i cittadini italiani

prestazioni corrispondenti della programmazione sociale. Si suggerisce, analogamente, di aggregare, all'interno del vasto campo degli interventi e dei servizi sociali, in maniera autonoma quelli relativi al *Disagio Mentale* e all' *Assistenza Domiciliare*, sì da favorire il raccordo con le corrispondenti aree socio-sanitarie e livelli essenziali di assistenza del sistema sanitario.

All'interno delle singole aree di intervento, rese così più simmetriche, le prestazioni e i livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria di competenza del SSN sono agevolmente individuabili in base alla Tabella allegata al *DPCM 14.02.2001*, all'allegato 1C del *DPCM 29.11.2001* e ad una vasta normativa sanitaria relativa alle specifiche aree di riferimento – vedi, in particolare, i diversi Progetti Obiettivo Tutela della Salute Mentale”, “Anziani”, “Materno-Infantile”, ecc. – peraltro diffusamente citata dai suddetti provvedimenti.

Essi equivalgono all'intera gamma delle prestazioni proprie del SSN nelle succitate aree ad elevata integrazione.

Per quanto concerne invece le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, un utile riferimento è costituito dall'art. 3 comma 2 del DPCM 14.02.01, che include :

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazioni dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica o da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente

Un ulteriore riferimento per la programmazione socio-sanitaria dei piani di zona è dato dallo stesso paragrafo del piano sociale nazionale sul livello essenziale delle prestazioni sociali in cui viene riportata una griglia sulle tipologie di servizi e prestazioni che devono essere programmate e realizzate per rispondere alle esigenze proprie delle aree di bisogno:

- **servizio sociale professionale e segretariato sociale**
- **servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari**
- **assistenza domiciliare**
- **strutture residenziali e semi residenziali per soggetti con fragilità sociali**
- **centro di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario**

Sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (liveas) è al lavoro una apposita commissione stato-regioni che dovrebbe formulare le sue proposte entro il 2002.

2. La programmazione socio-sanitaria e il coordinamento degli atti programmatori

La programmazione in materia socio-sanitaria trova la sua disciplina nazionale nel D.Lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nella L. 328/00, nei DPCM 14.2.2001 e 29.11.2001, e la sua disciplina regionale nella L.R. 32/94 e successive modifiche ed integrazioni, nella L.R. 10/02 che approva il Piano Sanitario Regionale, nella DGRC 3890/02 già richiamata, nelle DGRC N.1826 del 4/5/01 "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Ai sensi dell' art. 3-quater DLgs. 229/99, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

In particolare il comma 3 del suddetto articolo precisa che il PAT:

1. prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta;
2. determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'art 3-septiers del DLgs. 229/99 e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni;
3. è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal direttore di distretto, ed è approvato dal direttore generale sentito il parere del comitato dei sindaci per la parte sanitaria e "di intesa" con tale Comitato per la parte socio-sanitaria.

Ai sensi delle "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali", approvate con la DGRC n. 1826 del 4/5/2001, l'ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali e socio-sanitarie. Esso è coincidente o è multiplo del distretti, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e, laddove possibile, gestione integrata dei servizi e degli interventi socio-sanitari.

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

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è necessario che le AA.SS.LL. ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatica, in particolare per gli aspetti socio-sanitari del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano Attuativo Locale dell'ASL.

Recita, infatti, a tale proposito il *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003*: "Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal *Programma delle Attività Territoriali* (di cui all'articolo 3-quater del DLgs n. 229/99) e dal *Piano di Zona* (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/00). Il *Programma delle Attività Territoriali* è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i

bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il *Piano di Zona* è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari. **È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica**, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie”.

Di conseguenza i distretti sanitari dovranno formulare coerentemente la programmazione socio-sanitaria del Programma delle Attività Territoriali che verrà presentato ai Sindaci del Coordinamento Istituzionale per acquisirne il “parere” sulla parte sanitaria e “l'intesa” sulla parte sociosanitaria.

A loro volta i Piani di Zona sociali dovranno definire la programmazione socio-sanitaria dell'Ambito Territoriale che, come già definito dalla delibera delle linee guida regionali per il sociale, dovrà essere approvato con accordo di programma sottoscritto dal Direttore Generale dell'ASL.

