



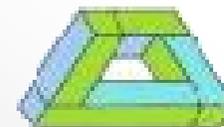
26 giugno 2013

Il rapporto tra sanitario e sociale: costruire il "tangram" dell'integrazione

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



Stefano Ricci
stefano.ricci@regione.marche.it

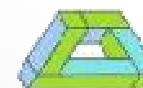


Agenzia Regional e Sanitaria



Indice dei contributi:

- **La salute tra sociale e sanitario: riferimenti concettuali dell'integrazione sociale e sanitaria**
- **Riferimenti normativi nazionali dell'integrazione sociale e sanitaria**
- **Un "caso" regionale di integrazione sociale e sanitaria: le Marche**
- **Il "tangram" dell'integrazione sociale e sanitaria**



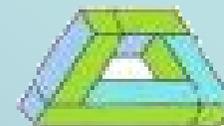


La salute tra sociale e sanitario: riferimenti concettuali dell'integrazione sociale e sanitaria

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



Stefano Ricci
stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



La salute: esito delle "relazioni" tra sistemi





I servizi e gli interventi tra continuità e appropriatezza

Azienda Ospedaliera Ospedale di Rete Presidio Sanitario di Comunità Lungodegenza Residenza Sanitaria Assistita Residenza Protetta Day Hospital/Day Surgery Medico Medicina Generale Pediatra Libera Scelta Accoglienza residenziale Centro Diurno Servizio semiresidenziale Assistenza Domiciliare Integrata Servizio di Assistenza Domiciliare Servizio sociale Territoriale Servizio di comunità Intervento di supporto/sostegno...

Intensità sanitaria

Intensità sociale



Servizi Sanitari

Servizi Sociali

Programmazione sanitaria

Programmazione sociale

Costi servizi sanitari

Costi servizi sociali

Il posizionamento di una persona nell'ambito della cura varia nel tempo e comporta implicazioni rispetto a continuità, appropriatezza, costi, integrazione nella programmazione e nella gestione di servizi e interventi.



stefano.ricci@regione.marche.it

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013

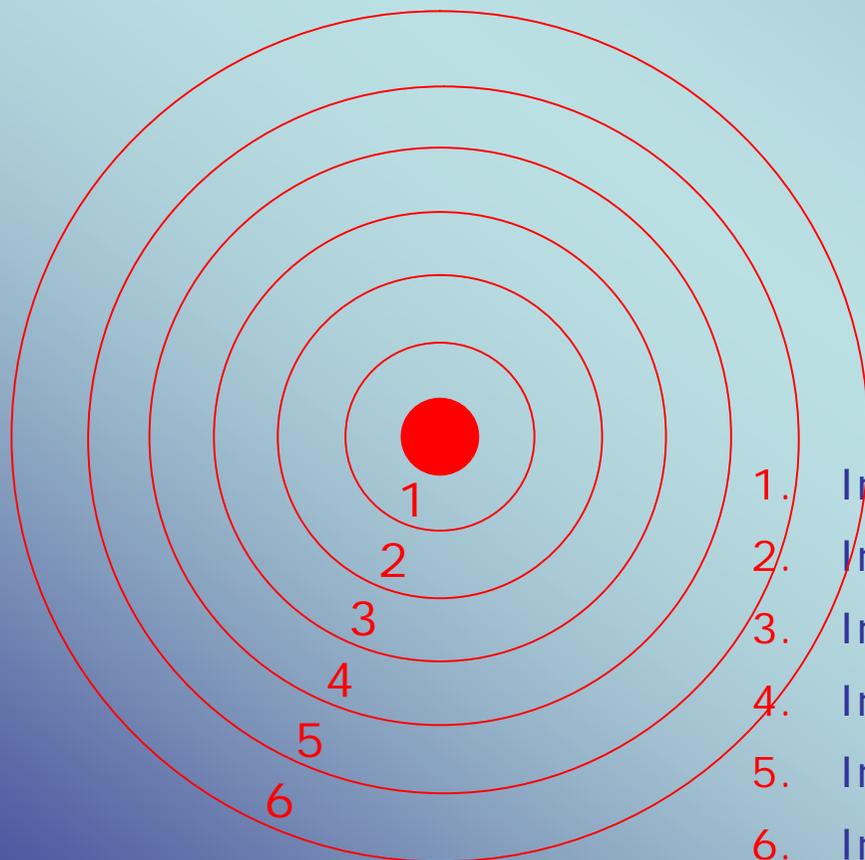


Agenzia Regional e Sanitaria



La persona nel sistema integrato dei servizi

interventi e servizi sociali interventi e servizi sanitari



1. Interventi di sostegno e accompagnamento
2. Interventi e servizi territoriali
3. Interventi e servizi domiciliari
4. Interventi e servizi semiresidenziali
5. Interventi e servizi residenziali
6. Interventi e servizi per le emergenze



stefano.ricci@regione.marche.it

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

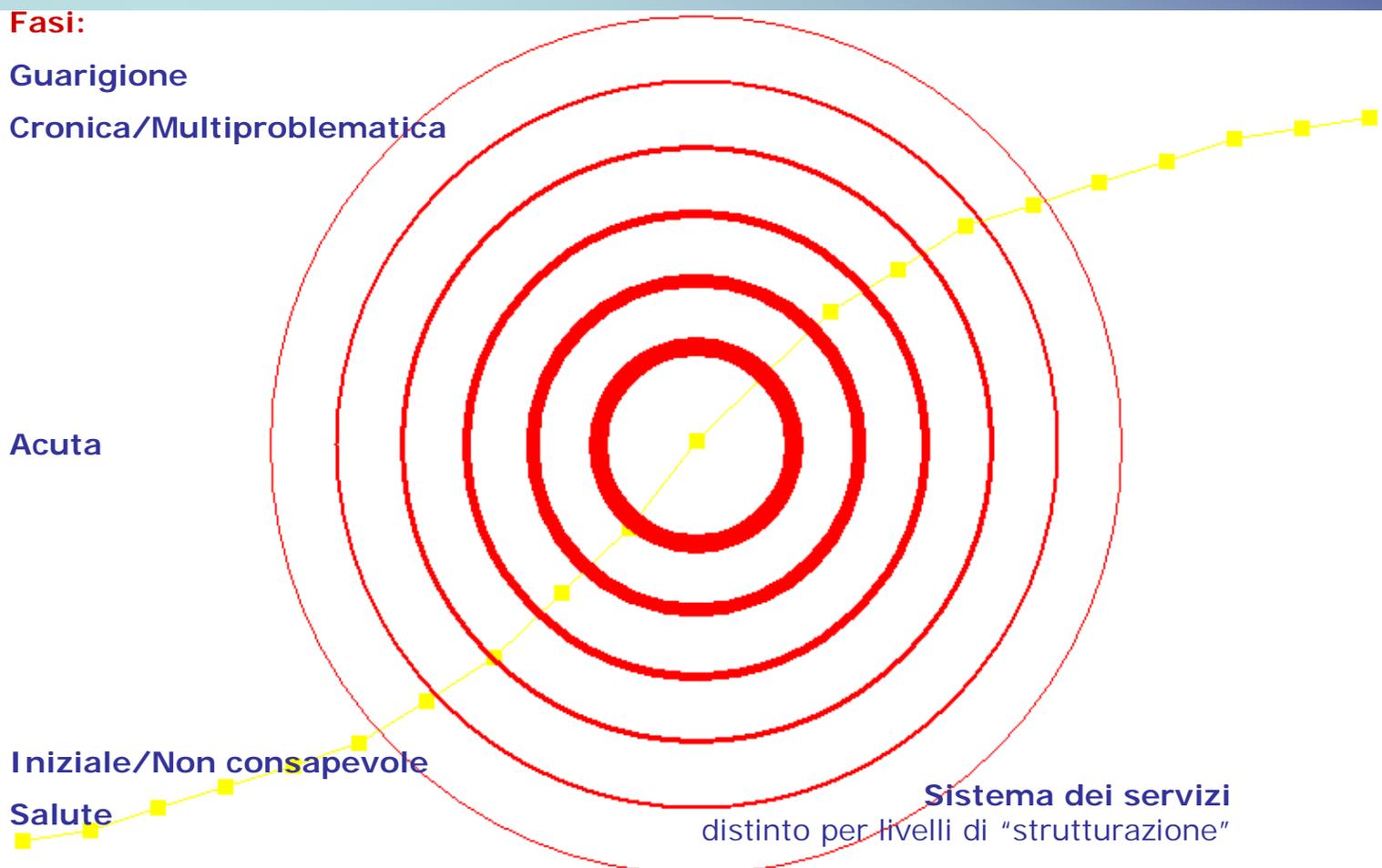
Corso di formazione R17/2013



Agenzia Regional e Sanitaria

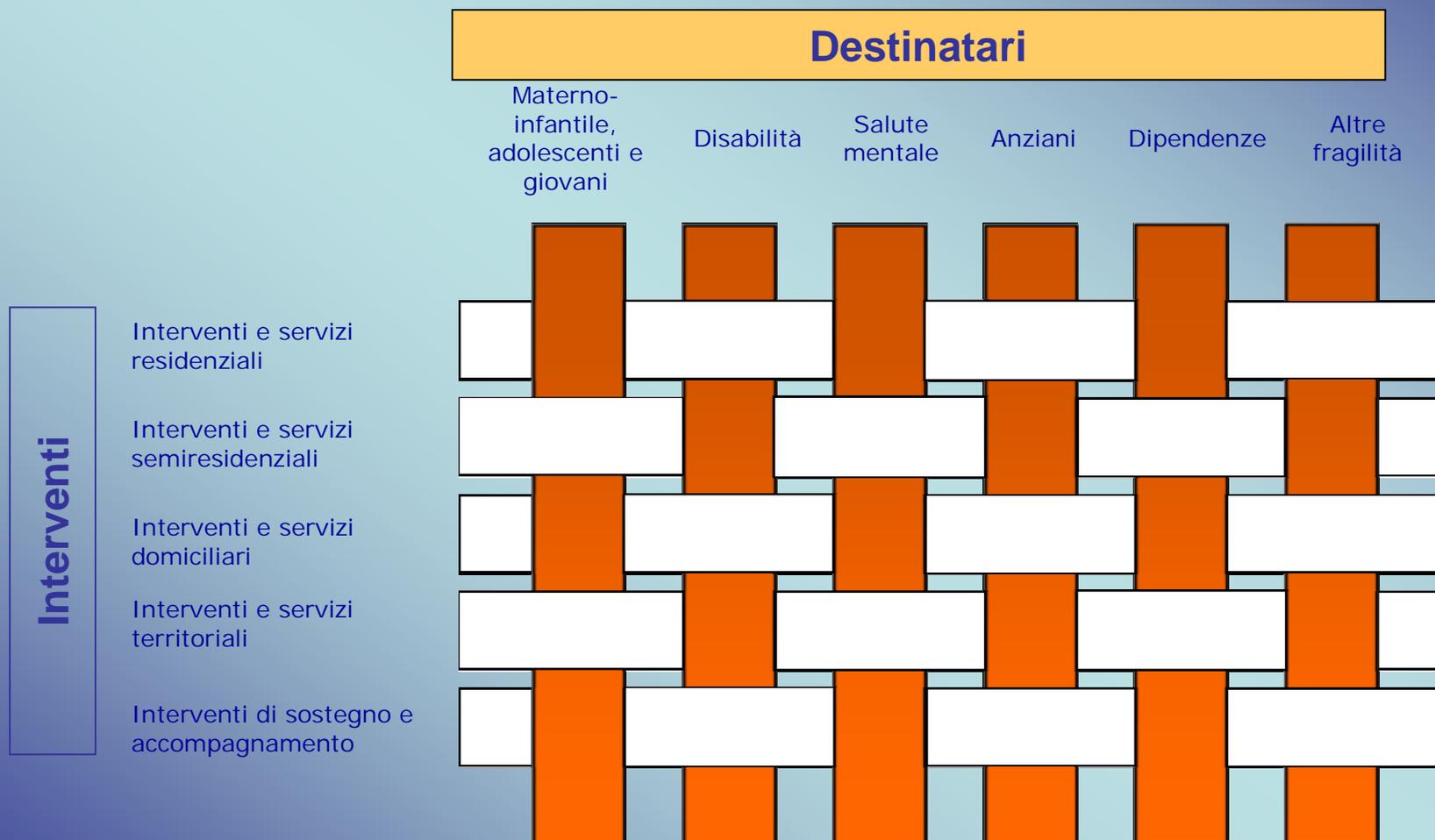


Livello di problemi vs Rapporto con i servizi





Coerenza degli interventi e specificità dei bisogni



Sintesi delle "attività" socio-sanitarie



Aree	Prestazioni - Funzioni - Livelli di assistenza	Rif.
Materno-infantile, adolescenti e giovani	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative ▪ Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche ▪ Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni ▪ Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza ▪ Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi ▪ Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi ▪ Prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed adolescenti ▪ Prestazioni diagnostiche e terapeutiche, residenziali e semiresidenziali, a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico 	<p>14.02.01</p> <p>14.02.01</p> <p>14.02.01</p> <p>14.02.01</p> <p>14.02.01</p> <p>14.02.01</p> <p>29.11.01</p> <p>29.11.01</p>
Disabilità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica ▪ Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungoassistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia 	<p>14.02.01</p> <p>14.02.01</p>
Salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale ▪ Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo 	<p>14.02.01</p> <p>14.02.01</p>





