

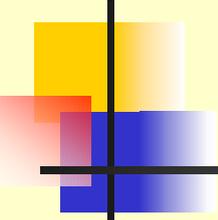
# L'integrazione sociosanitaria

---

Relazione dr. Antonio Maritati

Direzione Servizi Sociali Azienda U.L.SS. nr. 6 "Vicenza"

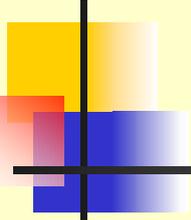
Bari, 24.11.2003



# L'integrazione sociosanitaria

---

- Nell'arco di un trentennio il sistema italiano dei servizi sociali e sanitari è mutato in modo profondo nelle sue caratteristiche istituzionali e organizzative passando da un **"accentramento a offerta debole"** ad una **"localizzazione a offerta articolata"**
- L'articolazione dell'offerta è visibile guardando il pluralismo di attori (Comuni, Province, Regioni, ASL, Aziende Ospedaliere, Ipub, Fondazioni, Cooperative) con tradizioni differenti perché la sanità ha una storia di pianificazione prima centralizzata e poi regionalizzata e i servizi sociali provengono da una storia prevalentemente locale
- Complessità di rapporti istituzionali (Stato-Regioni- Enti Locali) e organizzativi (Comuni-Asl)



# L'integrazione sociosanitaria

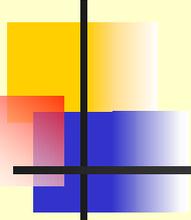
---

## ***SANITA'***

- 1978: obiettivo di garanzia di livelli di assistenza e di condizioni di salute uniformi su tutto il territorio
- 1992: individuazione di livelli uniformi di assistenza e specificazioni delle prestazioni da garantire
- 1999: livelli uniformi ed essenziali individuati sulla base di principi selettivi e all'individuazione contestuale delle risorse finanziarie
- 02.2001: prestazioni sociosanitarie
- 11.2001: definizione dei livelli di tutela da garantire su tutto il territorio nazionale e classificazione delle prestazioni di assistenza sanitaria

## ***SOCIALE***

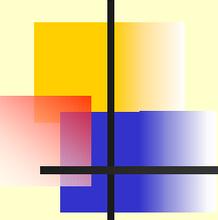
- Prima 1977: assistenza e mantenimento inabili al lavoro
- 1977: estensione competenze a minori e autorità giudiziaria e servizi domiciliari assistenziali
- Anni 80: sviluppo servizi sociali, affidi e adozioni
- 1990: rafforzamento ruolo Comuni e servizi sociali
- 1991: terzo settore e servizi
- 1992: rafforzamento diritti handicap e incremento responsabilità Comuni
- Promozione servizi per l'infanzia e l'adolescenza
- 2000: legge di riforma dei servizi



# L'integrazione sociosanitaria

---

- D.Lgs. nr. 502/92 e il D.Lgs. nr. 229/99
- Il D.Lgs. nr. 112/98 e la legge nr. 328/00 - Il sistema integrato dei servizi sociali
- D.P.C.M. 14.02.2001 – Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie
- Accordo 08 agosto 2001 - L'accordo tra Stato e Regioni in materia di spesa sanitaria e la legge nr. 405/01
- Legge costituzionale nr. 3/01 – Le competenze regionali in materia di sanità e di sociale. Il ruolo dello Stato e delle autonomie locali
- D.P.C.M. 29.11.2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza
- I Liveas
- Difficoltà applicative dei Lea da parte di Regioni e Comuni

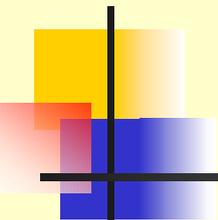


# L'integrazione sociosanitaria

---

## *L'esperienza della Regione Veneto in materia di integrazione socio-sanitaria*

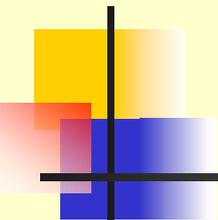
- LR. nr. 64/75 e la L.R. nr. 55/82
- L.R. nr. 56/94 di applicazione del D.Lgs. nr. 502/92
- L.R. nr. 5/96 - Il Piano regionale socio-sanitario
- L.R. nr. 11/01 - Il decentramento amministrativo in applicazione del D. Lgs. nr. 112/98
- DD.G.R.V. applicative dei Lea - In particolare le D.G.R.V. nr. 3972/02 riferita all'allegato 1C
- La presentazione Piano regionale dei servizi alla persona e alla famiglia 2003 -2005
- Alcuni esempi concreti



# Dall'attenzione alla malattia alla tutela della salute

---

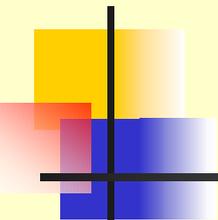
- Il diritto alla salute ed il diritto all'assistenza, entrambi garantiti dalla Costituzione, sono stati, negli ultimi trent'anni, al centro di un processo graduale di profondi cambiamenti istituzionali che, attraverso il progressivo percorso normativo, è culminato nella riforma del Titolo V della Costituzione per opera della **legge costituzionale nr. 3 del 18 ottobre 2001**.
- La filosofia che ha sotteso dall'inizio degli anni settanta la legislazione in materia sanitaria e che ha portato dall'attenzione alla malattia alla tutela della salute, discende dall'**articolo 32 della Costituzione**, che tutela il diritto alla salute come diritto del singolo e della collettività nell'ambito della più generale accezione dei diritti di libertà.



# Dall'attenzione alla malattia alla tutela della salute

---

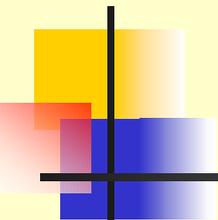
- Un momento importante e fondamentale per il “sistema Italia” e in particolare in materia di tutela della salute è stata la **legge nr. 421 del 23 ottobre 1991**, di delega al Governo “per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, pubblico impiego, previdenza e di finanza territoriale”
- I temi di maggiore rilevanza sono una maggiore responsabilità delle Regioni sul piano delle scelte finanziarie e politiche per la “gestione” dell’assistenza sanitaria e la definizione di una nuova struttura delle USL che diventano Azienda



# Dall'attenzione alla malattia alla tutela della salute

---

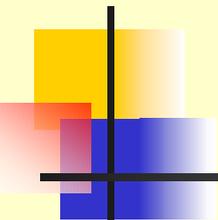
- La stessa legge nr. 421 prevedeva poi che, a partire dal 1 gennaio 1992 venissero determinati **“i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale”**, nonché gli standards organizzativi e di attività da utilizzare per il calcolo del parametro capitaro di finanziamento di ciascun livello assistenziale per l'anno 1992
- Si tratta del passaggio del finanziamento della spesa sanitaria dalla “spesa storica” alla quota “pro-capite” che segna da quell'anno la linea di spartiacque nei rapporti tra Stato e Regioni in tema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, indicando i livelli come limite di riferimento per l'erogazione dell'assistenza sanitaria pubblica a carico dello Stato