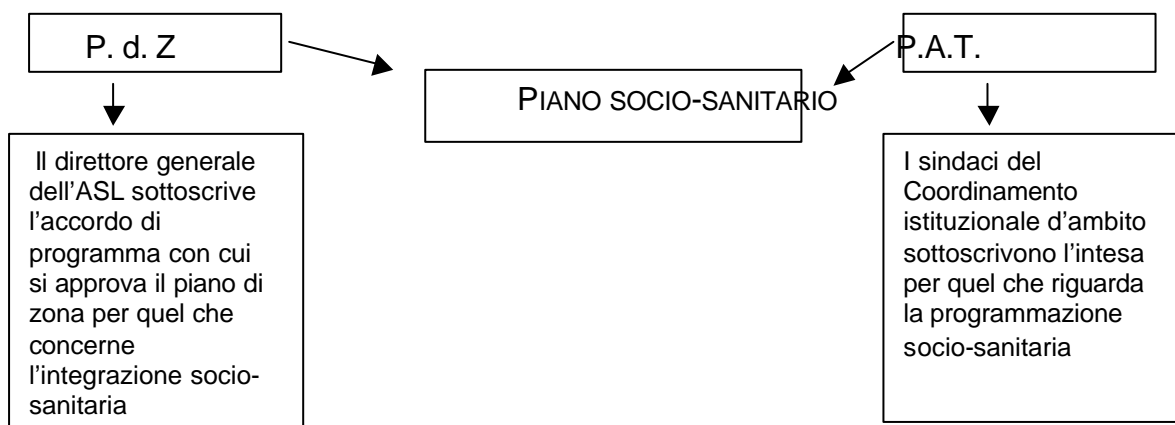
La parte socio-sanitaria presente in entrambi i documenti, frutto di una “unica strategia programmatica” che ne assicura la reciproca complementarietà e coerenza, sarà così parte integrante della programmazione sia sociale che sanitaria, e andrà assunta integralmente in tutti i documenti e strumenti in cui essa si formalizza e si declina, come ad esempio i Patti per la Salute.

Essa dovrà prevedere, anche ai fini della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni socio-sanitarie ai sensi del DPCM 14.02.01 e del DPCM 29/11/2001 :

- La esatta descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale, nonché la eventuale loro implementazione
- La previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall'analisi del bisogno effettuata sul territorio
- La localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi e la tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi
- La previsione di spesa e le quote di partecipazione alla spesa dei servizi di competenza dell'azienda, raccordata con quelle di competenza dei comuni
- La collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale
- Modalità e procedure per la esternalizzazione dei servizi ai privati secondo le normative vigenti nazionali e regionali.

COMUNI ASSOCIATI

DISTRETTI ASL



2.1. L'integrazione istituzionale

Gli atti normativi nazionali, così come quelli programmatori, relativi alle politiche sanitarie e sociali, sottolineano l'importanza e l'urgenza di promuovere l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale, professionale, e individuano e disciplinano conseguentemente un rinnovato e reciproco coinvolgimento dei Comuni e delle AA.SS.LL. nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari.

Come abbiamo visto, infatti, il DLgs. 502/02, integrato e modificato, all'art. 3-quater, c. 3, lett. c, stabilisce che mentre sulla programmazione delle attività sanitarie va richiesto dalla ASL il "parere" del Comitato dei Sindaci di distretto, la programmazione delle attività sociosanitarie va definita "di intesa" fra Comuni ed ASL. Simmetricamente viene prevista dalla legge 328/00 la partecipazione della ASL all'Accordo di Programma, e, conseguentemente, le linee guida regionali sui PdZ prevedono la presenza del Direttore Generale della ASL all'interno del Coordinamento Istituzionale che provvede alla definizione e approvazione del Piano di Zona.

Anche la legislazione sanitaria regionale richiama il ruolo di Comuni in sanità. La legge di riordino del Servizio sanitario Regionale 32/94 prevede che gli organi rappresentativi dei Comuni esprimano, nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda Sanitaria Locale, i bisogni socio - sanitari delle rispettive comunità locali e che spetti al Sindaco, o al Comitato di Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, la rappresentanza delle autonomie locali per le seguenti funzioni :

- a. provvedere alla definizione, nell' ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell' azienda;
- b. esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimettere alla Giunta Regionale le relative osservazioni;
- c. verificare l'andamento generale dell' attività segnalando al Direttore Generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte anche con la finalità di assicurare l'adeguata erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza;
- d. contribuire alla definizione dei piani attuativi programmatici dell' Azienda Sanitaria Locale trasmettendo al Direttore generale ed alla Giunta Regionale valutazioni e proposte.

Sono indicazioni che rappresentano coerenti declinazioni di politiche sanitarie su obiettivi di salute, consapevoli dei limiti che azioni solo sanitarie incontrano nel conseguirli, e dell'esigenza quindi di una miglior integrazione con politiche complementari, quali in particolare le politiche sociali, anch'esse impegnate in una forte innovazione.

La legislazione e la programmazione sociale regionale, d'altro canto, ripropongono gli indirizzi nazionali sopra richiamati e a loro volta insistono sulla esigenza dell'integrazione di politiche ed azioni con le aziende sanitarie locali, anche in ordine alle finalità proprie delle politiche sociali.

Le linee guida regionali per la programmazione sociale prevedono che i Piani di Zona sociali siano approvati con Accordo di Programma da tutti i Comuni dell'ambito, dalla ASL, dalle Ipab, dalle Comunità montane ove esistenti. Tali accordi individuano un Coordinamento Istituzionale composto dai Sindaci dei Comuni, dal Presidente della Provincia e della Comunità montana ove esistente, dal Direttore della ASL di riferimento,

che costituisce il vertice politico-istituzionale della programmazione e gestione delle politiche sociali dell'ambito. A tale Coordinamento compete l'istituzione dell'Ufficio di Piano, costituito da un minimo di 5 persone ad un massimo di 15, cui competono gli atti istruttori rispetto al coordinamento politico e gli atti esecutivi per la realizzazione del PdZ. Coordinamento Istituzionale e Ufficio di Piano opereranno fino a che venga posto in essere a livello di ambito una forma nuova di gestione ed organizzazione dei servizi, assumendo una delle varie opportunità che l'ordinamento giuridico offre agli enti locali per gestire in modo più integrato le loro funzioni. Per ulteriori specificazioni si fa rinvio alle Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali, già richiamate.