Sintesi delle "attività" socio-sanitarie

Aree	Prestazioni - Funzioni - Livelli di assistenza	Rif.
Anziani	<ul style="list-style-type: none">▪ Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia	14.02.01
	<ul style="list-style-type: none">▪ Assistenza domiciliare integrata	14.02.01
Dipendenze, disagi, fragilità	<ul style="list-style-type: none">▪ Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale	14.02.01
	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologie per infezioni da HIV - Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoassistenza ed accoglienza in strutture residenziali	14.02.01
	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologie per infezioni da HIV - Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo	14.02.01
	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale	29.11.01
	<ul style="list-style-type: none">▪ Patologie per infezioni da HIV - Prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare	29.11.01
	<ul style="list-style-type: none">▪ Pazienti terminali - Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale	14.02.01
<ul style="list-style-type: none">▪ Attività sanitaria e sociosanitaria a favore dei detenuti - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e, riabilitative e socioriabilitative per le dipendenze e disturbi mentali	29.11.01	





I Determinanti di Salute

- I determinanti di salute sono quegli elementi che, interagendo con l'ambiente, conservano o modificano, fino ad alterarle, le condizioni di salute ed il benessere delle persone nel corso della vita.

<i>Non modificabili</i>	<i>Socio-economici</i>	<i>Ambientali</i>	<i>Stili di vita</i>	<i>Accesso ai servizi</i>
Genetica	Reddito	Aria	Alimentazione	Istruzione
Sesso	Occupazione	Acqua e alimenti	Attività fisica	Servizi sanitari
Età	Contesto socio-culturale	Area di residenza e abitazione	Uso/consumo di sostanze	Servizi sociali
	Relazioni personali e sociali	Ambiente sociale e culturale	Fumo/Alcool	Trasporti
			Farmaci	Attività produttive
			Attività sessuale	Attività ricreative





Le asimmetrie tra sanità e sociale

- **Asimmetria istituzionale**
 - LEA sanitari vs Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali
 - Diritti sanitari vs Diritti sociali
- **Asimmetria amministrativa**
 - Aziende Sanitarie Locali competenze sanitarie vs Comuni competenze sociali
 - Regione tra la responsabilità autonoma dei Comuni per il sociale e la “dipendenza” strutturale delle ASL
- **Asimmetria finanziaria**
 - Nel 2010: 103 Mld di Euro alla sanità e 1 Mld di Euro al sociale
 - Spesa sanitaria molto rigida e stabile vs Spesa sociale flessibile e precaria





Le asimmetrie tra sanità e sociale

- **Asimmetria organizzativa**
 - Articolazione dei servizi sanitari: strutturata, gerarchica, stabile e dedicata vs Articolazione dei servizi sociali: leggera, flessibile, polifunzionale e precaria quella del sociale.
- **Asimmetria professionale**
 - Numerosità profili delle professioni sanitarie vs Mancanza profili delle professioni sociali
 - Diversa tutela e garanzia contrattuale nelle due aree di servizio alla persona





Dall'interazione all'integrazione, alla...

- Scontro
- Contrapposizione
- Indifferenza
- Incontro
- Raccordo
- Partecipazione
- Collaborazione
- Sinergia
- Alleanze
- **Integrazione:**



- ✓ *Territoriale*
- ✓ *Istituzionale*
- ✓ *Programmatoria*
- ✓ *Organizzativa*
- ✓ *Gestionale*
- ✓ *Professionale*





...disintegrazione possibile Ovvero: domande impertinenti

- L'integrazione sociale e sanitaria è possibile?
- L'integrazione sociale e sanitaria è utile?
- Azzeramento del Fondo Unico Sociale?
- "Controriforma sociale"?
- ...Che altro?





Le coerenze dell'integrazione

- Va definita e conseguita la coerenza tra la "progettualità per la persona" e la "programmazione integrata territoriale"
- Programmazione e progettualità da un lato, servizi, azioni ed interventi dall'altro vanno declinati e coniugati ai diversi livelli delle varie dimensioni interconnesse

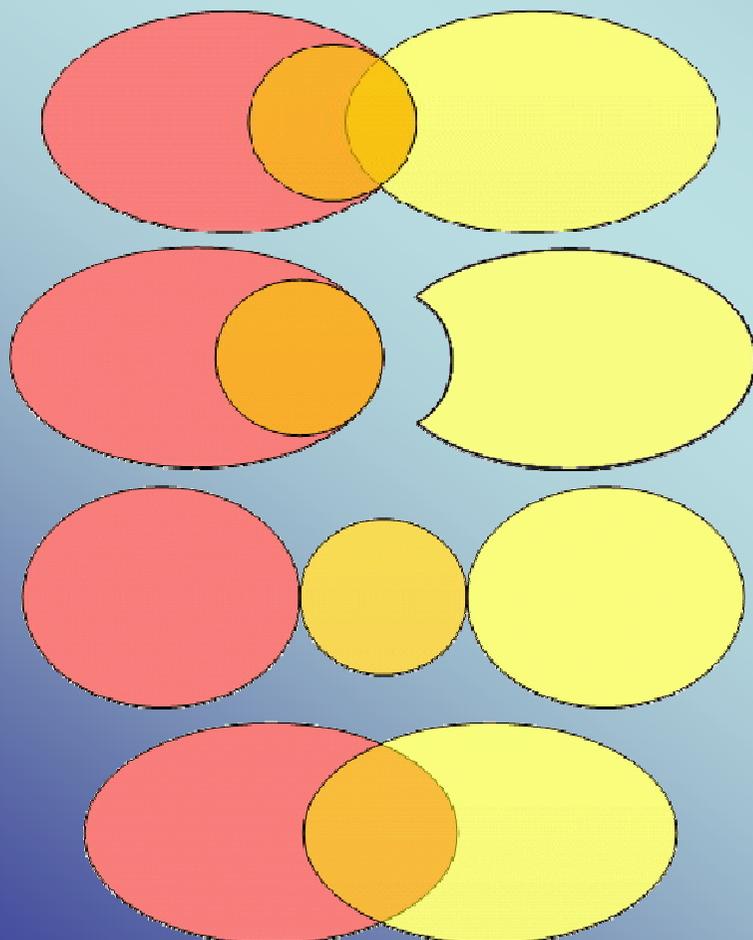


- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013





Una interpretazione di... "modelli" e scenari



Integrazione "inquadrate"

Prevalenza della integrazione per settori di intervento rispetto ad una dimensione unitaria; in genere si sviluppa in sistemi complessi, eterogenei (anche diversi nell'approccio teorico) e determina una integrazione "a scacchi".

Integrazione "delegata"

Le competenze socio-sanitarie (e in qualche caso anche alcune "sociali") sono delegate all'azienda sanitaria; in casi meno frequenti il sociale supplisce alle carenze di intervento della sanità (soprattutto per le fragilità di "confine").

Integrazione "terza"

Le prestazioni socio-sanitarie sono organizzate, gestite ed erogate da un soggetto specifico, in qualche modo "terzo" rispetto a Azienda sanitaria e Comune, configurando una linea produttiva specifica socio-sanitaria.

Integrazione "pura"

Caratterizzata dal mantenimento delle competenze sociali ai comuni e di quelle sanitarie all'azienda sanitaria locale, per cui l'integrazione viene costruita e gestita insieme tra soggetti "diversi" e "distinti", con modalità di collaborazione e connessione più o meno strutturate.





"Modelli" a confronto: spunti

+ - "praticabilità"
 + - "adeguatezza"



	Territoriale	Istituzionale	Programmat.	Organizzativa	Gestionale	Professionale
Integrazione "inquadrata"	++ ++	- ++	- -	+ ++	- +	++ -
Integrazione "delegata"	- --	++ --	+ --	++	++ --	-- --
Integrazione "terza"	+ -	+ -	-- +	-- --	-- -	- +
Integrazione "pura"	-- +	-- +	++ ++	- -	+ ++	+ ++

● sanitario ● socio-sanitario ● sociale

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regionale e Sanitaria



Amministrare l'integrazione: modelli a confronto - 1



Livelli integrazione	
Territoriale	<i>Sistema complesso, eterogeneo e integrazione "a spicchi"</i>
Istituzionale	<i>Difficile raccordare e conciliare la unitarietà dell'approccio socio-sanitario con le specificità dei settori di intervento</i>
Programmatoria	<i>Prevalenza delle programmazioni per settori di intervento rispetto ad una dimensione unitaria</i>
Organizzativa	<i>Difficili relazioni tra dirigenti di settore di intervento e dirigenti "di sistema" (ai vari livelli territoriali)</i>
Gestionale	<i>Scarsa comunicabilità tra i vari settori di intervento</i>
Professionale	<i>Variabilità di collaborazione e sintonia tra le professionalità nei diversi settori di intervento</i>





Amministrare l'integrazione: modelli a confronto - 2



Livelli integrazione	
Territoriale	<i>Buone prassi di integrazione determinate prevalentemente dalla disponibilità dei dirigenti dei servizi sanitari e sociali</i>
Istituzionale	<i>Squilibrio permanente tra sanitario e sociale</i>
Programmatoria	<i>Separazione rigida ai diversi livelli territoriali di programmazione</i>
Organizzativa	<i>Accentuazione delle disarmonie tra i diversi servizi sanitari e sociali</i>
Gestionale	<i>Rischio di sanitarizzazione degli interventi sociali</i>
Professionale	<i>Collaborazione confinata ad attività "marginali"</i>





Amministrare l'integrazione: modelli a confronto - 3



Livelli integrazione	
Territoriale	<i>"Modellizzazione" facilmente replicabile ai diversi livelli territoriali</i>
Istituzionale	<i>Rischi di moltiplicazione dei livelli/luoghi decisionali</i>
Programmatoria	<i>Difficoltà di definizione dei contenuti e delle competenze specifiche del settore socio-sanitario rispetto agli altri</i>
Organizzativa	<i>Sovrapposizione di servizi e responsabilità (conflitti)</i>
Gestionale	<i>Maggiore attenzione alle specificità, minore prospettiva olistica</i>
Professionale	<i>Sintonie per "specializzazione". Difficoltà nella comunicazione/collaborazione multidisciplinare</i>





Amministrare l'integrazione: modelli a confronto - 4



Livelli integrazione	
Territoriale	<i>Rischi di eterogeneità delle risposte (modi e contenuti)</i>
Istituzionale	<i>Necessarie corrispondenze tra i livelli centrale/regionale e decentrato/territoriale</i>
Programmatoria	<i>Omogeneità che facilita il governo ai diversi livelli di programmazione</i>
Organizzativa	<i>Difficile perseguire e mantenere un livello sufficientemente definito delle varie "organizzazioni" di intervento</i>
Gestionale	<i>Possibile compensazione tra le organizzazioni grazie a modelli di relazione agili e flessibili</i>
Professionale	<i>Sintonie determinate dalla "obbligatorietà" della ricerca di processi operativi comuni</i>



“Modelli” regionali di integrazione sociale e sanitaria 1/5



Criteri per una classificazione dei “modelli” regionali di integrazione sociale e sanitaria

- Sono state prese come riferimento generale due dimensioni costitutive dell’Integrazione Sociale e Sanitaria (ISS):

Contenuti e Modalità

- Ogni dimensione dell’ISS varia lungo un asse con due polarità:

Contenuti di un’ISS *sistemica* vs *settoriale*

Modalità di un’ISS *strutturale* vs *funzionale*

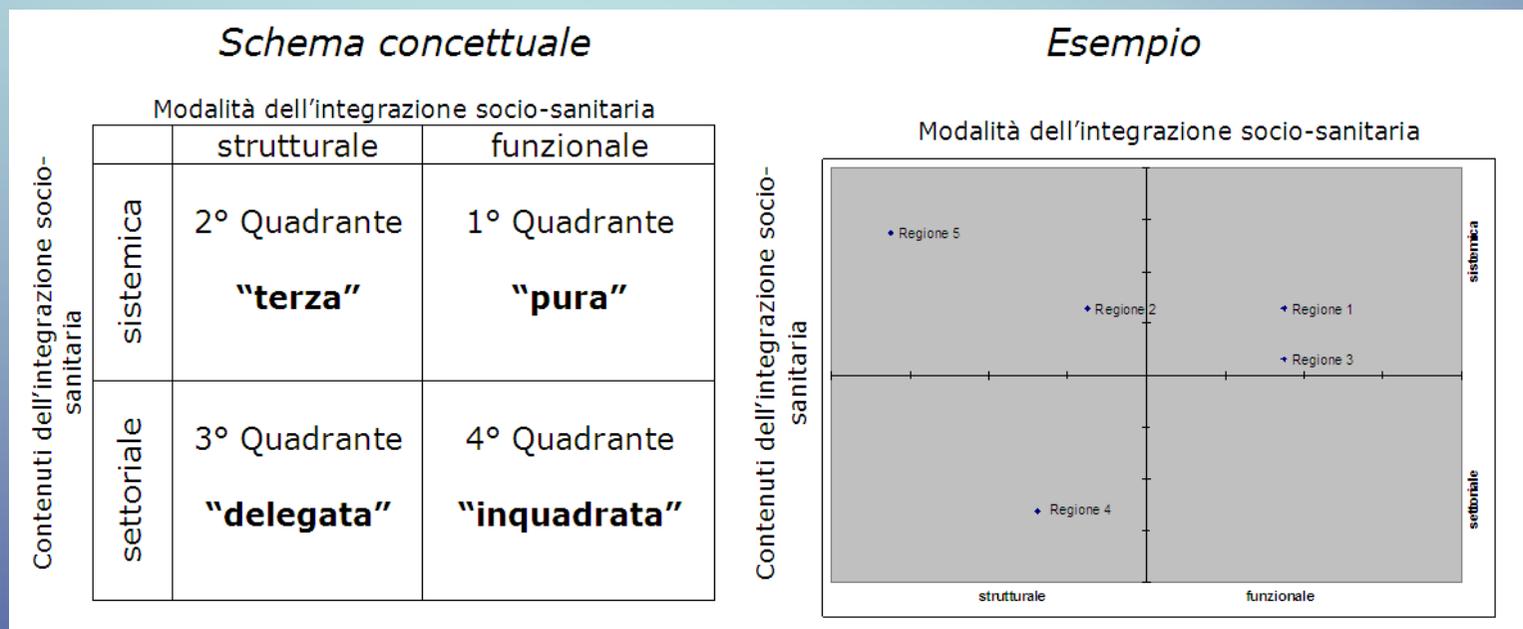
- Rispetto alle possibili declinazioni dell’ISS (Istituzionale, Programmatoria, Organizzativa, Gestionale, Professionale, Territoriale) si individuano 16 variabili, 8 per ogni asse; per ogni variabile sono stati elaborati quattro item.



“Modelli” regionali di integrazione sociale e sanitaria 2/5



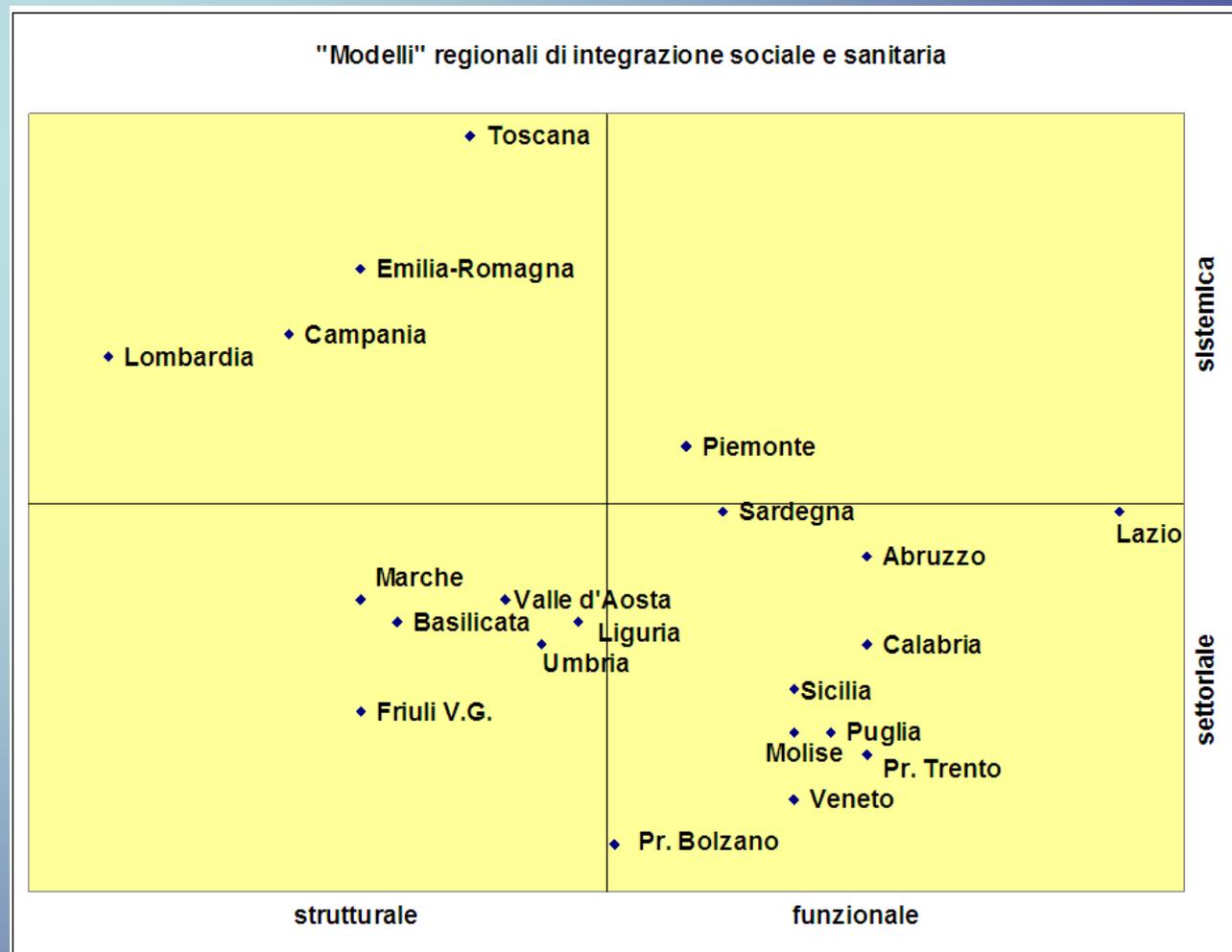
- La scelta degli items corrispondenti alle situazioni regionali contribuisce, combinato con gli altri, a definire la collocazione in un sistema di assi cartesiani.





"Modelli" regionali di integrazione sociale e sanitaria 3/5

- La prima applicazione del "modello", sia rispetto alle "fonti" e alla "letteratura" che alla rilevazione dai Presidenti regionali CARD, ha determinato la questa "mappa"



“Modelli” regionali di integrazione sociale e sanitaria 4/5



- Si conferma che non si possono identificare "modelli" regionali, ma aree "omogenee", cioè gruppi di Regioni che si trovano in uno stesso "quadrante" anche per "combinazioni" differenti delle variabili considerate. Le collocazioni vanno interpretate.
- Alcune Regioni hanno alcune caratteristiche tipiche di una delle categorie concettuali individuate, ma complessivamente si collocano in un altro quadrante.

Commenti, preliminari e da approfondire, sono:

- La maggior parte delle Regioni si concentra nella sezione dell'integrazione sociale e sanitaria etichettata come "inquadrata", cioè caratterizzata da una modalità "funzionale" e da contenuti "settoriali"... i livelli più "leggeri" si colgono, rispettivamente, per il Lazio e per la provincia di Bolzano.
- Il gruppo più "omogeneo" è quello dell'integrazione sociale e sanitaria "delegata" e quindi (con riferimento ai contenuti esposti), o andrà cambiata l'etichetta perché nella realtà sembra prevalere l'aspetto "strutturale" oppure, più probabilmente, le variabili che si è potuto utilizzare non discriminano sufficientemente le differenze tra modalità "settoriali" (17 realtà territoriali) e "sistemiche" (solo 5).
- Il settore con i contenuti più "sistematizzati" e le modalità più "strutturate" dell'integrazione sociale e sanitaria contiene quattro Regioni di cui una appare come collocazione "anomala" (Campania), probabilmente determinata dalle componenti normative, formali; le altre (Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia) esprimono tre "modelli" diversi di fare integrazione sociale e sanitaria accomunati da queste caratteristiche di "consolidamento".

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



“Modelli” regionali di integrazione sociale e sanitaria 5/5

- Un “nuovo” **schema interpretativo**, corretto sulla base dei dati e delle informazioni raccolte.

		Modalità dell'integrazione socio-sanitaria	
		strutturale	funzionale
Contenuti dell'integrazione socio-sanitaria	Sistemica	2° Quadrante “consolidata”	1° Quadrante “adattata”
	Settoriale	3° Quadrante “organizzata”	4° Quadrante “leggera”

- Per continuare e approfondire la ricerca servono più informazioni, e non solo...

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



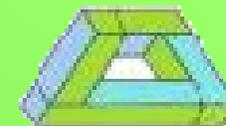


Riferimenti normativi nazionali dell'integrazione sociale e sanitaria

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



Stefano Ricci
stefano.ricci@regione.marche.it

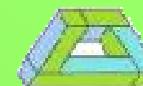


Agenzia Regionale e Sanitaria



Integrazione socio-sanitaria: una, nessuna, centomila...

- Legge n° 833/78
- D.lgvo n° 502/92
- D.lgvo n° 229/99
- Legge n° 328/00
- Riforma del Titolo V della Costituzione
- DPCM 14.02.2001: "Atto di Indirizzo e Coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- DPCM 29.11.2001: Definizione dei LEA - Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza
- Mancano i LIVEAS (L. 328/00 - Art. 9, comma 1, lett. B) Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni





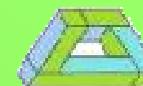
Uno sguardo retrospettivo

- **La Costituzione repubblicana**

- Articoli più importanti: art. 2 (diritti inviolabili e dovere inderogabile della solidarietà); art. 3 (diritti civili, politici e sociali); art 32 (salute); art. 38 (assistenza); art. 117 e 118 (competenze delle Regioni).

- **Fasi successive alla Costituzione**

1. Periodo postbellico della ricostruzione, del consolidamento di molti interventi sanitari e sociali (assistenza ai mutilati e invalidi, ai profughi, ai bambini disadattati) con l'istituzione di diversi Enti, tra cui l'Amministrazione Aiuti Internazionali (AAI)
2. Avvio effettivo delle Regioni a statuto ordinario (1970), riordino con un approccio globale, integrato e correlato di funzioni (L. 382/75 e conseguente D.P.R. 616/77: che definisce l'assistenza - art. 22, ne attribuisce le funzioni al Comune – art. 25)
3. Si avvia il processo di approvazione di leggi quadro di settore che interesserà anche le successive fasi (disabili L. 118/71, L.104/92; malati mentali L. 180/78; tossicodipendenti L. 685/75, D.P.R. 309/90 e L. 45/99; diritto di famiglia L.451/75, successivamente minori, immigrati extracomunitari, ecc.)
4. Riordino della sanità con l'istituzione del servizio sanitario nazionale (L. 833/78 e s.m.).
 - Prospettiva di riforma del sistema di welfare con la necessità di approvazione di:
 - legge quadro sulle autonomie locali (L. 142/1990 e s.m.: T.U. D. Lgs. 267/2000)
 - legge quadro sulla fiscalità
 - legge di riforma della previdenza
 - legge quadro sull'assistenza
5. Revisione della prima riforma sanitaria, con una legge delega (L.421/92), che si riferisce anche alla finanza locale, al sistema pensionistico e al pubblico impiego: modificazione degli approcci e delle indicazioni metodologiche.
6. Avvio del completamento del decentramento amministrativo (federalismo): mutamenti segnati dalle leggi Bassanini (sull'assistenza il D. Lgs. 112/1998), accanto alla riforma ter della sanità, oggetto di un'ulteriore legge delega (L. 419/1998) e conseguente decreto legislativo (n. 229/99 e s.m.): ridefinizione compiti dei comuni, integrazione sociosanitaria, livelli di programmazione nazionale e regionale.