# Dall'attenzione alla malattia alla tutela della salute

---

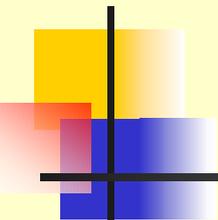
- Con il **D. Lgs. nr. 502 del 30 dicembre 1992**, adottato in attuazione dell'articolo 1 della legge nr. 421, con il quale si avvia un processo diretto a migliorare l'efficienza delle strutture di erogazione dei servizi sanitari, si fissano i primi capisaldi del processo federalista in campo sanitario, mutando sensibilmente lo scenario sotto il profilo dell'organizzazione dei servizi
- Si prevede la definizione di livelli di assistenza uniformi sul territorio nazionale nel rispetto degli obiettivi della programmazione e in rapporto all'entità del finanziamento garantito dal SSN



# Dall'attenzione alla malattia alla tutela della salute

---

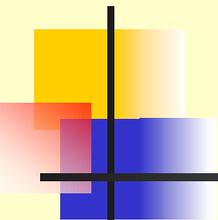
- La redistribuzione dei poteri e delle relative responsabilità avviata dal D. Lgs. nr. 502/92 è proseguita negli anni successivi e significativo in questo senso è stato il processo di decentramento amministrativo avviato con **la legge nr. 59 del 15 marzo 1997**, e completato con il **D. Lgs. nr. 112 del 31 marzo 1998**
- Con il successivo **D. Lgs. nr. 229 del 19 giugno 1999**, il **Piano sanitario nazionale 1998-2000** e il **Piano Sociale Nazionale 2001-2003** si aggiungono ulteriori tasselli all'azione programmatica delle Regioni e dei Comuni



# La regionalizzazione del sistema sanitario e l'aziendalizzazione

---

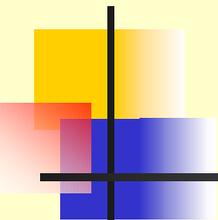
- Il riorientamento strategico del Servizio Sanitario Nazionale verso un sistema di **Servizi (Socio) Sanitari Regionali** si fonda sull'affermazione che le Unità Locali (Socio) Sanitarie nascono ed operano a favore della collettività di riferimento.
- Dal 1978 ad oggi, si sono modificate, però, le **modalità di partecipazione**, attraverso la rappresentanza politica, al governo dell'Unità Locale: prevalentemente a livello di Comune nell'architettura originale del S.S.N., essenzialmente a livello di Regione dopo il D. Lgs. 502/92, ancora a livello di Regione ma con un recupero del ruolo dei Comuni nell'assetto del D. Lgs. 229/99.



# I Lea nel D. Lgs. 502/1992

---

- L'art. 1 definisce i **LEA** come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal S.S.N., a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impegnate.
- Pertanto, sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre.

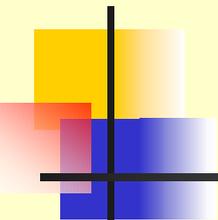


# L'integrazione socio-sanitaria nel D. Lgs. 229/1999

---

## Alcuni concetti che ci aiutano a capire l'integrazione sociosanitaria

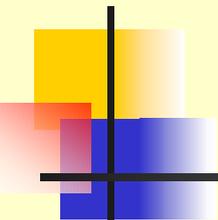
- I livelli essenziali di assistenza comprendono
  - a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
  - b) l'assistenza distrettuale;
  - c) l'assistenza ospedaliera.
- Le Regioni, attraverso le Unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza avvalendosi anche delle aziende ospedaliere
- L'Unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione



# L'integrazione sociosanitaria nel D. Lgs. 229/1999

---

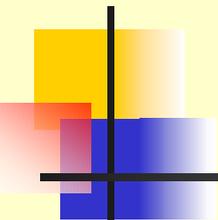
- Si definiscono **prestazioni sociosanitarie** tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente **prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale** in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione
- L'integrazione sociosanitaria presuppone un approccio unitario della persona e ai suoi bisogni che deve coinvolgere sin dalla fase di programmazione le Asl, gli EE.LL. e i soggetti che sul territorio sono gli attori del sistema integrato di interventi e servizi



# L'integrazione socio-sanitaria nel D. Lgs. 229/1999

---

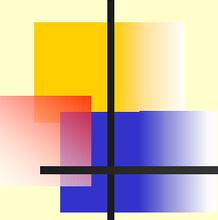
- Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:
  - a) **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite
  - b) **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute
  - c) Le **prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria** sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative



# L'integrazione sociosanitaria nel D. Lgs. 229/1999

---

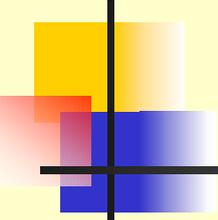
- Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni
- Le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la **gestione integrata** dei processi assistenziali sociosanitari
- È il **distretto socio sanitario** il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, rappresenta il contesto territoriale dove si realizza il Pat e sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie



# Il D.Lgs. nr. 112/98

---

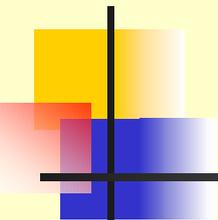
- Il **D.Lgs. nr. 112/98** definisce che cosa si intende per **servizi sociali** cioè tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia
- Lo stesso **D. Lgs. nr.112/98** definisce, inoltre, le competenze dello Stato e il Fondo nazionale per le politiche sociali, istituito con la legge finanziaria nr. 449 per l'anno 1998



# Il D.Lgs. nr. 112/98

---

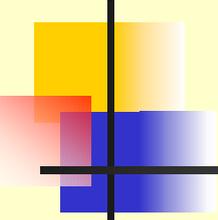
- Il **D.Lgs. nr. 112/98** individua anche le funzioni e i compiti che la legge regionale conferisce ai Comuni e agli Enti Locali concernenti i servizi sociali:
  - a) i minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose
  - b) i giovani
  - c) gli anziani
  - d) la famiglia
  - e) i portatori di handicap, i non vedenti e gli audiolesi
  - f) i tossicodipendenti e alcooldipendenti
  - g) gli invalidi civili



# Il D.Lgs. nr. 267/00

---

- Il **D.Lgs. nr. 267/00** afferma all'art. 13 che spettano ai Comuni tutte le funzioni che riguardano la popolazione e il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei **servizi alla persona e alla comunità**, dell'assetto ed utilizzo del territorio e dello sviluppo economico, salvo quanto non sia espressamente attribuito ad altri soggetti dalla legge statale o regionale, secondo le rispettive competenze
- Importanza degli accordi di programma per la realizzazione di interventi che per la loro realizzazione richiedono **l'azione integrata e coordinata** di comuni, province, regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o tra i soggetti predetti

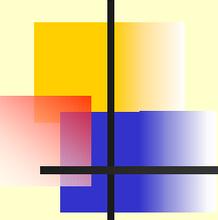


# La Legge nr. 328/00

---

## Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

- La **Repubblica** assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione
- La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete **agli Enti locali, alle Regioni ed allo Stato** ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge



# La Legge nr. 328/00

---

- I principi della programmazione

sussidiarietà

cooperazione

efficacia

efficienza ed economicità

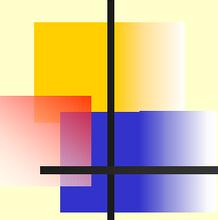
omogeneità

copertura finanziaria e patrimoniale

responsabilità ed unicità dell'amministrazione

autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali

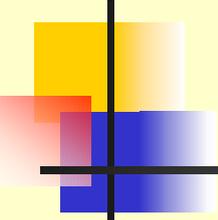
- **Nuova modalità di intendere gli interventi sociali** che devono passare da una frammentarietà di interventi settoriali ad una sempre maggiore progettualità allargata a tutti gli attori che sono in grado di promuovere il benessere di persone e famiglie



# La Legge nr. 328/00

---

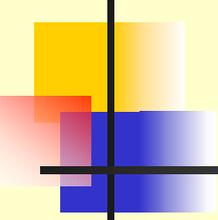
- Con la **legge nr. 328/00** il sistema dei servizi sociali si prefigura come un sistema integrato di interventi e di prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale che permettano di unire servizi alla persona e alla famiglia con eventuali misure economiche all'interno di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficienza delle risorse, a impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte



# La Legge nr. 328/00

---

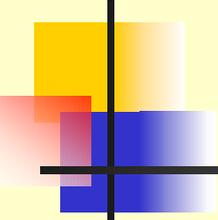
- Questa importante legge si può suddividere secondo 3 diverse funzioni:
  - una funzione di governo che spetta ai Comuni, alle Regioni e allo Stato in ordine non casuale secondo il principio di sussidiarietà che la successiva riforma costituzionale realizzerà.  
Questi enti, in concorso tra loro, governano il sistema, lo definiscono, ne programmano lo sviluppo, conferiscono ad esso le risorse necessarie risorse
  - una funzione di produzione: parità pubblico/privato per realizzazione e progettazione di interventi
  - una funzione di promozione e tutela: promuove la partecipazione dei cittadini e delle associazioni



# La Legge nr. 328/00

---

- Comuni, Regioni e Stato provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:
  - a)* coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;
  - b)* concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le Aziende Unità sanitarie locali per le prestazioni socio- sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale



# La Legge nr. 328/00

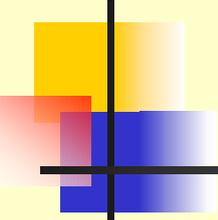
---

- In particolare i **Comuni**:

sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale

hanno compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete

coordinano programmi e attività degli enti tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività svolte all'integrazione sociale ed intese con le aziende U.L.S. per le attività sociosanitarie e per i Piani di Zona



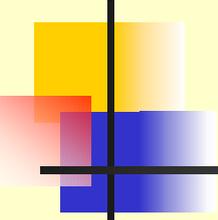
# La Legge nr. 328/00

---

- Il modello di intervento che si evince dalla normativa assume come strategia l'integrazione degli interventi, in quanto la complessità di molti bisogni richiede la capacità di dare risposte, in particolare socio-sanitarie, fra loro integrate
- Presuppone una condivisione degli obiettivi e una partecipazione della gestione concertativa che individua responsabilità istituzionali, gestionali, professionali e sociali differenti e articolati per dare risposte adeguate alla complessità dei bisogni

## L'esempio dell'integrazione sociosanitaria

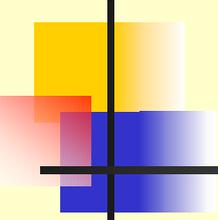
Le responsabilità istituzionali dell'integrazione sono date dalla Regione, dalla Conferenza regionale permanente per la programmazione socio-sanitaria, il Direttore Generale dell'Asl, la Conferenza dei Sindaci, il Direttore di distretto e il Comitato dei Sindaci di distretto mediante i rispettivi strumenti di programmazione



# La Legge nr. 328/00

---

- Le funzioni e le attività socio-sanitarie devono essere programmate congiuntamente dai Comuni e Asl con scelte concordate e coerenti espresse nel Piano di Zona e nei Programmi delle attività territoriali dei distretti socio sanitari
- Il D. Lgs. nr. 229/99 prevede che per programmazione delle attività sanitarie il "parere" dei Comitati dei Sindaci di distretto, mentre la programmazione delle attività sociosanitarie va definita "d'intesa" tra Comuni e Asl

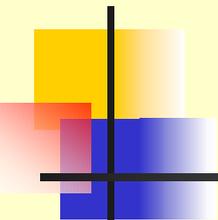


# Il D.p.c.m. 14.02.2001

---

## **Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitari**

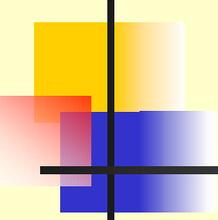
- Le finalità del D.p.c.m. sono:
  - definire modalità ed aree di attività per un'effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali
  - disciplinare la partecipazione dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali



# Il D.p.c.m. 14.02.2001

---

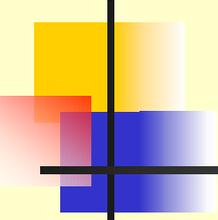
- L'**assistenza sociosanitaria** viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.
- Le prestazioni socio-sanitarie ex D. Lgs. 502/92 sono definite tenendo conto dei seguenti criteri:
  - la natura del bisogno
  - la complessità
  - l'intensità dell'intervento assistenziale
  - la sua durata



# Il D.p.c.m. 14.02.2001

---

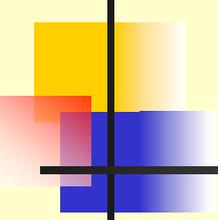
- Le Regioni hanno un ruolo molto importante perché tra le competenze in materia sociosanitaria c'è anche la definizione degli obiettivi, delle funzioni e dei criteri di erogazione delle prestazioni sociosanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento. Inoltre, danno indicazioni in merito a chi deve pagare (Asl, Comuni o utenti)
- È quindi fondamentale che le funzioni e le attività sociosanitarie siano programmate congiuntamente da Comuni e Asl con scelte concordate e coerenti espresse nel PdZ e nel Pat perché non ha senso che chi è chiamato a sostenere l'onere economico del cofinanziamento non partecipi alla fase della programmazione che sarà di conseguenza una coprogrammazione



# Il D.p.c.m. 14.02.2001

---

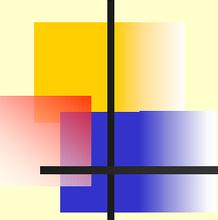
- Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sono le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale
- Dette prestazioni, di competenza delle Aziende Unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali



# Il D.p.c.m. 14.02.2001

---

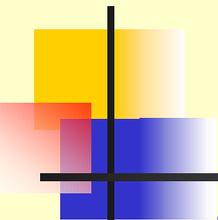
- Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
- Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:
  - 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



# Il D.p.c.m. 14.02.2001

---

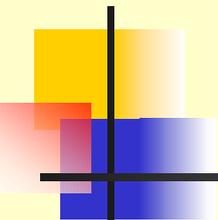
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio
  
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e 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



# Il D.p.c.m. 14.02.2001

---

- Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
- Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'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
- Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario

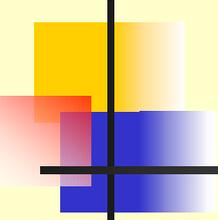


# L'accordo dell'08 agosto 2001

---

- **L'Accordo Governo-Regioni dell'08 agosto 2001** prevede che:
  - le Regioni che dal 2002 sfonderanno il budget assegnato in sede di riparto nazionale pagheranno da sé gli eventuali deficit agendo sulla leva impositiva
  - la definizione dei Lea entro il mese di novembre con la possibilità da parte del Governo di integrare i finanziamenti nel caso emergessero costi superiori rispetto a quelli preventivati
  - ampia autonomia organizzativa e gestionale delle Regioni, salvaguardando però l'uniformità dell'assistenza sul territorio
  - due livelli contrattuali: uno nazionale e uno regionale/aziendale

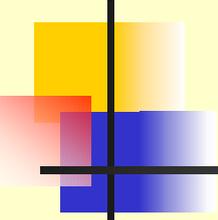
Recepito all'interno della legge nr. 405/2001



# La riforma del Titolo V

---

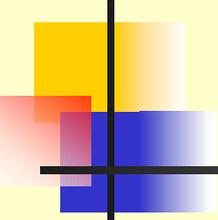
- La riforma costituzionale che ha novellato il Titolo V, introdotta per opera della **legge costituzionale 18 ottobre 2001, nr. 3** (entrata in vigore l'8 novembre successivo) riguarda l'assetto della ripartizione dei poteri tra i diversi livelli territoriali di governo ed ha ulteriormente potenziato il ruolo centrale della Regione
- La nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni capovolge infatti il criterio tradizionale precedente: la competenza legislativa oggi è attribuita alle Regioni fatte salve le materie attribuite alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (comma 2 art. 117) e quelle rientranti nella legislazione concorrente (comma 3 art. 117)
- **Lo Stato risulta titolare di una competenza esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art.117, comma 2, lettera m).**



# La riforma del Titolo V

---

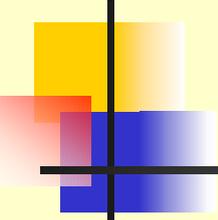
- Siamo in presenza, dunque, di una tripartizione della potestà legislativa
  - Materie rientranti nella potestà legislativa esclusiva dello Stato
  - Materie rientranti nella potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni
  - Materie rientranti nella potestà legislativa esclusiva delle Regioni
- **Come sono distribuite le competenze sanitarie, sociosanitarie e sociali?**



# La riforma del Titolo V

---

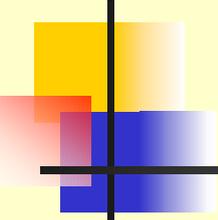
- In materia di **tutela della salute** la **competenza legislativa concorrente** è attribuita alle Regioni e allo Stato al quale è riservata la determinazione dei principi fondamentali, che devono essere necessariamente fissati dalla legislazione, mentre il **sistema degli interventi e dei servizi sociali**,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



# La riforma del Titolo V

---

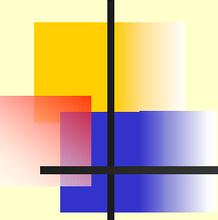
- Il **Governo** ha successivamente predisposto uno schema di disegno di legge recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale nr. 3 del 18 ottobre 2001, che è stato poi approvato dal Parlamento (Legge nr. 131 del 05 giugno 2003 – La Loggia). Con questo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



# La riforma del Titolo V

---

- Non c'è nessun riferimento chiaro alla materia dell'integrazione sociosanitaria
- Regole che organizzano sanità e sociale non sono uguali, che fine rischia di fare l'integrazione sociosanitaria?
- Una risposta può essere data dall'applicazione della sussidiarietà verticale (STATO-REGIONI-COMUNI) e orizzontale (COMUNI, ASL, IPAB, TERZO SETTORE) che insieme programmano e gestiscono ognuno per le proprie competenze le politiche di integrazione sociosanitaria



# Il D.p.c.m. 29 novembre 2001

---

- In attuazione della **legge nr. 405/2001**, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, è stato emanato il **D.p.c.m. 29 novembre 2001** di "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- I principi generali che hanno ispirato la definizione dei LEA, adottati dal Governo con il D.p.c.m. del 29 novembre 2001 sono quelli richiamati nell'articolo 1 comma 2 del D.Lgs. nr. 502/92 e successive modifiche e integrazioni:

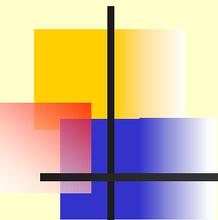
la dignità della persona;

il bisogno di salute;

l'accesso all'assistenza;

la qualità delle cure e loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;

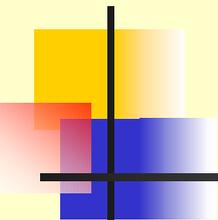
l'economicità nell'impiego delle risorse.



# Il D.p.c.m. 29 novembre 2001

---

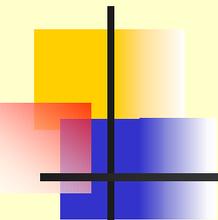
- **L'allegato 1** riporta le prestazioni erogate dal S.S.N. incluse nei livelli e distinte in 3 macro aree:
  - Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
  - Assistenza distrettuale
  - Assistenza ospedaliera
- **L'allegato 2** elenca le prestazioni escluse dai Lea, quelle erogabili in particolari condizioni e quelle incluse nei Lea che hanno però un profilo organizzativo inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione
- **L'allegato 3** fornisce indicazioni particolari per l'applicazione dei Lea
- **L'allegato 4** descrive il ruolo delle Regioni per l'applicazione dei Lea



# Il D.p.c.m. 29 novembre 2001

---

- Sono stati confermati i **criteri di esclusione** già individuati nella normativa vigente e conseguentemente esclusi dai livelli di assistenza erogati dal S.S.N. le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni che:
  - non rispondono a necessità essenziali tutelate in base ai principi ispiratori del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
  - non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili, ovvero la loro utilizzazione è rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
  - in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

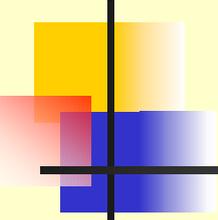


# Il D.p.c.m. 29 novembre 2001

---

## IL RUOLO DELLE REGIONI

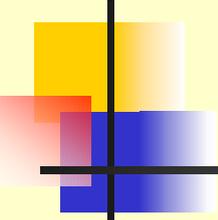
- Con l'**accordo dell'08 agosto 2001** le Regioni si sono impegnate a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri impegnandosi ad adottare tutte le iniziative possibili per la corretta ed efficiente gestione del servizio, al fine di contenere le spese nell'ambito delle risorse disponibili e per mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Lea.
- **Equilibrio** tra le risorse disponibili e l'articolazione delle prestazioni e servizi sociosanitari da garantire attraverso i Lea.
- È necessario che la programmazione regionale proceda nell'applicare i Lea in modo tale da assicurare il pieno rispetto dell'appropriatezza al fine di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale scoprendone così altri e disattendendo ai diritti da garantire a tutti i cittadini.