Occorre quindi ribadire che la normativa e la programmazione nazionale e regionale, in ambito sociale e sanitario, prescrivono che le funzioni e le attività sociosanitarie vengano programmate congiuntamente da Comuni ed ASL, con scelte concordate e coerenti espresse tanto nei PdZ che nei Programmi delle Attività Territoriali dei Distretti sanitari.

Alla base di tale intreccio decisionale sta il fatto che sia Comuni che ASL debbono impegnare risorse di varia natura per rispondere ai bisogni che richiedono interventi di tal genere. Ciò è particolarmente evidente per le prestazioni socio-sanitarie partecipate. Un ente infatti può essere ragionevolmente chiamato a sostenere l'onere di prestazioni solo se le ha programmate o se ha concorso a programmarle, facendole rientrare quindi nelle sue previsioni di spesa. Il cofinanziamento presuppone la coprogettazione, come appunto anche la norma indica.

Si deve quindi realizzare un quadro in cui attori sociali e sanitari di pari dignità sono impegnati a ricercare e negoziare accordi in una prospettiva di crescente collaborazione e integrazione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari.

Perché questa prospettiva possa prendere corpo è cruciale che sul territorio si costituiscano e si rafforzino gli organi rappresentativi degli enti locali, prima richiamati, individuando con chiarezza anche le corrispondenze fra previsioni della normativa sanitaria e previsioni della normativa sociale.

In particolare i rappresentanti dei Comitati dei Sindaci di distretto debbono coincidere con quelli dei Coordinamenti Istituzionali di ambito, anche nelle persone (Sindaci o Assessori) che vi rappresentano i Comuni, e gli Uffici di Piano debbono svolgere una funzione di supporto tecnico e segretariale a loro favore. Sono esperienze sostanzialmente nuove per i Comuni, che richiedono l'assunzione di nuove consapevolezze e responsabilità oltre che il supporto di competenze tecniche adeguate.

E' contestualmente necessario che le AA.SS.LL. articolino ruoli, responsabilità e budget a livello distrettuale, perché i Comuni incontrino a quel livello interlocutori accreditati.

Proprio per promuovere e facilitare la concertazione si possono così individuare ai diversi livelli i soggetti: Regione, Consulta dei Sindaci e Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria; Direttore Generale della ASL e Conferenza dei Sindaci; Direttore del Distretto e Sindaci del Coordinamento Istituzionale di Ambito e gli atti programmatori che essi devono produrre (rispettivamente Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale Regionale, Piano Attuativo Locale, Programma delle Attività Territoriali e Piano Sociale di Zona, con le necessarie integrazioni per la parte socio-sanitaria).

Dato che l'integrazione *istituzionale* nasce dalla necessità di promuovere collaborazione tra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute, gli accordi raggiunti possono formalizzarsi in convenzioni o accordi programma, per coordinare le gestioni o per prevedere deleghe di funzioni, o dare luogo a vere e proprie forme associative come i consorzi o le unioni, o infine per generare nuovi enti, quali aziende, fondazioni o altre ancora. Tali scelte, e in particolare le ultime, si porranno in primo luogo ai Comuni, per sperimentare o consolidare fra di loro gestioni integrate dei servizi sociali, per ragioni di efficacia, efficienza, economicità e qualità. Ma si auspica che coinvolgano anche la ASL, relativamente ai servizi socio-sanitari distrettuali, specie quando coincide col territorio comunale. Andrà quindi promossa una riflessione attenta anche in tal direzione.

2. 2. Adeguamento degli assetti organizzativi dei Comuni e delle AA.SS.LL.

L'integrazione socio-sanitaria richiede anche un adeguamento degli assetti organizzativi da parte sia delle Aziende che dei Comuni, tanto a livello centrale che territoriale.

Per quanto riguarda le ASL, a livello centrale, va in particolare individuata una funzione strategica di coordinamento socio-sanitario, in grado di determinare un livello di integrazione funzionale tra:

- le diverse aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria
- le aree socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi centrali dell'azienda, da una parte, i distretti e gli ospedali, dall'altra
- l'azienda e i Comuni, in particolare all'interno del Coordinamento istituzionale e dell'Ufficio di piano
- le attività socio-sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale.