Caratteristiche del Welfare italiano

- **Esito di:**
 - sviluppo economico ritardato
 - particolare storia sociale e politica
- **Limiti:**
 - familistico
 - scarsa equità e penalizzazione certe aree di bisogno e geografiche
 - carattere assistenzialistico
 - centralismo
 - concentrazione su ente pubblico

Tendenze delle politiche sociali

	Focalizzazione	Oggetto	Target	Funzione	Approccio professionale	Attori
Anni '60/'70	Assistenza al caso singolo	problema conclamato	utente singolo	cura e accudimento	terapeutico	single professionalità
Anni '80/'90	Prevenzione	rischio	gruppo a rischio	stimolo alla consapevolezza e alla responsabilità	educativo	servizio
Anni '90/'00	Promozione	"normale disagio"	fascia di popolazione	attivazione	consulenziale animativo	rete





Legge n° 833/78

- Istituisce il **Servizio Sanitario Nazionale** (S.S.N.)
- Forte centratura territoriale con le **Unità Sanitarie Locali** (U.S.L.)
- L'aspetto innovativo è legato ai principi ispiratori:
 - La tutela della salute è un diritto del cittadino e un interesse della collettività (Costituzione Repubblicana)
 - La tutela della salute fisica e psichica va garantita nel pieno rispetto di dignità e libertà
 - Il S.S.N. deve garantire la globalità delle prestazioni
 - La garanzia delle prestazioni erogate senza alcuna distinzione tra condizioni individuali o sociali e secondo criteri di uguaglianza
- **Obiettivi:**
 - Superamento della frammentarietà dell'assistenza e degli squilibri territoriali
 - Definizione di un modello unitario, organico e integrato
- **Parole d'ordine:**
 - **Unificazione** – degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione
 - **Globalità** – dell'approccio alla salute collocata nel contesto individuo-ambiente (modello sistemico/relazionale)
 - **Generalizzazione** – del diritto d'accesso ai servizi sanitari
 - **Uguaglianza** – con il superamento degli squilibri, sociali e territoriali, in ordine all'accesso ai servizi

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

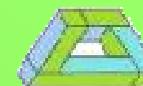
Corso di formazione R17/2013





D.lgvo n° 502/92 (modificato dal D.lgvo n° 517/93)

- Prevede l'erogazione delle prestazioni sanitarie in modo nuovo, le U.S.L. diventano Aziende (A.U.S.L. > A.S.L.)
- La nuova "azienda di servizi" deve quindi:
 - "Massimizzare il profitto"
 - Ridurre i costi di produzione
 - Mantenere inalterata la qualità del servizio e migliorarla
- In nuovo assetto prevede l'adozione di accordi finalizzati ai principi di:
 - Integrazione
 - Contenimento dei consumi sanitari
 - Acquisizione delle prestazioni da soggetti singoli o consortili
 - Qualità-Economicità
- Al cittadino viene riconosciuto il ruolo di "cliente" nei confronti dei servizi e delle strutture sanitarie
- Deve essere garantita ai cittadini la partecipazione e la tutela dei diritti





D.Igvo n° 229/99 (Riforma TER)

- Il D.Igvo 229/99 prevede un nuovo rapporto tra Regione, Comuni e Aziende Sanitarie e definisce il concetto di integrazione sociosanitaria:

“Tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale” e ancora “...le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante le quali i Comuni e le Aziende sanitarie garantiscono l'integrazione su base distrettuale, delle prestazioni sanitarie e sociali di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari”.





D.lgvo n° 229/99 (Riforma TER)

- I principi qualificanti della Riforma Ter:
 - Conferma del ruolo del S.S.N.
 - Ruolo della programmazione sanitaria a livello nazionale, regionale e locale
 - Definizione dei Livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA)
 - Processo di regionalizzazione del S.S.N. (verso i S.S.R.)
 - Ulteriore definizione e compimento del processi di aziendalizzazione del sistema sanitario
 - Potenziamento del ruolo dei comuni
 - Valorizzazione del sistema di accreditamento
 - Valorizzazione dei Distretti sanitari
 - L'integrazione tra i settori dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale





Legge n° 328/00

- Art. 1, comma 3 - 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, secondo i **principi** di
 - sussidiarietà,
 - cooperazione,
 - efficacia,
 - efficienza ed economicità,
 - omogeneità,
 - copertura finanziaria e patrimoniale,
 - responsabilità ed unicità dell'amministrazione,
 - autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.
- La L.328/00 si propone come strumento legislativo quadro per rispondere ai bisogni di più generazioni, affermandone i diritti di cittadinanza attraverso un sistema integrato di servizi sociali che assicuri i livelli essenziali di assistenza.

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



Legge n° 328/00

- **L'orizzonte della normalità**
 - Destinatari: soggetto nel contesto familiare e sociale - Diritti di cittadinanza
 - Standard minimi di servizio: livelli essenziali di prestazioni
- **L'orizzonte del territorio**
 - Ambiti territoriali per la gestione unitaria dei servizi
 - Piano di zona: modalità di progettazione, gestione (organizzazione, intese...), valutazione
 - Servizi sociali: tipologia - autorizzazione e accreditamento
 - Forme di erogazione dei servizi: affidamento dei servizi, titoli per l'acquisto dei servizi, gratuità e partecipazione dei destinatari
- **L'orizzonte del sistema**
 - Logica di piano: nazionale - regionale - locale
 - Sistema locale integrato dei servizi a rete
 - Sistema informativo servizi sociali
 - Personale: figure professionali sociali - formazione e aggiornamento
 - Qualità - Carta dei servizi sociali

progettazione partecipata e gestione condivisa

coinvolgendo soggetti attori sociali "vecchi e nuovi"

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



Legge n° 328/00

- Le “transizioni” che implica l’applicazione della L. 328/00:
 - da un controllo sistemico a forme di azione sociale;
 - da una selezione piramidale e verticistica (o matriciale) ad una “composizione reticolare”,
 - da una centralità dello Stato (legittimante e gestore) ad una pluralità di attori (regioni, enti locali, terzo e quarto settore);
 - da una delega ad apparati verticali e verticistici ad un’autonomizzazione delle istituzioni, per un welfare municipale;
 - da una concezione di “politiche pubbliche” alle forme istitutive ed espressive della community care;
 - da un approccio normativo unicentrico ad un approccio configurativo policentrico;
 - da interventi categoriali a progetti individuali e personalizzati;
 - da interventi riparativi ad interventi promozionali e preventivi;
 - da interventi disomogenei e discrezionali ad interventi uniformi ed essenziali;
 - dalla separazione e dalla separatezza dei servizi all’integrazione sociosanitaria (interistituzionale, funzionale e professionale);
 - dalla somma delle prestazioni alla garanzia dell’appropriatezza;
 - dal territorio disarticolato (del comune singolo) alla forme della community care (del comune associato, per la gestione di funzioni sociali);
 - dalla frammentazione delle risposte alla rete integrata delle opportunità;
 - dall’attenzione all’individuo alla promozione della persona, dentro le responsabilità familiari e nelle formazioni sociali.

(da Mario Mozzanica)

Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

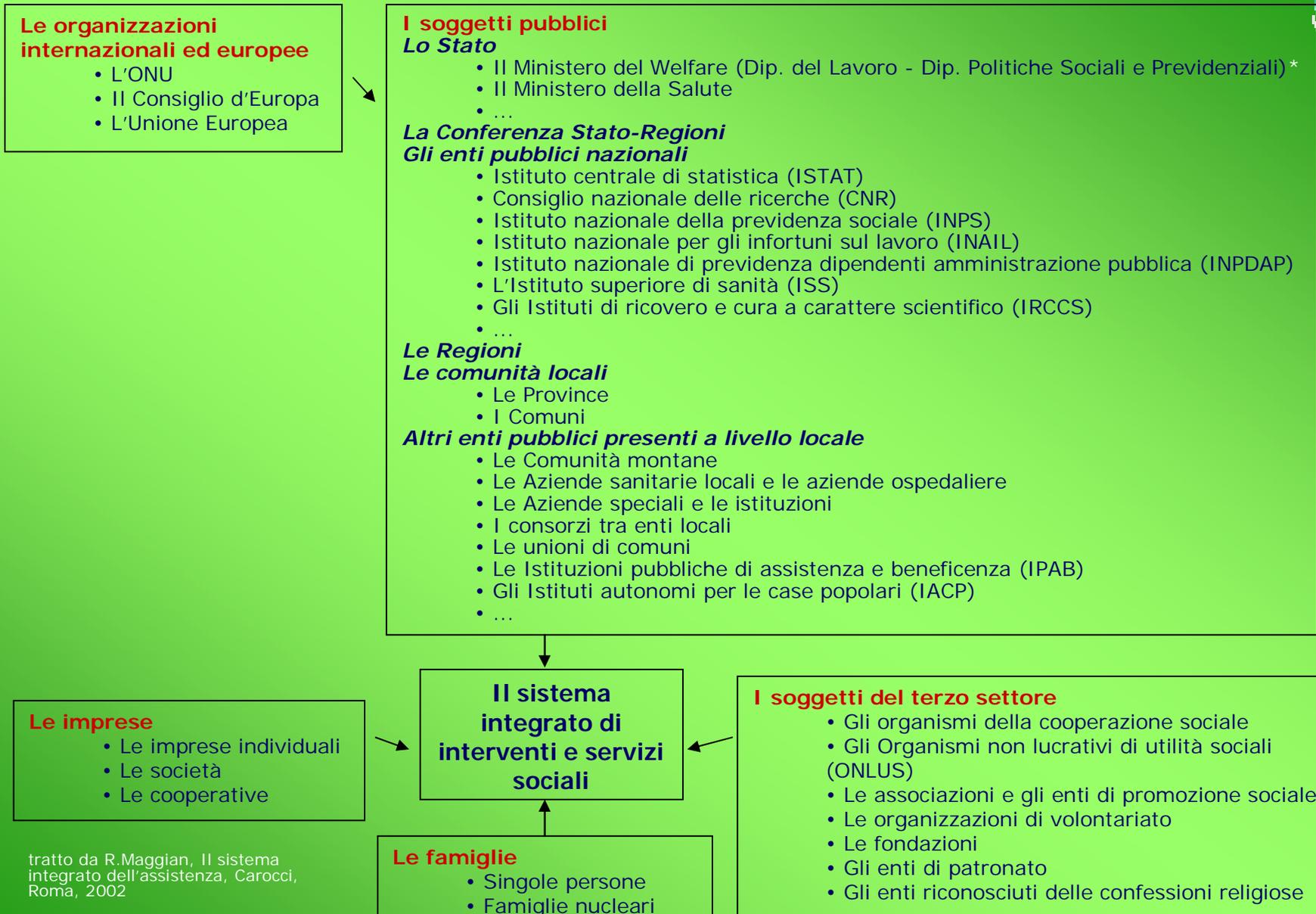
Corso di formazione R17/2013



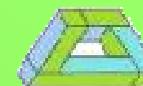
stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



tratto da R.Maggian, Il sistema integrato dell'assistenza, Carocci, Roma, 2002





Riforma del Titolo V della Costituzione

- **Legge Costituzionale n. 3/2001 "Riforma Titolo V della Costituzione [artt. 114–132 Cost.] disciplina delle autonomie locali"**

La legge ha operato una "costituzionalizzazione" del "decentramento amministrativo a Costituzione invariata" introdotto in virtù della produzione legislativa del Ministro della Funzione pubblica On. Bassanini.

Le leggi del 1997 nn. 59 e 127 hanno introdotto nel nostro ordinamento il principio di sussidiarietà (principio di derivazione comunitaria che ha trovato affermazione grazie al Trattato di Maastricht).