# Difficoltà applicative dei Lea

---

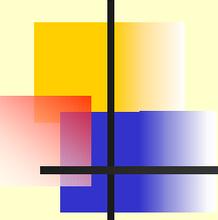
- E' una questione culturale: che cosa sono?  
Anche gli stessi addetti ai lavori qualche volta fanno fatica a comprenderne il funzionamento e la struttura
- Difficoltà di applicazione da parte delle Regioni: molte Regioni hanno temporeggiato per adeguarsi alla nuova programmazione
- La necessità di monitorare la spesa ha prodotto anche delle modifiche sia nell'organizzazione che nella programmazione
- Fatica da parte delle Regioni che hanno dovuto realizzare percorsi interni importanti per far "parlare" la sanità con il "sociale"



# Difficoltà applicative dei Lea

---

- Eguaglianza, equità e federalismo sono concetti che rischiano di essere pericolosi
- Esigibilità dei diritti
- I Comuni non hanno partecipato alla stesura dei Lea, in particolare di quelli sociosanitari e quindi non ne hanno condiviso il percorso. Inoltre, i Comuni denunciano che sono stati messi a loro carico delle prestazioni che andrebbero allocate a carico del S.S.N.
- Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli di assistenza sono garantite dal S.S.N. a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini



# Difficoltà applicative dei Lea

---

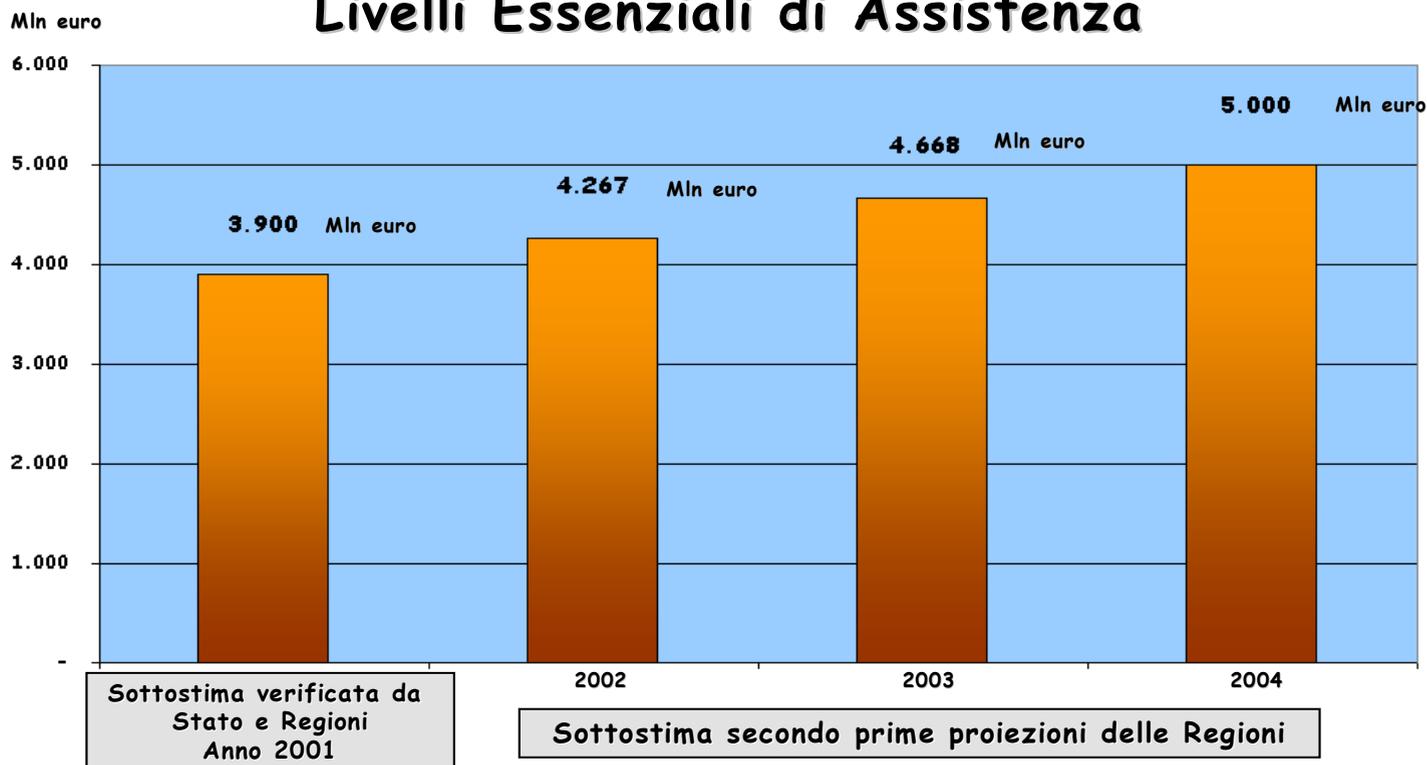
- Le prestazioni sanitarie trovano finanziamento nel S.S.N., quelle sociali nel Fondo nazionale per le politiche sociali
- Le prestazioni sanitarie tra quelle sociosanitarie trovano un copertura economica nel fondo del S.S.N., mentre quelle di competenza dei Comuni non hanno un finanziamento specifico
- Queste trovano una fonte di finanziamento chiaro solo nel riferimento alla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini
- Mancanza dei Liveas

# Difficoltà applicative dei Lea

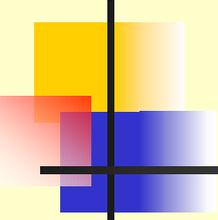
IL RISPETTO DEGLI IMPEGNI

Grafico 10

## Sanità: finanziamento dei Livelli Essenziali di Assistenza



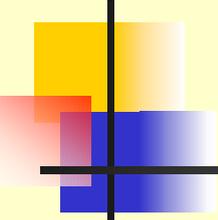
Fonte: Segreteria della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome



# I Liveas – I livelli del sociale

---

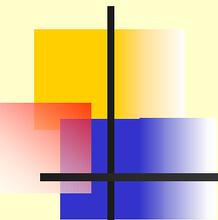
- L'articolo 22 della 328/00, elenca al secondo comma, gli interventi che costituiscono **"i livelli essenziali delle prestazioni sociali"**:
  1. misure di sostegno alla povertà;
  2. misure economiche per favorire la vita autonoma;
  3. interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie;
  4. misure per sostenere le responsabilità familiari;
  5. misure di sostegno alle donne in difficoltà;



# I Liveas – I livelli del sociale

---

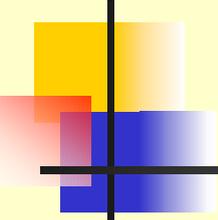
6. interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compreso la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza;
7. interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali;
8. prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti;
9. informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto aiuto.



# I Liveas – I livelli del sociale

---

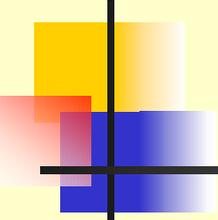
- Il quarto comma, dello stesso articolo 22, detta invece disposizioni che impongono alle leggi regionali di applicazione della 328 di prevedere, comunque, tenendo conto anche delle aree urbane o rurali, l'erogazione delle seguenti prestazioni:
  - Segretariato sociale (Informazione, orientamento e consulenza sulla rete dei servizi sociali);
  - Servizio Sociale Professionale;
  - Assistenza domiciliare;
  - Servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari;
  - Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili;
  - Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.