Per la complessità delle funzioni previste, è opportuno che tale funzione di coordinamento socio-sanitario sia una diretta emanazione della Direzione Generale, che può essere formalizzata sotto forma di Coordinamento o di Dipartimento, a seconda delle esigenze e della estensione dell'azienda. Esso deve:

- aggregare funzionalmente tutte le unità assistenziali socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal DLgs 229/99, dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio-Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno-infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezione da HIV, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrata, più rispondente a bisogni complessi, che raramente possono trovare risposte esaustive nella programmazione di un'unica area centrale o nelle risposte di una unica Unità Operativa territoriale;
- partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla "dimissione socio-sanitaria protetta" e all'ADOTI, e sovrintendere a quelli relativi all'ADI;
- svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio-sanitari) e delle attività socio-sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora;
- promuovere e concorrere, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio-sanitari (e, in particolare, delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio-sanitarie, alla costruzione di un Sistema Informativo Socio-Sanitario Integrato secondo le indicazioni del PSN 1998-00 e del Piano Sociale Nazionale 2001-2003;
- curare in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo della integrazione socio-sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio-Sanitari distrettuali, che coordina ed indirizza in un'ottica funzionale;
- partecipare all'Ufficio di Piano, dove rappresenta il livello centrale aziendale.

Analogamente, per le funzioni di gestione dell'integrazione socio-sanitaria previste a livello distrettuale, è opportuno che anche le direzioni di distretto siano dotate di Uffici Socio-Sanitari.

L'attuale organizzazione del distretto nella nostra regione, privo di un'adeguata infrastruttura di supporto e con le diverse UU.OO. o linee produttive che fanno capo direttamente al Direttore del distretto, non consente ad esso di svolgere adeguatamente i complessi compiti richiesti dalla legislazione vigente e spiega le difficoltà delle diverse UU.OO. a raccordarsi tra loro e coi Servizi Sociali ogni qual volta si abbia a che fare con un bisogno complesso o con un utente multi-problematico.

L'Ufficio Socio-Sanitario distrettuale deve pertanto svolgere una funzione di back-office, anche all'interno di una struttura più complessiva al servizio del Direttore del distretto, con compiti specifici relativi all'integrazione socio-sanitaria, in funzione di staff per il Direttore del distretto e in raccordo funzionale col Coordinamento/Dipartimento Socio-Sanitario, del quale rappresenta la proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feedback per tutti gli aspetti relativi alle attività sociosanitarie integrate.

Detto ufficio, coordinato da un Referente individuato dal Direttore del distretto all'interno della dirigenza distrettuale, deve svolgere, a supporto del Direttore stesso, funzioni di : programmazione territoriale integrata (collabora, per gli aspetti relativi all'integrazione sociosanitaria, con la Direzione distrettuale alla elaborazione del Programma delle Attività Territoriali, del Piano di Zona e dei Patti Distrettuali per la Salute); analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali; coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali.

In termini programmatici e organizzativi è anche necessario considerare gli ospedali come uno degli snodi problematici da disciplinare per l'integrazione socio-sanitaria, in quanto spesso accolgono domande di assistenza suppletive di adeguati interventi sanitari e sociali territoriali, o rese emergenziali o cronicizzate per un mancato orientamento da parte della rete dei servizi sanitari territoriali, o, infine, perché dimettono precocemente pazienti, senza dovuto raccordo con i servizi territoriali. Ciò vale, in particolare, per le fasce più povere della popolazione e per le fasce deboli (bambino, anziano, tossicodipendente, senza fissa dimora, immigrato, ecc.).

E' allora indispensabile un collegamento organico (informatico, cartaceo, operativo) tra gli ospedali e la rete dei servizi sociosanitari territoriali), anche attraverso l'istituzione del protocollo della "dimissione socio-sanitaria protetta"; allorché un paziente con determinate caratteristiche viene dimesso dall'ospedale vi è la necessità della preparazione congiunta tra ospedale e rete dei servizi territoriali di un piano personalizzato congiunto di assistenza territoriale.

Per quel che riguarda i Comuni, la questione si pone in termini diversi perché essi non sono enti strumentali della Regione, ma istituzioni democratiche dotate di un proprio status e di una propria autonomia costituzionalmente garantita. Per di più la loro esperienza associativa si è da poco avviata sul terreno programmatico e deve ancora sperimentarsi sul terreno gestionale e organizzativo.

È in ogni caso necessario che i Comuni, associati negli ambiti territoriali, pur nel rispetto dell'autonomia costituzionalmente garantita, rafforzino il ruolo e l'organizzazione degli Uffici di Piano, (come da indicazione delle *Linee guida per la programmazione sociale*) anche per quel che riguarda l'integrazione socio-sanitaria.

È pertanto utile che gli Uffici di Piano degli ambiti territoriali prevedano anche per i comuni in esso associati apposite figure con funzioni di coordinamento per quel che riguarda la programmazione e la gestione degli interventi sociosanitari relativamente alle diverse aree di intervento. Tali figure dovranno porre particolare attenzione alla armonizzazione delle norme e dei regolamenti, alla gestione integrata dell'accesso, alla presa in carico integrata, e specificamente alla progettazione e gestione integrata degli interventi e dei servizi.

Inoltre la programmazione di ambito intercomunale dovrà generare sostanziali cambiamenti rispetto all'attuale assetto dei servizi sociali a livello territoriale, conferendo loro un'articolazione più complessa e funzionale che consentirà anche una più significativa interazione con i servizi del distretto sanitario.