- L'art. 1 della legge modifica l'art. 114 Cost. e riconosce la **distinzione tra Repubblica e Stato**, ponendo quest'ultimo sullo stesso piano, dal punto di vista istituzionale, di Regioni, Province, Città metropolitane e Comuni.
- L'art. 2 della legge introduce il terzo comma dell'art. 116 Cost., prevedendo la possibilità di concedere alle Regioni a statuto ordinario, attraverso la legge dello Stato, quelle **forme e condizioni particolari di autonomia**, proprie delle Regioni a statuto speciale in virtù delle previsioni del comma 1 dello stesso articolo.
- Nuova formulazione dell'art. 117 Cost. che disciplina la **distinzione tra potestà legislativa dello Stato e potestà legislativa delle Regioni** (ordinarie). La nuova formulazione ribalta completamente l'impostazione precedente dove erano indicate tassativamente le materie nelle quali le Regioni potevano legiferare (in concorrenza con lo Stato) mentre in tutte le altre vi era potestà legislativa esclusiva dello Stato; ora invece sono elencate tassativamente le materie attribuite alla legislazione esclusiva dello Stato (comma 2) e alla legislazione concorrente Stato - Regioni (comma 3), mentre si afferma che spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata in base ai commi precedenti (comma 4).

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio-sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regionale e Sanitaria



Riforma del Titolo V della Costituzione

- Viene riconosciuta alle Regioni la possibilità di entrare a **diretto contatto con altri Stati** o enti di altri Stati.
- Innovato risulta anche l'art. 118 in tema di **funzioni amministrative**. Mentre il testo precedente le attribuiva alle Regioni o allo Stato secondo il cosiddetto principio del parallelismo, in base al quale tali funzioni erano riconosciute nelle stesse materie in cui gli stessi avevano l'esercizio della potestà legislativa, la nuova disposizione le conferisce di norma ai Comuni, salva l'attribuzione a Province, Regioni o Stato, qualora necessitino di un esercizio unitario ovvero riguardino interessi che trascendano la realtà comunale. In sostanza la norma in esame non fa altro che recepire a livello costituzionale il principio di sussidiarietà, espressamente richiamato insieme a quelli di differenziazione ed adeguatezza.
- L'art. 119 Cost. sull'**autonomia finanziaria** lega strettamente a quest'ultima il **decentramento giuridico**, in quanto risulterebbe svuotato di ogni rilievo se non fosse accompagnato dalla concessione di adeguati mezzi economici per la sua attuazione. Novità è l'affermazione dell'autonomia finanziaria non soltanto per le Regioni, ma anche per i Comuni, le Province e le Città Metropolitane. Al fine di evitare che tra le Regioni si creino disparità determinate dalla differente ricchezza economica delle stesse, il 3° comma prevede l'istituzione con legge dello Stato di un fondo perequativo a favore delle zone più svantaggiate.
- In rispondenza alla maggiore autonomia degli enti territoriali rilevante è la quasi totale **scomparsa dei controlli statali** sugli enti stessi. L'art. 9 della legge costituzionale n. 3/2001 ha infatti abrogato l'art. 124 Cost. dove era previsto il Commissario di Governo.

L'art. 132 e l'art. 133 disciplinano le **modalità di creazione di nuove Regioni**, Province e Comuni.

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regionale e Sanitaria



Riforma del Titolo V della Costituzione

“Paradigma piramidale verticalizzato” (Giuseppe De Rita)

- La tradizione istituzionale italiana propone una piramide statale che non resiste più:
 - allo sfarinamento dal basso dei diversi poteri operanti nell'arcipelago italiano
 - alla riduzione del potere in alto per la globalizzazione e l'integrazione europea.
- “L'alternativa a questa irrevocabile destrutturazione dello Stato non può essere quella di riprodurre lo stampo, miniaturizzandolo in venti piccole piramidi per ognuna delle Regioni italiane. E invece questa è la strada, o il tunnel, che tutte le forze politiche hanno imboccato; (...) sia la riforma del «Titolo V» compiuta dalla sinistra alla fine dell'ultima legislatura che le proposte messe sul tappeto dell'attuale maggioranza. Infatti si accentua l'attenzione sul trasferimento delle competenze che hanno “fatto” lo Stato (polizia e scuola) e di quella che ha caratterizzato il Welfare State (sanità).”

Quale welfare? Uno, nessuno, centomila

- Incertezza sulle sorti della legislazione sociale di fronte ai possibili assetti costituzionali, sui concreti comportamenti delle Regioni, sulla possibilità dei Comuni di far fronte al ruolo centrale assegnato loro dall'art. 118 della Costituzione, sul futuro assetto del sistema tributario che vede Stato, Regioni, Enti locali come soggetti impositivi autonomi. Quali ricadute su sanità, assistenza, volontariato.

Federalismo competitivo o federalismo solidale

- Modo di intendere il principio di sussidiarietà:
 - approccio tecnicistico e razionalizzante, nel quale l'ente maggiore (comunità sopranazionale, Stato, regione, ecc.) si ritira, abbandona il campo, “lasciando fare” all'Ente minore (famiglia, persona, corpo intermedio) sulla base di scelte di convenienza;
 - forma di sussidiarietà che si incentra sulla persona (principio, soggetto e fine di tutte le istituzioni sociali), sulla solidarietà (perché se ogni persona è un unicum, è anche vero che lo è su una base di uguaglianza della dignità di tutte le persone) sul bene comune di tutto l'uomo e di tutti gli uomini cui deve tendere ogni sistema sociale.

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regionale e Sanitaria

DPCM 14.02.2001: "Atto di Indirizzo e Coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"



- L'assistenza socio sanitaria viene prestata alle persone che:
 - presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di "valutazioni multidimensionali"
- Le Regioni disciplinano le modalità e i criteri di definizione dei "progetti assistenziali personalizzati"
- Le prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 3-septies 229/99 e 419/98 (art. 2, comma 1, lett. n), sono definite tenendo conto dei seguenti criteri:
 - natura del bisogno;
 - complessità e intensità dell'intervento assistenziale;
 - durata dell'intervento assistenziale.
- Ai fini della determinazione della *natura del bisogno*, è necessario tenere conto dei seguenti aspetti che attengono alle aree appresso indicate:
 - funzioni psicofisiche;
 - valutazione funzionale del soggetto e relative limitazioni;
 - modalità di partecipazione alla vita sociale;
 - fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento

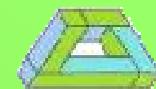
Gruppo di miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regionale e Sanitaria

DPCM 14.02.2001: "Atto di Indirizzo e Coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie"



- L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, e sono così definite:
 - **Fase intensiva**, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità di durata breve e definita
 - **Fase estensiva**, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale da richiedere, comunque, una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito
 - **Fase di lungoassistenza**, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi
- La **complessità dell'intervento** è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.



DPCM 29.11.2001: Definizione dei LEA - Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza



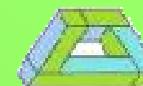
- Definisce i livelli di tutela da garantire in modo uniforme sul territorio nazionale.
- Classifica le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal SSN distinguendole nelle tre aree viste precedentemente.
- Prevede liste di prestazioni escluse e quelle a rischio di inappropriatazza
- In un capitolo dedicato all'integrazione socio-sanitaria indica le percentuali di costo non imputabili al SSN per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano distinguibili
- Infine, il decreto stabilisce che rimangono a carico del Comune e/o degli utenti (quelli al di sotto di una soglia predefinita di reddito) le percentuali dei costi relative ad alcune prestazioni.
- In conseguenza a quanto sopra il Comune, con fondi propri o con fondi trasferiti, è obbligato a finanziare prioritariamente le prestazioni socio-sanitarie, già definite come "diritti soggettivi".



DPCM 29.11.2001: Definizione dei LEA - Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza



- Nell'Allegato 3, in cui si forniscono "*indicazioni particolari per l'applicazione dei Livelli in materia di integrazione socio sanitaria*", si afferma che per tale specifica area "*il riferimento fondamentale è costituito dall'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie di cui al DPCM del 14.02.2001*"
- La normativa in questione prefigura *l'obbligo, per il sistema di competenze Stato/Regioni, di assicurare sul territorio nazionale Livelli Essenziali e uniformi di assistenza*
- L'obbligatorietà è stata riaffermata nell'accordo, tra Governo e Regioni dell'8 agosto 2001
- Le Regioni, pertanto, devono dare attuazione alla normativa citata, tenendo conto che i Livelli Essenziali individuati nella normativa costituiscono *i livelli minimi applicabili*
- Le regioni possono individuare ulteriori livelli *ma non scendere al di sotto di quelli previsti per legge dello Stato*





Mancano i LIVEAS (L. 328/00 Art. 9, com. 1, lett. B) Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni

- I LIVEAS, come proposti dalla L. 328/00, assumono valenze e significati diversi:
 - Livelli come diritti individuali a prestazioni (*una prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno*)
 - Livelli come tipologie di offerta (*la presenza di determinati servizi o prestazioni in ogni realtà territoriale o ogni certo numero di abitanti*)
 - Livelli come standard di qualità (*l'individuazione di alcuni criteri di qualità e la definizione degli standard da rispettare*)

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



Prospettive per la L.328/00?

Non è più valida? Non è più attuabile?

- Caratteristiche della **sussidiarietà** della L.328/00
 - Orizzonte dei diritti; Società accogliente e solidale; Nuova accezione di "pubblico"; Progettualità partecipata possibile; Gestione condivisa possibile
- Dare seguito alla L. 328/00 implica affermare, in concreto, un corretto principio di **Sussidiarietà**; non abdicazione dello Stato ma mantenimento delle fondamentali funzioni dello stato sociale in un quadro solidaristico, che conserva e rafforza il ruolo delle istituzioni pubbliche in due direzioni:
 - a) sostegno costante alle risorse della società civile e ai legami solidaristici
 - b) sorveglianza sul sistema di offerta complessivo, garanzie di imparzialità e completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti nel territorio.

Sussidiarietà orizzontale

- Legittimazione e riconoscimento del ruolo delle formazioni sociali della comunità locale
- Coinvolgimento diretto popolazione a progettazione, gestione, monitoraggio

Sussidiarietà verticale

- Integrazione tra enti pubblici diversi nella gestione: Livello politico - Livello amministrativo - Livello operativo
- Utilizzo equilibrato e mirato del fondo per l'assistenza e cofinanziamento

Sussidiarietà reciproca – "circolare"

- È una possibilità di collaborazione, attraverso forme di democrazia partecipata reale, per realizzare quanto nè lo Stato da solo, nè i cittadini da soli possono fare (G. Cotturri, Potere sussidiario, Carocci, Roma, 2001)

*Nuovo orizzonte per il sistema dei servizi sociali: **sussidiarietà e federalismo solidale***

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria

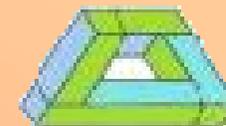


Un "caso" regionale di integrazione sociale e sanitaria: le Marche

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



Stefano Ricci
stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria

L.R. 13/03 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale" e s.m.i.