# Liveas

---

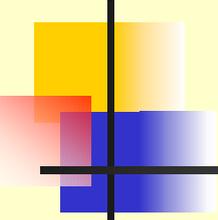
- È più che mai urgente arrivare presto alla **definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociali e alla quantificazione delle risorse per la loro applicazione**
- **La mancata definizione dei Livelli essenziali di assistenza sociale che spetta per legge al Governo**, nonostante sia stato istituito già da più di un anno un apposito tavolo presso la Conferenza Unificata Stato/Regioni/Città rappresenta un **segnale di incertezza**.
- Nel **Piano di azione nazionale contro le povertà e l'esclusione sociale**, presentato nello scorso mese di luglio, si prevede in più punti questa definizione, ma non si comprende ancora quali siano lo scenario e le scelte complessive in termini di realizzazione e finanziamento di questi livelli



# Liveas

---

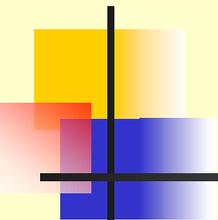
- La mancanza di questo accordo sui livelli del sociale potrà comportare un **ulteriore allargamento della forbice esistente tra diverse aree del paese in merito a diritti e prestazioni assistenziali** perché le realtà che ne avranno la possibilità, andranno avanti per la loro strada sulla base delle proprie risorse finanziarie
- Sarà sempre più difficile garantire l'uniformità e l'omogeneità delle prestazioni sociali nel territorio nazionale
- La mancata definizione dei Liveas comporta anche un problema in tema di **esigibilità dei servizi da parte dei cittadini** perché se da un lato le Regioni e i Comuni sono tenuti a garantire le prestazioni dovute nell'ambito delle risorse disponibili, dall'altro la mancata "copertura" nazionale fa nascere soluzioni diverse da Regione a Regione



# Liveas

---

- **L'approvazione dei Liveas** deve essere accompagnata da un discorso di **individuazione delle risorse** necessarie per la loro applicazione all'interno di un serio confronto sui diversi gradi di condivisione di responsabilità economica che deve sussistere tra Stato, Regioni e Enti Locali
- L'individuazione dei Liveas non può prescindere dalla assunzione di responsabilità da parte dello Stato in merito al loro finanziamento con la consapevolezza che il legame esistente tra la determinazione delle prestazioni ricomprese nei livelli essenziali da garantire in tutto il territorio nazionale e risorse economiche necessarie a finanziarle, dovrebbe prevedere la realizzazione di un **sistema di definizione degli stessi graduale e progressivo**

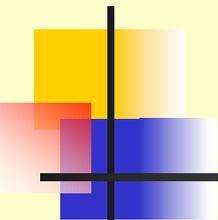


# L'integrazione socio-sanitaria nella Regione Veneto

---

## **Legge regionale nr. 55/82**

- L'idea di integrare il sociale con il sanitario è stata l'opzione strategica che è venuta al legislatore veneto che, in anticipo rispetto al legislatore statale, già con la legge regionale nr. 64/75 poi inserita all'interno della successiva **legge regionale nr. 55/82 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale"** ha voluto disciplinare la materia attraverso la realizzazione di un complesso di servizi sociali coordinati ed integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altro servizio finalizzato allo sviluppo sociale

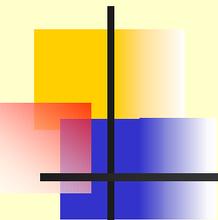


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## **Legge regionale nr. 55/82**

- La L.R. nr. 55/82 disciplina, nell'ambito del territorio del Veneto, l'intervento nel settore dell'assistenza sociale diretto a garantire al cittadino il libero sviluppo della personalità e la sua partecipazione alla vita della comunità
- Tale intervento ha per fine la prevenzione e la progressiva riduzione del bisogno assistenziale concorrendo a rimuovere le cause di natura personale, familiare, sociale ed economica attraverso un complesso di servizi sociali, coordinati e integrati sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale nonché attraverso prestazioni economiche
- La Regione riconosce la funzione di utilità sociale del volontariato e ne promuove l'apporto e il coordinato utilizzo.  
E' garantita la libertà dell'iniziativa privata, che operi per conseguire le medesime finalità cui si ispira la presente legge

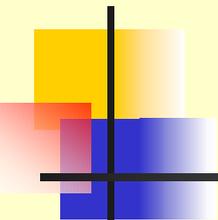


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## **Legge regionale nr. 55/82**

- Le funzioni relative ai **servizi socio-assistenziali e socio-sanitari** sono esercitate dai comuni, dalle comunità montane e dalle unità locali sociosanitarie (ULSS)
- Alle unità locali socio-sanitarie è attribuita la gestione obbligatoria nei limiti fissati dai livelli uniformi di assistenza, delle seguenti funzioni:
  - a) prevenzione, assistenza, riabilitazione, inserimento, informazione, sostegno e ricovero delle persone handicappate
  - b) prevenzione, assistenza, recupero, informazione, sostegno e reinserimento sociale di tossicodipendenti
  - c) attività consultoriali familiari
- Sono di competenza dei comuni o delle comunità montane le funzioni socio-assistenziali relative ad ogni servizio socio-assistenziale di interesse locale, esercitato sia in forma residenziale che semi-residenziale, aperta o domiciliare, compresa l'erogazione di interventi economici complementari



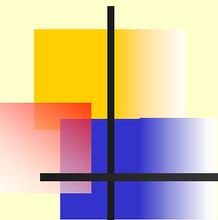
# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## Legge regionale nr. 56/94

### *Integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali*

- La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la **delega della gestione dei servizi sociali** da parte dei comuni alle Unità locali socio-sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale sociosanitario
- I Comuni partecipano alla programmazione sociosanitaria regionale
- Alla Conferenza dei Sindaci spetta tra l'altro il compito di provvedere alla definizione dell'indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'U.L.SS., come pure di provvedere all'elaborazione del Piano di Zona dei Servizi Sociali

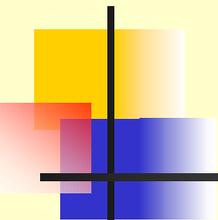


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## Legge regionale nr. 56/94

- La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità locali socio sanitarie
- Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai **piani di zona dei servizi sociali** che vengono elaborati ed approvati dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio sanitaria coincida con quello del comune o dalla conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano socio sanitario regionale



# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

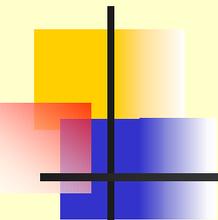
---

## **Legge regionale nr. 56/94**

### **Art. 22 - Distretto socio-sanitario**

Il distretto è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Unità locale socio sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione

Il distretto è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Unità locale socio-sanitaria, nonché polo unificante dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali a livello territoriale

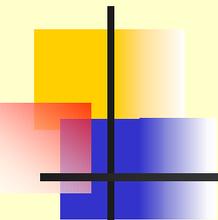


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## **Legge regionale nr. 5/96** **Piano sociosanitario 1996-98**

- La realizzazione di un **sistema integrato** di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione sociosanitaria si attua attraverso la **gestione unitaria** di tali servizi sociali in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'Unità locale socio sanitaria o, alternativamente, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati
- L'ambito territoriale per la gestione unitaria di tali servizi è coincidente con i distretti