Infine le ASL ed i Comuni di ambito dovranno individuare organismi unitari (centro studi interistituzionale, osservatorio, uffici compartecipati, ecc.), eventualmente con la partecipazione di altri enti, quali le Province, al fine del supporto necessario per la rilevazione dei bisogni socio-sanitari, per la valutazione dei servizi, per l'individuazione di azioni formative, ecc.

Verranno fornite indicazioni a riguardo nelle successive Linee di programmazione Sociale 2003.

2.3 L'integrazione gestionale

L'integrazione *gestionale* si colloca a livello territoriale e di struttura operativa, "individuando **configurazioni organizzative** e **meccanismi di coordinamento** atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività dei processi e delle prestazioni

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia del lavoro per progetti.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della **ripartizione delle risorse** a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di **contabilità analitica** e dei corrispondenti **centri di responsabilità**

Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo territoriale" (PSN 1998-2000).

La recente legislazione sociale e sanitaria insiste molto sulla necessità della elaborazione di progetti assistenziali integrati e personalizzati, elaborati a livello distrettuale e fondati sulla valutazione multi-dimensionale e multi-disciplinare del bisogno complesso, sul concorso di più apporti professionali sociali e sanitari e sulla valutazione periodica dei risultati.

È tuttavia illusorio pensare che l'impulso all'intervento attivo ed integrato, proveniente dal DLgs 229/99, dalla L. 328/00 e dal Atto di Indirizzo e Coordinamento, possa essere recepito, assimilato e riproposto autonomamente, in maniera "ordinaria", dagli attuali servizi sanitari e sociali, strutturalmente organizzati e storicamente gestiti in maniera autonoma e separata.

La tendenza alla parcellizzazione e separazione degli interventi e alla rigida delimitazione delle competenze può essere concretamente invertita soltanto attraverso :

- l'istituzione di organismi integrati ASL-Enti Locali e la predisposizione di "meccanismi di coordinamento", che vengano automaticamente attivati ogni qual volta una domanda di prestazione pervenga ad uno qualsiasi dei punti di accesso della rete dei servizi sociali e sanitari e attivino una valutazione multidimensionale del bisogno complesso (quali *Porte Uniche di Accesso, Unità di Valutazione Integrate* a livello distrettuale per la elaborazione/attuazione/verifica dei piani personalizzati, *Uffici Integrati* distrettuali di ricerca e analisi dei bisogni, monitoraggio ed elaborazione dei flussi informativi, valutazione e verifica della programmazione sociale e sanitaria distrettuale)
- la programmazione di servizi sociali e sanitari strutturalmente fondati sulla "presa in carico" complessiva e non sulla risposta passiva, "assistenzialistica", alla prestazione richiesta

La necessità di una programmazione congiunta dei servizi e di una ripartizione dei costi degli stessi per la parte di integrazione socio-sanitaria, rende necessario l'utilizzo di parametri condivisi per la programmazione sanitaria e sociale dei servizi.

In particolare una programmazione congiunta dei servizi deve trovare accordo tra Ambiti e ASL sui seguenti elementi regolativi:

ELEMENTI DEL PROCESSO DECISIONALE

- Modalità di decisione sui livelli integrati: livelli di competenza decisionale e modalità di progettazione in merito alla quantità di servizi, alla tipologia di utenti, alla allocazione di risorse, alla localizzazione delle strutture di offerta
- Autonomia decisionale in caso di dissenso sulla programmazione dei servizi
- Modalità di controllo incrociato sociale/sanitario sulle decisioni programatorie in materia di servizi integrati

ELEMENTI DI REGOLAZIONE DEL SISTEMA DI EROGAZIONE

- Definizione dei criteri accesso ai servizi
- Strumenti di valutazione integrati
- Modalità di erogazione dei servizi

DIMENSIONAMENTO DEI SERVIZI

- Differenziazione dei servizi di erogazione secondo le effettive necessità di intervento sanitario e sociale presentate dagli utenti
- Orientamento alla domiciliarizzazione dei servizi
- Politiche di rinforzo della rete familiare

ACCREDITAMENTO

- Definizione degli standard
- Modalità di regolazione del sistema di erogazione
- Livello di governo del sistema

Ciò è tanto più urgente e necessario per i servizi e gli interventi socio-sanitari per i quali è prevista la compartecipazione alla spesa tra SSN ed Enti Locali.

LE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE COMPARTECIPATE

Sono quelle prestazioni sociosanitarie nelle quali “la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili” e per le quali l’entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle ASL e dei Comuni (DPCM 14.02.01 e DPCM 29.11.01). Si articolano in:

- prestazioni domiciliari
- prestazioni semiresidenziali
- prestazioni residenziali

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

L’allegato 1.C del DPCM del 29.11.01, così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza Domiciliare:

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

Assistenza semiresidenziale:

- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali*** – Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani*** – Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;

Assistenza residenziale:

- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie*** - prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
- ***attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali*** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;

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

PROCEDURE ED ORGANIZZAZIONE DELLA VALUTAZIONE INTEGRATA

La organizzazione di servizi congiuntamente gestiti e finanziati da Comuni e ASL, necessita di precise e concordate modalità di accesso. In sede programmatoria è necessario definire le condizioni di accesso ai servizi, identificando le dimensioni ritenute rilevanti (patologia, età reddito, situazione familiare, altro) ed è altresì necessario definire congiuntamente la composizione e le modalità operative di un organismo misto di valutazione.