- Istituzione dell'A.S.U.R. e non solo:
 - Art. 3 c.1. La Giunta regionale, nel rispetto del piano socio-sanitario regionale, esercita le funzioni di indirizzo e controllo in materia di sanità e di integrazione socio-sanitaria. c.2. t) adotta gli atti necessari ad assicurare l'integrazione socio-sanitaria.
 - Art. 4 c.2. Il Direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, nonché dal responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria.
 - Art. 4 c.4. Il direttore generale convoca periodicamente i direttori di area vasta. I direttori di area vasta, in particolare, sono sentiti in merito: (...) c) alla promozione dell'integrazione dei servizi dell'ASUR (...), sia nell'ambito di programmi intersettoriali di prevenzione sia per le attività socio-assistenziali.
 - Art. 6 c.3. L'organizzazione dipartimentale riguarda, in particolare, le funzioni ospedaliere, di emergenza-urgenza, di prevenzione, di integrazione socio-sanitaria e amministrativa.
 - Art. 9 c.1. Le aree vaste territoriali (...) provvedono, in particolare: (...) e) alla rilevazione, all'orientamento e alla valutazione della domanda socio-sanitaria, alla verifica del grado di soddisfacimento della stessa, nonché alla valutazione complessiva dei consumi.
 - Art. 13 c.1. I distretti costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza in ogni area vasta la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.
 - Art. 19 c.2. Il piano di area vasta definisce, nel rispetto del piano socio-sanitario regionale, gli obiettivi dell'attività e l'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.
 - Art. 20 - Conferenza permanente regionale socio-sanitaria





Piano Sanitario 2007/2009

Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute dei cittadini marchigiani

(D.A.C.R. n° 62 del 31/07/07)

- **Il piano sanitario, in coerenza con vincoli e opportunità, e secondo l'orientamento dell'integrazione dei servizi in rete, privilegia:**
 - (...) interventi nell'ambito territoriale, per procedere alla riorganizzazione delle attività territoriali nella logica del "distretto integrato", e rafforzare l'intervento nell'ambito dell'assistenza primaria collettiva potenziando l'area della sanità pubblica, della veterinaria e della sicurezza alimentare;
 - interventi nell'ambito socio-sanitario, per proseguire nel processo di integrazione tra componente sociale e componente sanitaria, garantendo la centralità del livello operativo di intervento del Distretto/Ambito Territoriale Sociale. Nello stesso tempo, si pone l'esigenza del livello sovrazonale per il necessario raccordo con le attività clinico-sanitarie, soprattutto per realizzare il network socio-sanitario che integra le realtà presenti sul territorio; (...)
- **La programmazione integrata sociale e sanitaria**
 - Occorre passare dal PAD (Piano delle Attività Distrettuali, redatto dal Direttore di Distretto) e dal PdA (Piano d'Ambito, redatto dal Coordinatore d'Ambito Territoriale) ai Piani Comunitari per la Salute, sviluppati anche a livello di Area Vasta, letture integrate dei bisogni e della domanda sanitaria e sociale e strumenti per individuare criticità, obiettivi di salute e risorse per conseguirli, scritti da entrambi i Dirigenti





Piano Sanitario 2007/2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo
del SSR per la salute dei cittadini marchigiani**

(D.A.C.R. n° 62 del 31/07/07)

- **Linee di intervento strategiche, trasversali a tutta l'integrazione socio-sanitaria**
 - Definizione, con atti formali della Regione, dei Livelli Essenziali di Assistenza Socio-Sanitaria
 - Linee guida per arrivare all'unificazione degli strumenti programmatori e per affidare le responsabilità in materia di accesso unico, di valutazione e di presa in carico
 - Individuazione degli strumenti per il finanziamento dell'area dell'Integrazione (finanziamento congiunto di Ambito e Distretto ovvero Budget di Distretto e Bilancio Sociale e loro successiva gestione unitaria)
 - Accesso e accoglienza territoriale integrati tra sociale e sanitario
 - Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria
 - Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria



stefano.ricci@regione.marche.it

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



Agenzia Regional e Sanitaria



Piano Sociale 2008/2010

Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale
in un processo di continuità, consolidamento e integrazione
delle politiche di welfare
(D.A.C.R. n° 98 del 27/07/08)

- **Consolidamento e innovazione dell'assetto istituzionale**
 - ...
- **Consolidamento e innovazione dell'assetto operativo**
 - ...
- **Consolidamento e innovazione della rete socio-sanitaria**
 - Principi generali di riferimento dell'integrazione sociale e sanitaria
 - Contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria
 - Assetto istituzionale
 - Programmazione integrata sociale e sanitaria
 - Processi, percorsi, procedure
 - Organizzazione e gestione
 - Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento



Scenari di programmazione sociale e sanitaria



Ieri

Oggi, forse

Da domani, forse

Evoluzione possibile 1

Evoluzione possibile 2

Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013

stefano.riac@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



I "caratteri" dell'integrazione sociale e sanitaria marchigiana

Elementi	Punti di forza > <i>Opportunità</i>	Punti di debolezza > <i>Rischi</i>
Quadro normativo regionale "soft"	Impianto normativo leggero e non invasivo > <i>maggiori opportunità territoriali</i>	Poche certezze > <i>eterogeneità delle risposte (modi e contenuti)</i>
Approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute	Opzione "di sistema" > <i>consolidamento dei percorsi di integrazione</i>	Squilibrio tra sanitario e sociale > <i>ulteriore divaricazione tra i sistemi di servizi</i>
Processo di assestamento dell'assetto istituzionale	Sistema istituzionale agile > <i>interventi possibili e anche "attesi"</i>	Sistema istituzionale non sufficientemente definito > <i>confusione, contrasti, sovrapposizioni</i>
Approccio per settori di intervento dentro a cornici unitarie	Attenzione alle specificità > <i>calibrare meglio le risposte ai bisogni</i>	Scarsa comunicabilità tra i settori > <i>sistema eterogeneo e integrazione "a spicchi"</i>
Ampia diversificazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali (territorio, organizzazione, connessioni...)	Rispetto di specificità e situazioni locali > <i>contestualizzazione adeguata degli interventi</i>	Esito di spinte e modelli "localistici" > <i>accentuazione delle frequenti disarmonie</i>
Relazioni su più livelli tra gli "attori" e i portatori di interesse dell'integrazione socio-sanitaria	Modello di relazione snello e flessibile > <i>compensazione tra i livelli istituzionale, gestionale, professionale</i>	Incertezza su competenze e responsabilità > <i>aumento di conflitti di autorità e di equivoci tra livelli formali e informali</i>





Il "modello marchigiano" di integrazione socio-sanitaria

- Mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale.
- Conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Aree Vaste/Distretti, rafforzando l'area socio-sanitaria.
- Non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità.
- A livello territoriale non contempla una "linea produttiva" socio-sanitaria, ma va progressivamente implementato il "sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria": **un'area comune da valorizzare e gestire insieme tra sociale e sanitario.**





D.G.R. n° 720/07

Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali

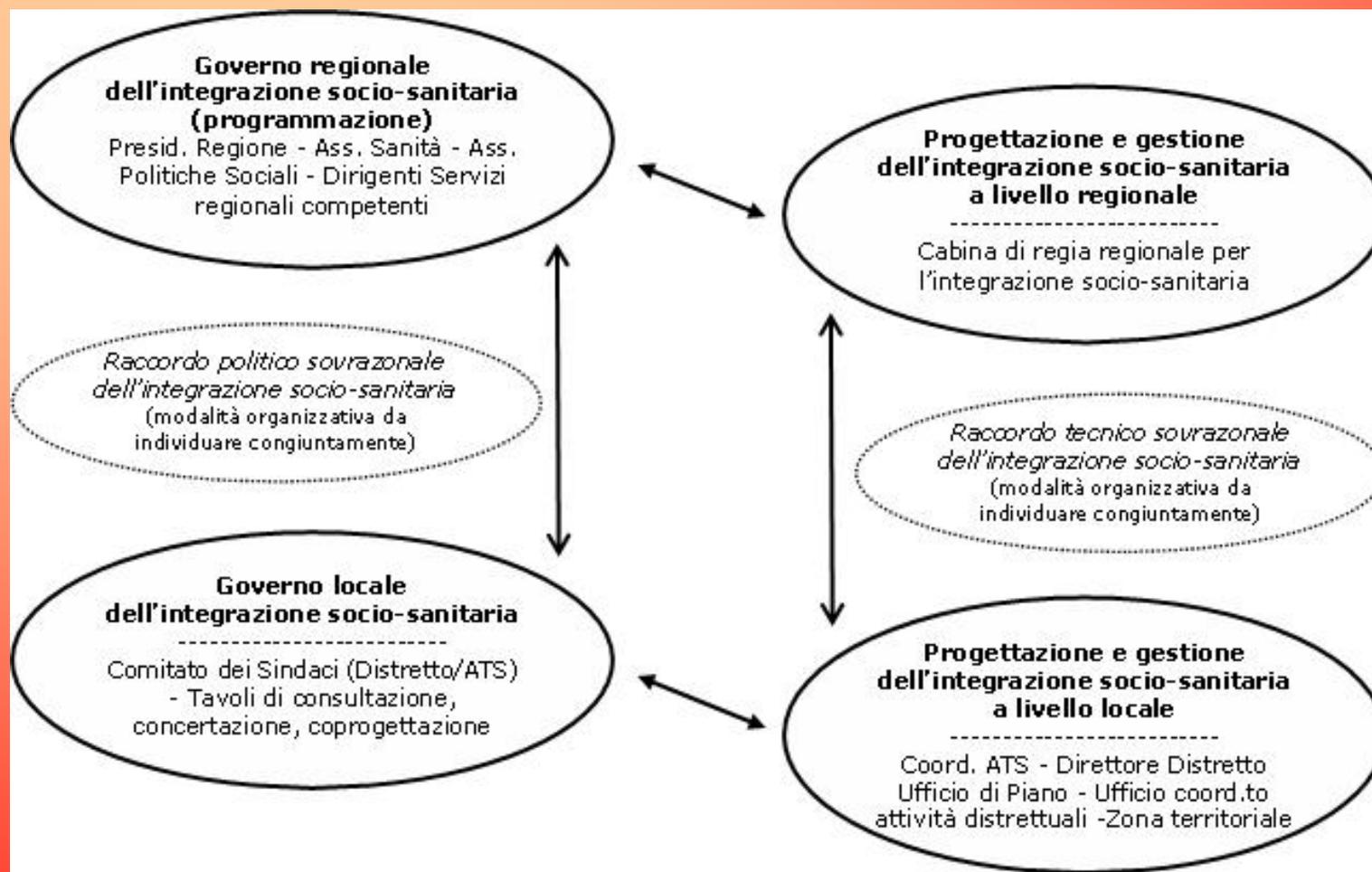
- La Regione, per dare consolidamento e sviluppo alle politiche e ai servizi di integrazione socio-sanitaria nella regione Marche, definisce:
 - l'assetto organizzativo e le relazioni tra le strutture regionali e territoriali impegnate nell'integrazione socio-sanitaria;
 - la composizione e l'attività della "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria;
 - il piano di lavoro e le priorità in tema di integrazione socio-sanitaria da sviluppare in sinergia con l'approvazione e l'avvio del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sociale Regionale.





D.G.R. n° 720/07

“Assetto organizzativo e relazioni tra strutture regionali e territoriali impegnate nell'integrazione socio-sanitaria”



- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regionale e Sanitaria



D.G.R. n° 720/07

“Piano di lavoro e priorità in tema di integrazione socio-sanitaria da sviluppare in sinergia con l’approvazione e l’avvio del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sociale Regionale”

- A. Elaborazione delle “Linee Guida per l’Integrazione della Rete dei Servizi alla Persona di competenza sociale e di competenza sanitaria”
- B. Predisposizione di un atto di recepimento del D.P.C.M. 14/02/01 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle prestazioni socio-sanitarie
- C. Predisposizione di un atto di regolamentazione di: accesso, valutazione, continuità assistenziale integrati tra i servizi sanitari e i servizi sociali
- D. Predisposizione di atti di armonizzazione della normativa regionale di settore nella prospettiva dell’integrazione sociale e sanitaria per i seguenti settori di intervento:
 - Materno-infantile - Adolescenti e giovani - Disabilità - Salute mentale - Dipendenze - Adulti fragili - Anziani
- E. Predisposizione di documenti e atti per regolare il sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini
- F. Accompagnamento e sviluppo del percorso di qualificazione delle politiche, dei servizi e degli interventi per i cittadini non autosufficienti
- G. Accompagnamento e sviluppo dei percorsi per garantire la continuità assistenziale alle fragilità: unificazione degli accessi e semplificazione dei percorsi, presa in carico certa e individuazione di referenti stabili...
- H. Accompagnamento e sviluppo del processo di riqualificazione del sistema residenziale integrato sanitario, socio-sanitario e sociale
- I. Accompagnamento e sviluppo del processo di riqualificazione del sistema delle Cure Domiciliari
- J. Accompagnamento e sviluppo del processo di formazione operatore socio-sanitario

- Gruppo di Miglioramento per l’integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