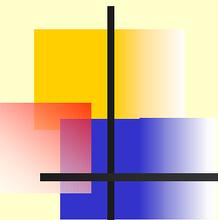


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## Legge regionale nr. 5/96

- I contenuti del **piano di zona** costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe da parte dei comuni della gestione dei servizi sociali all'Unità locale socio sanitaria in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni
- L'Unità locale socio-sanitaria recepisce i contenuti del piano di zona, all'interno del piano generale triennale, precisando, anche ai fini dell'individuazione degli oneri finanziari e, all'interno dei rispettivi livelli di assistenza, gli interventi di propria competenza nei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria, con particolare riferimento all'area degli anziani non autosufficienti e all'area materno-infantile

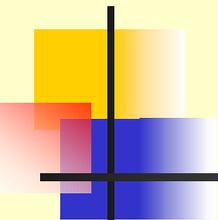


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## Legge regionale nr. 5/96

- L'integrazione viene attuata dal direttore generale attraverso il **Direttore dei Servizi Sociali** che fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona e che ne segue l'attuazione
- Il **distretto socio sanitario** è la sede in cui avviene l'integrazione operativa sulla base dei contenuti e delle modalità previste dall'accordo di programma o dall'atto di delega
- Il distretto, pertanto, costituisce centro di riferimento dei cittadini per le attività dei servizi sanitari e socio-assistenziali sul territorio, sia specifiche che tra loro integrate. Nel suo ambito operano in modo coordinato le strutture pubbliche, private e del privato-sociale accreditate, che erogano servizi sanitari e socio-assistenziali per la realizzazione del piano di zona

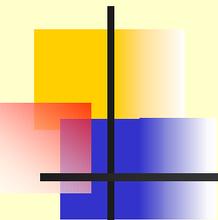


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## Legge regionale nr. 5/96

- La **strategia** regionale dell'integrazione va intesa nella più ampia accezione di "integrazione delle politiche sociosanitarie e di queste con quelle sociali"
- Non solo, è ormai diffusa l'esigenza di compiere un salto di **qualità** all'integrazione tra politiche socio-sanitarie e politiche facenti capo ai Comuni, rifuggendo da una tendenza alla divaricazione tra Aziende ULSS e Comuni, pur all'interno delle compatibilità e distinzioni di ruoli fissate dalla normativa

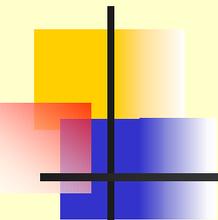


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## Legge regionale nr. 5/96

- A livello organizzativo metodologico l'integrazione è garantita dal **responsabile di distretto**, il quale fa riferimento ai referenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute individuati in:
  - a) materno-infantile ed età evolutiva
  - b) anziani
  - c) tossicodipendenze ed alcoolismo
  - d) salute mentale
  - e) handicap



# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## **Legge Regionale nr. 11/01**

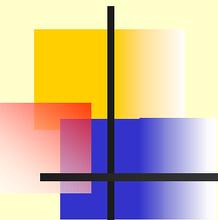
### **Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del Decreto Legislativo nr. 112/98**

- Programmazione dei servizi sociali.

La **Regione** provvede alla programmazione dei servizi sociali attraverso i comuni, le province, le ULSS e con la partecipazione degli altri enti pubblici e dei soggetti di cui alla legge nr. 328/2000

I **Comuni e le Province** svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS

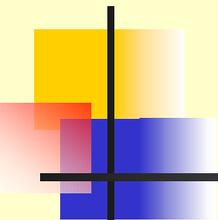
Il **Piano di Zona** viene indicato come lo strumento strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitari



# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

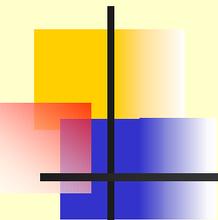
- **I Comuni** sono titolari della generalità delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sociali
- **I Comuni** delegano alle U.L.SS., che ne garantiscono la gestione, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Nelle materie delegate stabiliscono le priorità di intervento, conferiscono le relative risorse e verificano il conseguimento dei risultati
- **I Comuni** di concerto con le U.L.SS. definiscono il Piano di Zona
  
- **Le U.L.SS.**, allo scopo di garantire l'integrazione sociosanitaria e la gestione unitaria dei servizi, assicurano le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- **Le U.L.SS.** assicurano la programmazione, la progettazione e la gestione dei servizi in relazione anche alle deleghe conferite dagli EE.LL.



# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

- La dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi per rispondere alle esigenze di omogenietà di erogazione degli stessi e di contenimento della frammentazione locale e per favorire la programmazione degli interventi, il miglior utilizzo delle risorse, nonché l'integrazione sociosanitaria, è individuata nel **territorio** di competenza di ciascuna U.L.SS.
- Il **Piano di Zona** è lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni d'intesa con le U.L.SS. E con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, definiscono il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti e alle risorse da attivare
- L'area interessata dal Piano di Zona coincide con l'ambito territoriale delle U.L.SS.

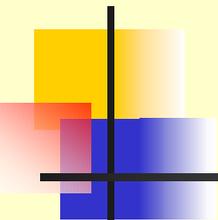


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## **L'integrazione sociosanitaria è anche di tipo economico-finanziaria**

- Nel bilancio della Regione Veneto c'è il Fondo regionale per le politiche sociali, ma anche una serie di appositi capitoli di bilancio che insieme si occupano di politiche sociali
- Risorse per i Comuni
- Risorse per i Comuni che realizzano in forma associata i servizi sociali o che delegano queste attività con delega alle U.L.SS
- Risorse per le U.L.SS. Per la gestione dei servizi sociali
- Risorse per I.P.A.B.
- Risorse per le famiglie
- Risorse per le persone
- Risorse per Terzo settore
- Livelli aggiuntivi rispetto al Dpcm sui Lea

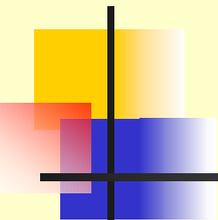


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## L'applicazione regionale dei Lea

- La Regione Veneto ha provveduto all'applicazione del D.p.c.m. del 29.11.2001 attraverso 3 distinti atti deliberativi. In particolare, con D.G.R.V. nr. 2227/02 è stato approvato tra l'altro l'allegato 5 concernente le **prestazioni sociosanitarie** di cui all'allegato 1C, nel quale sono individuate le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario, con l'indicazione delle modalità di applicazione delle stesse da parte delle Aziende UU.LL.SS.SS. della Regione Veneto

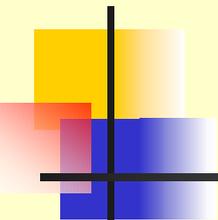


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## L'applicazione regionale dei Lea

- L'allegato 5 della D.G.R.V. nr. 2227/02 è stato portato all'esame della **Conferenza permanente per la Programmazione sanitaria e sociosanitaria** che ha ritenuto di costituire un gruppo di lavoro tecnico per approfondire le tematiche concernenti i Lea sociosanitari. Questo gruppo tecnico ha svolto i lavori nel mese di novembre e le proprie conclusioni sono state recepite nella D.G.R.V. nr. 3972 del 30.12.2002