L'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.). si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di bisogno socio-sanitario complesso, e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale.

L'U.V.I., ponendosi in una logica di presa in carico globale ed integrata, ha il compito di:

- effettuare una "diagnosi" del bisogno socio-sanitario complesso, a partire dalla domanda espressa dall'utente e dalla sua famiglia (il "sintomo" portato);
- utilizzare le proprie competenze per una valutazione complessiva e tecnica dei bisogni dell'utente;
- individuare, all'interno della rete, il servizio o i servizi più idonei a soddisfare i bisogni rilevati;
- modulare sul singolo caso l'offerta di servizi a seconda dell'evoluzione del bisogno.

PRESTAZIONI LA CUI RICHIESTA COMPORTA IL RICORSO ALL'U.V.I.:

- Dimissioni protette
- Richieste di A.D.I. e A.D.O.T.I.
- Richiesta di:
 - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi (fisici, psichici e sensoriali);
 - Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità per anziani e persone non autosufficienti in regime semiresidenziale
 - Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie
 - Prestazioni terapeutiche, di recupero e di mantenimento funzionale delle abilità in regime residenziale per anziani e persone non autosufficienti
 - Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi e disabili privi di sostegno familiare
 - Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale per persone affette da patologie da HIV

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

2.4 L'integrazione professionale

Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, bisogna promuovere la erogazione dei servizi attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti (DPCM 14.02.2001, art 4, comma 3).

Le prestazioni socio-sanitarie , infatti, si caratterizzano per la natura e la complessità dei bisogni a cui si rivolgono e si fondano su un approccio unitario ai problemi, basato sul concorso di approcci professionali :

- prettamente sanitari (medico, infermieristico, riabilitativo, ecc.)
- di servizio sociale professionale
- di prestazioni socio-assistenziali

Il processo di presa in carico globale, che si attiva a seguito dell'accesso e della valutazione integrata, consta pertanto delle seguenti procedure:

1. definizione della natura del bisogno, in termini multidimensionali, di salute, autonomia del soggetto, capacità di relazione, individuando la rimozione del danno attraverso azioni di prevenzione cura e riabilitazione;
2. definizione di un progetto personalizzato, con l'indicazione degli interventi e dei servizi da attivare e distribuzione dei compiti tra il personale, secondo un approccio multidisciplinare;
3. verifica e valutazione delle attività

Il progetto personalizzato deve quindi fondarsi sulla:

1. condivisione di obiettivi comuni;
2. individuazione di responsabilità chiare;
3. definizione di risorse umane e finanziarie .

Le Asl ed i Comuni dovranno pertanto procedere:

- alla definizione di comuni protocolli operativi personalizzati (eleggibilità valutazione del bisogno, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni);
- al coordinamento operativo tra le Unità Operative dei Distretti sanitari e i servizi sociali di zona dell'Ambito Territoriale .

Le linee guida relative alle prestazioni compartecipate offriranno specifiche indicazioni sull'accesso, la progettazione, la valutazione integrata dei casi.

3. La programmazione economico-finanziaria

In questa fase di avvio della programmazione strategica delle attività sociosanitarie all'interno dei nuovi ambiti territoriali disegnati dalla DGRC 1824/01, è essenziale che ASL ed Ente Locale si attivino per declinare la programmazione socio-sanitaria integrata di ambito e di distretto anche nella dimensione economico-finanziaria.

Tanto il PAT che il PdZ devono pertanto contenere un Piano Finanziario che definisca la fonte e l'ammontare delle risorse impegnate e le quote di ripartizione della spesa in relazione alle aree di intervento e alle azioni e ai servizi che si intendono attivare (L.328/00, art. 19, c. 2c; DLgs 229/99, art. 3 quater, c. 3b). Tale definizione deve essere formulata nei due piani in termini di reciproca piena coerenza.

I problemi incontrati nelle recenti rilevazioni volte alla ricostruzione analitica della spesa sociosanitaria in Regione Campania evidenziano le attuali carenze anche informative e l'esigenza di superarle con rapidità. A tal fine si devono tempestivamente realizzare alcune condizioni, e in particolare:

- per quanto riguarda le AA.SS.LL., va attuata in tutte le aziende della regione l'autonomia organizzativa e budgettaria del Distretto, prevista dalla normativa e necessaria per una più efficace ed efficiente gestione della sanità locale e per una concreta integrazione con le politiche sociali elaborate dai nuovi ambiti territoriali;
- va messo a punto, anche per i Comuni (singoli e aggregati negli ambiti), un compiuto sistema di contabilità analitica, in grado di evidenziare in maniera dettagliata la spesa relativa ai diversi centri di costo;
- la definizione della spesa a livello territoriale va articolata anche in relazione al singolo utente e alla sua residenza anagrafica, per consentire imputazioni e aggregazioni di spesa a diversi livelli territoriali (il singolo cittadino, il nucleo familiare, la popolazione di un distretto o di un territorio specifico, ecc.) ed operazioni sia di analisi che di programmazione degli interventi.