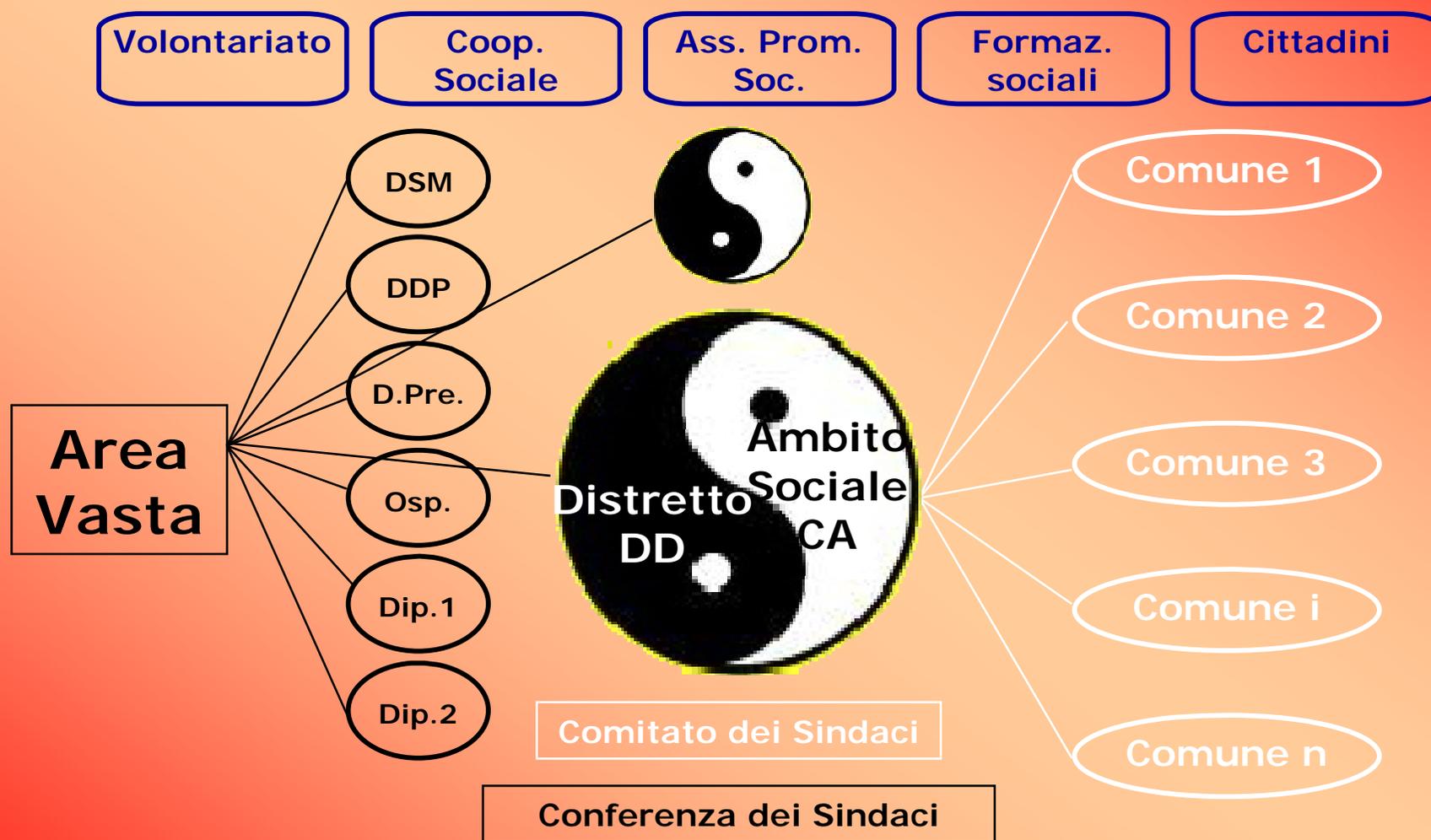
stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



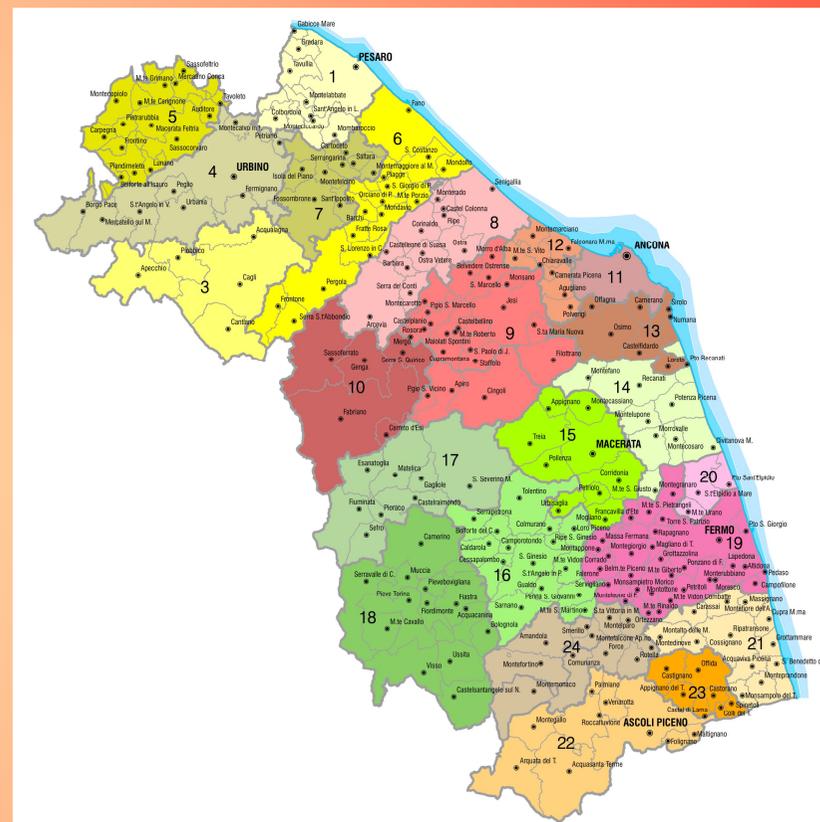
Il territorio tra sociale e sanitario: una lettura coerente dell'assetto attuale





La "passata" coincidenza tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali

- Immagine della situazione territoriale fino alla modifica della L.R. 13/03 prevista L.R. 19/12:
- Art. 9 (Aree vaste territoriali)
- 6. La Giunta regionale definisce gli ambiti territoriali sociali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 328/2000 in modo da assicurarne la coincidenza con gli ambiti dei distretti.
- 7. La Giunta regionale, per assicurare una maggiore integrazione socio-sanitaria, può individuare più ambiti territoriali sociali all'interno di ciascun distretto, a condizione che il costo complessivo degli apparati amministrativi non sia incrementato rispetto a quello sostenuto in caso di coincidenza tra ambito sociale e distretto.
- *Ai sensi dell'art. 2, l.r. 4 giugno 2012, n. 19, in deroga a quanto stabilito dal comma 6 del presente articolo, restano ferme fino al 31 dicembre 2015 le delimitazioni degli ambiti territoriali sociali di cui alla lett. a) del comma 3 dell'art. 8, l. 8 novembre 2000, n. 328, già istituiti alla data di entrata in vigore della l.r. 1° agosto 2011, n. 17 e ricadenti all'interno di più aree vaste.*





Il “sistema delle regole”

- Leggi regionali:
 - sanità (L.R. 13/03 e s.m.i.)
 - servizi sociali (bozza dell'Assessore ai Servizi sociali)
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014**
“Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo”
(D.A.C.R. n. 38 del 16 dicembre 2011)
- Piani attuativi regionali
 - DGR e atti regionali
- Atti “territoriali”
 - Determine ASUR
 - Atti Comitati dei Sindaci





PSSR 2012/2014: Obiettivi generali

- La promozione della salute e la partecipazione del cittadino
- Il miglioramento dell'appropriatezza
- Il contenimento dei Tempi di Attesa
- La riduzione della mobilità passiva
- Il consolidamento del governo clinico
- Lo sviluppo dell'integrazione socio sanitaria
- Il rafforzamento della prevenzione e della predizione
- La promozione della cultura di rete e della collaborazione professionale
- Lo sviluppo della medicina di genere





PSSR 2012/2014: L'organizzazione a rete

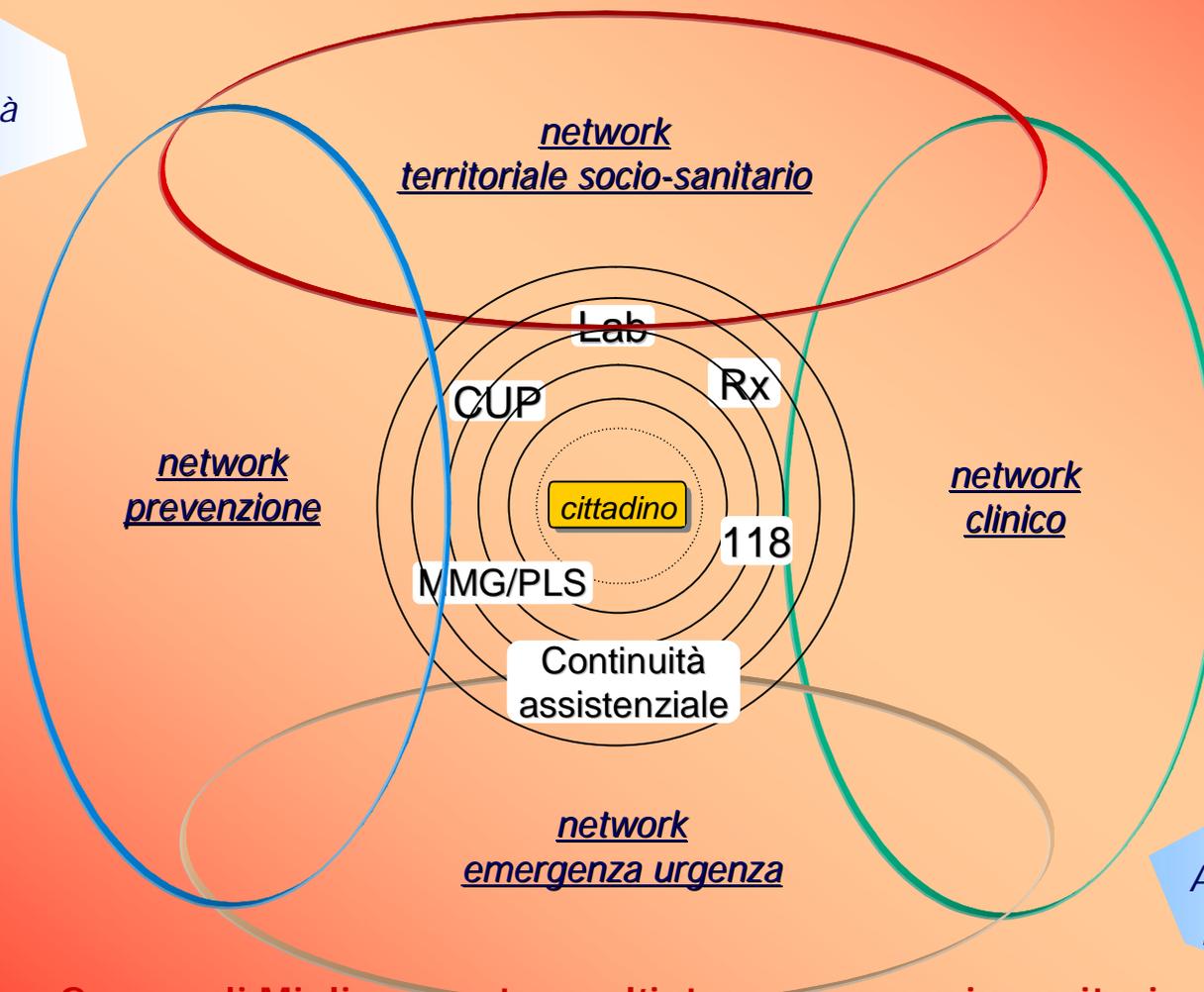
- Integrazione, sinergie e collaborazione tra servizi per evitare inefficienti duplicazioni (rapporto efficiente domanda/offerta in tutti i settori sanitari)
- Cooperazione vs Competitività
- Le diverse reti:
 - Prevenzione, Emergenza-urgenza, Ospedaliera, Assistenza Territoriale, Sociosanitaria, Sociale