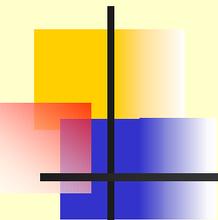


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

## **L'applicazione regionale dei Lea**

- Approvazione delle modifiche all'allegato 5 della D.G.R.V. nr. 2227 del 09.08.2002 in un nuovo coordinato allegato 1 che sostituisce il predetto all'allegato 5
- Agli effetti economico-finanziari, la data del 01.01.2003 è il termine ultimo per la decorrenza del riparto degli oneri così come definito nel nuovo allegato 1
- Le determinazioni contenute nell'allegato 1 sono vincolanti con particolare riferimento ai criteri di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie e quindi al riparto dei relativi oneri, così come vincolante è la determinazione delle prestazioni da assicurare tra i livelli di assistenza con oneri a carico del S.S.R

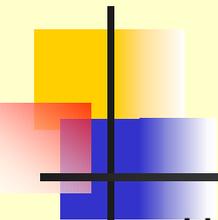


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

Un esempio concreto – Progetti di vita indipendente ex legge nr. 162/98

- La legge nr. 162/98 che modifica la legge nr. 104/92 prevede che le Regioni disciplinano le modalità di realizzazione dei programmi di aiuto alla persona in forma indiretta, anche mediante piani personalizzati per i soggetti che ne facciano richiesta
- La Giunta con D.G.R. nr. 4022/02 ha previsto la realizzazione di progetti finalizzati alla vita indipendente nell'ambito della programmazione degli interventi di sostegno alle persone con grave disabilità ex 162/98, finanziate con risorse trasferite dal F.N.P.S. approvando le linee di indirizzo per la predisposizione da parte delle Aziende U.L.SS. dei programmi annuali di intervento con l'individuazione di obiettivi, destinatari, tipi di prestazioni e modalità di attuazione

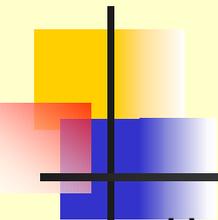


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

Un esempio concreto – Progetti di vita indipendente ex legge nr. 162/98

- la Regione per l'anno 2003 ha previsto un ulteriore e apposito finanziamento di € 1.500.000,00 per promuovere e sostenere specifiche progettualità a livello locale che permettano la realizzazione di progetti individuali di vita indipendente.
- Con D.G.R.V. nr. 2824/03 sono stati definiti:
  - l'obiettivo: favorire il diritto alla vita indipendente delle persone con disabilità attraverso progetti individuali di assistenza, gestiti in forma indiretta
  - i destinatari: persone con grave disabilità psico-motoria di età compresa tra i 18 e i 64 anni che nella costruzione di un progetto di vita intendano avvalersi dell'assistenza personale gestendola in modo diretto



# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

Un esempio concreto – Progetti di vita indipendente ex legge nr. 162/98

- le prestazioni: interventi domiciliari assistenziali (cura della casa, della persona, ecc) – interventi per l'integrazione sociale (tempo libero, lavoro, formazione, ecc) – interventi per l'accessibilità e la mobilità ( trasporto, accompagnamento, assistenza)

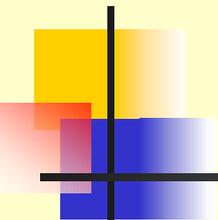
■ Per l'assistenza si può ricorrere a personale

- di cooperative sociali o associazioni convenzionate con l'Azienda U.L.SS.

- di cooperative o associazioni scelte dalla persona con disabilità

-- personale privato scelto dalla persona con disabilità

■ Contributo mensile massimo: € 1.000,00

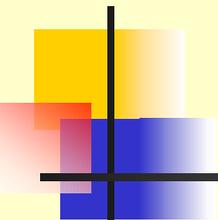


# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

Un esempio concreto – Progetti di vita indipendente ex legge nr. 162/98

- Graduatoria con seguenti criteri di priorità: reddito Isee più basso – condizione familiare – particolari condizioni di carattere abitativo o ambientale
- Le Aziende U.L.SS. predispongono un apposito accordo di programma con i Comuni che deve essere approvato dalla Conferenza dei Sindaci
- I Comuni in sede di approvazione dell'Accordo di Programma possono incrementare con proprie risorse il contributo mensile assegnato per la realizzazione dei progetti



# L'integrazione sociosanitaria nella Regione Veneto

---

Un esempio concreto – Progetti di vita indipendente ex legge nr. 162/98

- Criteri Azienda U.L.SS. nr. 6

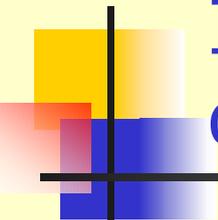
- età 20-45 anni

- avere capacità decisionali

- accettare di elaborare insieme ai servizi competenti un progetto di vita che preveda una maggiore autonomia rispetto alla famiglia di origine

- Informazione e pubblicità presso i Distretti Socio Sanitari che raccoglieranno le domande

- Le domande saranno valutate delle U.V.M.D. per integrazione con altri progetti esistenti



# Il modello veneto verso nuovi traguardi: sistemi di integrazione istituzionale e gestionale

---

## Il nuovo piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità

- Nel modello Veneto è stata privilegiata la strategia di integrazione tramite **delega di gestione all'Ulss** di una parte delle funzioni sociosanitarie, lasciando alla facoltà dei comuni la possibilità di ulteriori deleghe di gestione, fino ad un conferimento complessivo di tutte le attività di interesse sociosanitario, cioè anche delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

Ulss gestisce

- ✓ prestazioni sanitarie
- ✓ prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria
- ✓ prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

I comuni gestiscono

- ✓ prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (delegate)
- ✓ prestazioni sociali

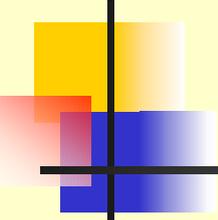


# Gestione unitaria dei servizi in ambiti territoriali omogenei mediante nuove forme di integrazione istituzionale e gestionale

---

## **Il nuovo piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità**

- Riequilibrare l'esercizio dei poteri istituzionali nella gestione dei servizi alle persone su scala locale
- Garantire anche per i servizi sociali una gestione manageriale di tutti gli interventi in modo da ottimizzare l'uso delle risorse istituzionali e sociali
- Gestione unitaria di tutti i servizi alla persona da parte di un nuovo e unico soggetto gestionale **"AZIENDA UNITARIA LOCALE PER I SERVIZI ALLA PERSONA"** per lo svolgimento delle funzioni sanitarie e socio sanitarie attualmente garantite dalle Ulss e quelle sociali oggetto di gestione da parte dei comuni.



# Azienda Unitaria Locale per i Servizi alla Persona

---

## **Il nuovo piano regionale dei servizi alla persona e alla comunità**

- L' Azienda Unitaria Locale per i Servizi alla Persona gestisce:
  - prestazioni sanitarie
  - prestazioni ad elevata integrazione (3 septies – D.Lgs. 502/92)
  - prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (3 septies – D.Lgs. 502/92)
  - prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (3 septies – D.Lgs. 502/92)
  - prestazioni sociali di cui ai livelli essenziali art. 22 della Legge 328/00
  
- L' Azienda Unitaria Locale per i Servizi alla Persona diventa cioè “nuovo” e “unico” soggetto gestore dei servizi alle persone con due “azionisti”: la Regione e i Comuni del territorio interessato