Con successivo provvedimento la Regione definirà e disciplinerà il debito informativo a carico tanto delle AA.SS.LL. che dei Comuni in campo sociosanitario, con gli incentivi e le sanzioni relative.

La programmazione unitaria ha per oggetto tutte le attività sociosanitarie, ma data l'opportunità di graduare il percorso innovativo nel tempo per renderlo praticabile, la Regione Campania ha scelto di disciplinare prioritariamente le prestazioni per le quali la normativa prevede la compartecipazione alla copertura dei costi di Comuni ed ASL (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01).

Per queste la programmazione integrata è imprescindibile, perché un ente può essere ragionevolmente chiamato a sostenere l'onere di prestazioni solo se le ha programmate o se ha concorso a programmarle, facendole rientrare quindi anche nelle sue previsioni di spesa. Il co-finanziamento presuppone la co-progettazione, come appunto anche la norma indica.

Occorre pertanto immediatamente avviare, in ogni Ambito territoriale della Regione, da parte di Comuni ed ASL, una **revisione programmatica congiunta**, sistematica e capillare, di tutte queste prestazioni, e in particolare di quelle che sono state fino ad oggi programmate autonomamente da una sola delle due parti, prima dell'entrata in vigore dell'attuale normativa. Ciò deve essere fatto anche per verificarne l'appropriatezza e, nel

caso, individuare, grazie alla più stretta collaborazione così avviata, soluzioni alternative e più adeguate.

La effettiva compartecipazione alle spese interesserà di volta in volta, esclusivamente le prestazioni congiuntamente revisionate e ri-programmate, o quelle congiuntamente attivate ex novo (una volta definiti da parte dei Comuni, con i Piani di Zona 2003, anche i criteri di partecipazione alla spesa per queste prestazioni da parte del cittadino, in funzione al reddito, calcolato sulla base dei parametri ISEE e relativo all'intero nucleo familiare).

Da una prima analisi dei dati sulla spesa delle AA.SS.LL. e dei Comuni relativa all'anno 2002, per questo tipo di prestazioni, emerge che:

- la spesa per le attività sociosanitarie è attualmente sostenuta in misura prevalente dalle AA.SS.LL.;
- esiste grande disomogeneità nell'offerta dei servizi e conseguentemente nella spesa sia per quanto attiene alle variabili territoriali sia nel confronto tra diverse aree di intervento (le rilevazioni effettuate evidenziano infatti un livello di spesa per prestazioni socio-sanitarie particolarmente consistente in alcune aree di bisogno, disabilità in particolare, e con fortissimi divari territoriali che non trovano riscontro in dati epidemiologici e rivelano disfunzioni tanto nel sistema informativo che nella rete dei servizi);
- i dati relativi alle prestazioni erogate direttamente dalle AA.SS.LL. evidenziano inoltre una forte prevalenza della componente sanitaria sul totale della spesa.

Tale analisi evidenzia anche che l'attuale livello della spesa concorre al disavanzo delle AA.SS.LL. e che la parte di spesa che secondo il decreto sui LEA spetterebbe ai Comuni non è da essi immediatamente sostenibile senza gravi contraccolpi sul loro equilibrio di bilancio e sulla loro capacità di concorrere a sviluppare il sistema complessivo dei servizi e interventi sociali per la popolazione dell'ambito.

La Regione intende allora prendere atto del sistema di offerta dei servizi e delle risorse esistenti, e da qui partire per ri-orientare la natura ed il contenuto specifico delle prestazioni, per ampliare l'entità delle risorse disponibili, per ottimizzarne l'uso e la distribuzione. Proprio la attuazione piena della disciplina della compartecipazione richiede quindi la definizione di una strategia adatta alla specifica realtà regionale, evitando che una rigida, meccanica e immediata imposizione delle quote previste si traduca in un uso improprio di risorse, sia sanitarie che sociali.

Quanto esposto impone anche che tanto la programmazione, che la conseguente gestione economico-finanziaria dei PAT e dei PdZ, sia fortemente impegnata nel **riequilibrio del sistema di offerta** a livello territoriale, nella progressiva trasformazione del contenuto specifico dei servizi, nella effettiva riqualificazione e integrazione delle prestazioni socio-sanitarie, nella conseguente piena compartecipazione ai costi di AA.SS.LL. e Comuni.

Data l'attuale prevalenza della spesa e dei contenuti sanitari delle prestazioni erogate, è necessario rafforzare la componente sociale dei servizi accrescendo la partecipazione effettiva dei Comuni alla programmazione, gestione e spesa dei servizi .

Il processo indicato per la piena realizzazione dei LEA sociosanitari è complesso e richiede quindi una gradualità di attuazione. E' obiettivo programmatico della Regione che venga completato entro tre anni. Per ottenere tale risultato occorre quindi che ogni anno ciascun ambito e distretto compia una tappa tale da ridurre almeno di un terzo la distanza fra la propria attuale situazione e il traguardo indicato, attraverso la revisione sistematica e la ri-programmazione del sistema di offerta indicate. E' indispensabile quindi conoscere

l'attuale situazione, scartare fin dall'avvio comode scelte di semplice continuità e articolare obiettivi annuali e relativi percorsi di perseguimento.

La negoziazione fra i diversi attori, Comuni e ASL in particolare, deve avviarsi in tale prospettiva, prestando specifica attenzione ai seguenti indirizzi:

- in primo luogo **va favorita la domiciliarità** con un'offerta di prestazioni che la rendano praticabile e anche preferibile per i soggetti, pazienti e famiglie, e insieme meno onerosa, rispetto a soluzioni residenziali o semiresidenziali, anche per il cittadino attraverso l'intelligente utilizzo da parte dei Comuni di criteri differenziati di partecipazione del cittadino stesso al costo delle prestazioni;
- vanno quindi concordati chiari **criteri per la valutazione dei casi** e per la correlazione fra tale valutazione e i livelli di assistenza, per ri-orientare la natura ed il contenuto specifico delle prestazioni;
- si devono stabilire dei **criteri di priorità** sia nell'accettazione di nuovi casi che nella revisione di quelli già in carico, su criteri di consistenza e urgenza del bisogno, considerato nell'insieme di tutte le sue componenti. Criteri di priorità nell'assunzione di un carico che ovviamente non possono significare negazione, ma solo riposizionamento nell'ordine degli interventi.
- vanno contestualmente progettati e attivati **servizi articolati e flessibili**, per offrire risposte appropriate, e non sovradimensionate, rispetto al bisogno considerato;
- nella individuazione delle soluzioni gestionali si tenga presente che i servizi a carattere sanitario hanno generalmente livelli di costo più elevati, e che conviene **esplorare anche opzioni più sociali**, integrandole con l'azione del medico di medicina generale e di altre professionalità sanitarie specificamente richieste perché l'intervento sia appropriato e qualificato;
- si possono anche prevedere **combinazioni di prestazioni offerte da più soggetti**, purché sia assicurata la continuità e l'integrazione, a livello organizzativo e tramite l'attribuzione ad un operatore della specifica responsabilità di gestione del caso (case manager);
- per attivare tali servizi si devono valutare e rivedere le convenzioni in atto e **ridisegnare una strategia di affidamenti** che indichi gli obiettivi e i criteri, sia aperta a diverse e innovative proposte e progettazioni del terzo settore, garantisca trasparenza nelle selezioni e poi nella gestione; preveda nel corso della gestione anche modalità di comunicazione e controllo, carte dei servizi, valutazioni periodiche. La delibera regionale in merito a tali affidamenti nel sociale offre indirizzi e criteri chiari che vanno ripresi e valorizzati. (D.G.R. n.1079/2002)

Tale strategia darà ovviamente risultati consistenti soprattutto nel medio periodo, e per questo è necessario attivarla al più presto, e farne quindi oggetto preciso della negoziazione a livello territoriale fra Comuni e Distretto.

La sua implementazione, anche per aggiustamenti successivi, richiede che la progettazione già preveda una sistematica raccolta di informazioni su costi, efficacia, soddisfazione, tanto sulle soluzioni presenti che su quelle innovative che si introducono, per acquisire via via elementi di giudizio e di riorientamento delle scelte.

Quanto alle scadenze temporali, i PdZ dovranno essere pronti per la fine di febbraio 2003; è opportuno che anche i PAT lo siano, data "l'intesa" che i Comuni devono esprimere rispetto ad essi. Questo è importante per la necessaria saldatura fra i due strumenti programmatori che ne condiziona il valore e l'applicabilità

Rimane fermo comunque che, perché ci sia condivisione dei costi, deve esserci coprogettazione, ovviamente nel pieno rispetto dei diritti dei cittadini ad ottenere livelli essenziali di assistenza anche socio sanitaria

La programmazione e gestione locale, concertata tra ASL e Comuni, dovrà quindi individuare, sulla base dei costi di produzione dei servizi, la ripartizione tra costi sociali e sanitari e, in alcuni casi, le tariffe da corrispondere ai soggetti erogatori. Anche sulla base delle informazioni raccolte in sede locale la Regione monitorerà le tendenze in atto e provvederà ad emanare indirizzi più precisi relativamente alla tariffazione ed alla compartecipazione ai costi. Compatibilmente con le risorse di bilancio, essa provvederà ad incrementare il Fondo Sociale Regionale con adeguate risorse proprie, al fine di consentire la partecipazione alla spesa dei Comuni a queste prestazioni.

Le prestazioni previste nei LEA configurano infatti un diritto, la cui soddisfazione deve trovare corrispondenza nelle risorse mobilitabili a copertura dei costi. Questo può appunto richiedere un **concorso alla copertura dei costi da parte degli utenti** che ne hanno la possibilità economica, correttamente accertata, per estendere così la platea dei beneficiari del servizio tenendo alta anche la qualità del servizio stesso. Anche in merito, sulla base di un idoneo monitoraggio delle esperienze locali, la Regione esprimerà i propri indirizzi, applicando coerentemente la strategia impostata su un doppio flusso, dal basso in alto e dall'alto in basso, che caratterizza la programmazione sociale.