Reti integrate in sanità

Fragilità
Cronicità



Acuzie
Elezione

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



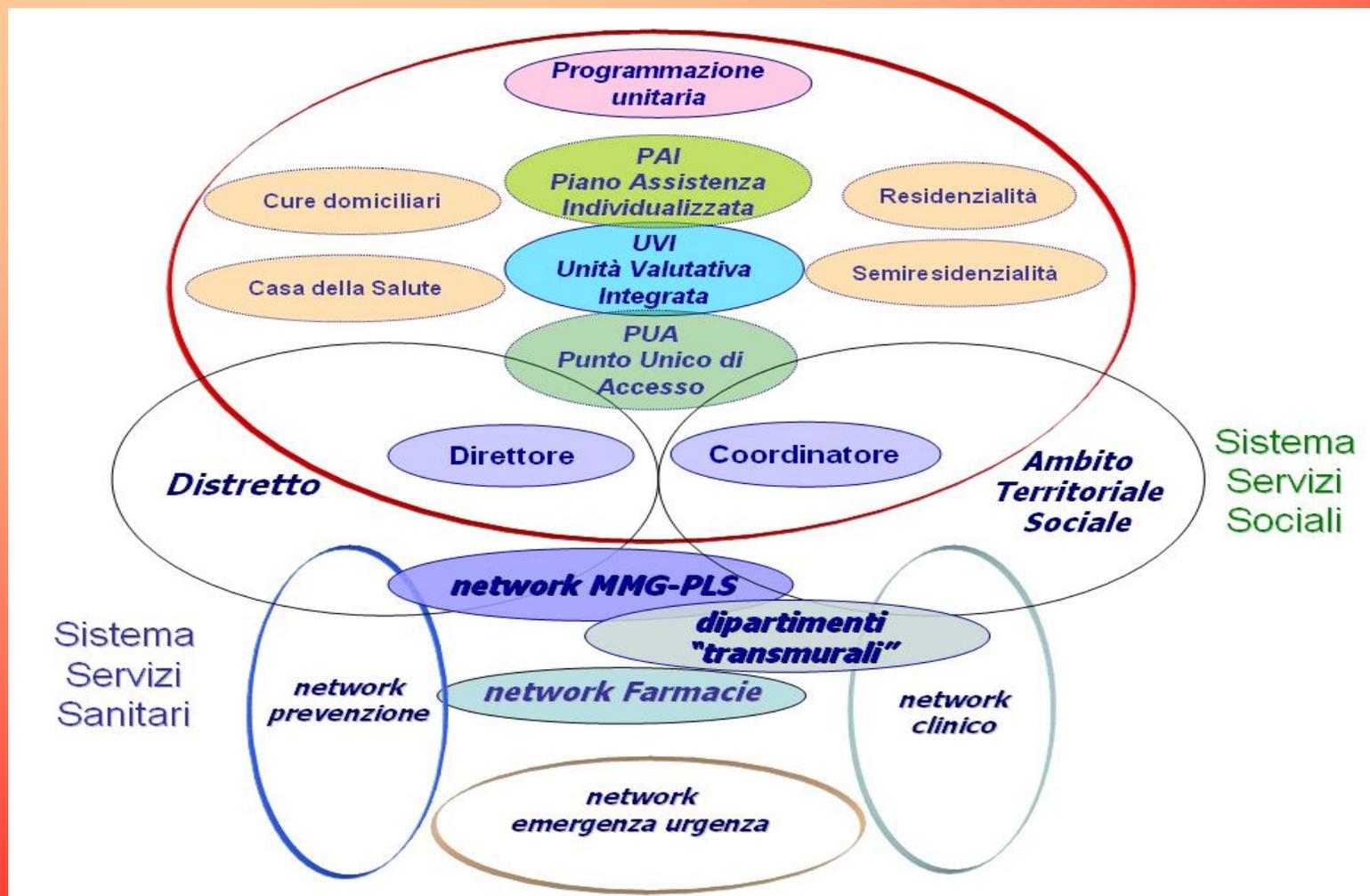
PSSR 2012/2014: Integrazione socio-sanitaria e assetto organizzativo territoriale

- Asimmetrie e criticità:
percorsi di riequilibrio e risoluzione
- La semplificazione del livello territoriale
- L'organizzazione del livello territoriale
- I macroprocessi del livello territoriale:
 - governo della domanda
 - autorizzazione/accreditamento
 - fabbisogno
 - sistema tariffario e compartecipazione
 - sistema informativo





Il network territoriale socio-sanitario





PSSR 2012/2014: Rete assistenza territoriale

- La presa in carico e la continuità assistenziale
- Linee di intervento:
 - il governo della domanda
 - la erogazione dei servizi e prestazioni
 - le cure primarie
 - le cure domiciliari
 - i dati per i flussi informativi ed il controllo di gestione
 - le sperimentazioni





PSSR 2012/2014: Rete socio-sanitaria

- Assetto istituzionale
- Programmazione integrata sociale e sanitaria
- Organizzazione e gestione in una logica di rete
- Processi, percorsi, procedure
- Pianificazione delle azioni





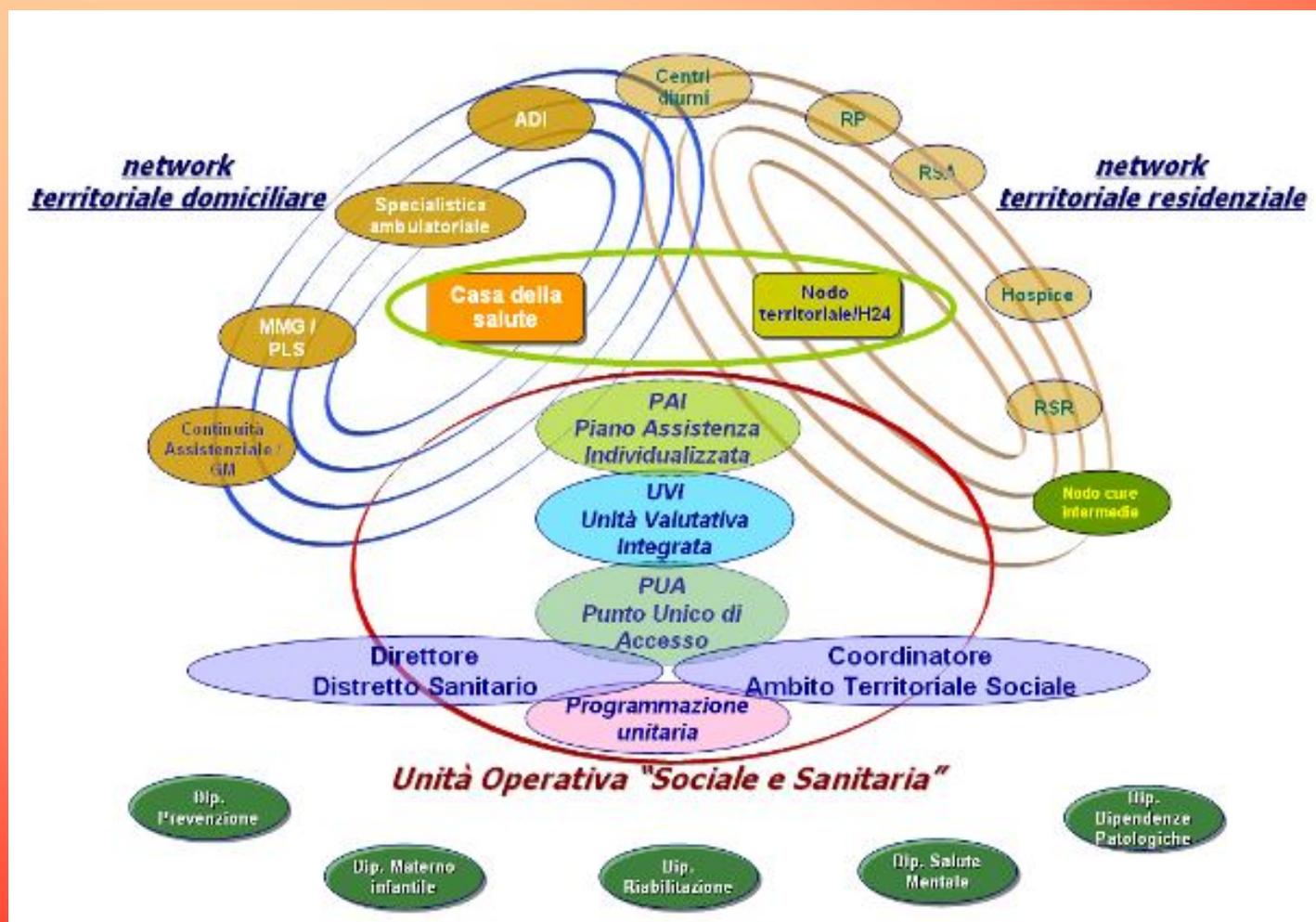
PSSR 2012/2014: Rete sociale

- La stabilizzazione del sistema secondo modalità integrate socio-sanitarie
- Strategie regionali e politiche familiari
- Strategie regionali e costruzione di un sistema trasversale di welfare
- Dare forza alla partecipazione
- Il riparto dei fondi nella logica del rafforzamento dell'Ambito sociale
- Il sistema di accesso alla rete dei servizi in una prospettiva di integrazione con la rete socio-sanitaria
- Interventi per un accesso equo al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari
- Il riordino del sistema tariffario regionale
- Dall'Osservatorio politiche sociali al sistema informativo sociale e socio-sanitario
- Il rafforzamento del sistema
- Le politiche di settore





Verso l'Unità Operativa "Sociale e Sanitaria"



- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regionale e Sanitaria



“Strutture” delle reti integrate per il governo della domanda

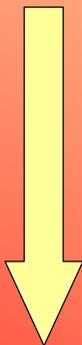
- Punto Unico di Accesso (PUA)
- Unità Valutativa Integrata (UVI)
- Piano Assistenziale Individuale (PAI)



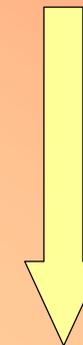


Percorsi delle reti integrate

SCHEMA LOGICO						
AREA SOCIALE		STRUTTURA	MACRO PROCESSO	STRUTTURA	AREA SANITARIA	
livelli erogativi	PROCEDURE-ATTIVITA'				PROCEDURE-ATTIVITA'	livelli erogativi
	Registrazione dell'accesso	PUA	ACCESSO	PUA	Registrazione dell'accesso	
	Analisi del bisogno		ACCOGLIENZA		Analisi del bisogno	
			• ASCOLTO			
	Risposte informative e di orientamento		• INFORMAZIONE			
			• ACCOMPAGNAMENTO			
			ORIENTAMENTO			
			RACCOLTA SEGNALAZIONI			
			GESTIONE DOMANDA			
	Erogazione prestazioni		• ATTIVAZIONE DIRETTA DI PRESTAZIONI IN RISPOSTA A BISOGNI SEMPLICI		Erogazione prestazioni	
Dal momento dell'intervento UVI la prestazione diventa "complessa"						



	UVI	Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) all'UVI.	UVI	
		• PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI. RISPOSTA A BISOGNI COMPLESSI		
Definizione end point	PAI			Definizione end point
Definizione azioni				Definizione azioni
Definizione attori				Definizione attori
Definizione percorso				Definizione percorso
Dimissione protetta				Dimissione protetta
Monitoraggio				Monitoraggio



Servizi dell'integrazione socio-sanitaria



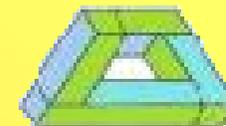


Il “tangram” dell'integrazione sociale e sanitaria

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



Stefano Ricci
stefano.ricci@regione.marche.it



Agenzia Regional e Sanitaria



Governare l'integrazione sociale e sanitaria

- Consapevolezza delle connessioni tra i livelli dell'integrazione sociale e sanitaria
- Ricerca delle coerenze tra i vari livelli dell'integrazione sociale e sanitaria
- Attenzione alla congruenza/corrispondenza tra i livelli di direzione/amministrazione dell'integrazione sociale e sanitaria



stefano.ricci@regione.marche.it

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



Agenzia Regional e Sanitaria

Consolidamento e innovazione del processo di integrazione sociale e sanitaria



- **Rafforzamento normativo dell'approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute a livello regionale:**
 - **cornice regionale unitaria**, certa e chiaramente determinata, per l'integrazione socio-sanitaria
 - **definizione delle soggettualità** (il sociale e il sanitario), ambedue forti e determinate
 - processo di **programmazione integrata** e **rimodulazione dell'offerta** dei servizi sociali e sanitari
 - rafforzare la **logica di sistema unitario e coerente** collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale
- **Stabilizzazione dell'assetto istituzionale/territoriale di integrazione socio-sanitaria:**
 - verifica della **dimensione territoriale** ottimale ed equilibrata
 - sviluppo di un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari alla persona che, mantenendo al settore pubblico le funzioni di indirizzo, orientamento e monitoraggio, verifica, valorizzi la crescente presenza del terzo settore e della società civile delle Marche negli ambiti della **consultazione**, della **concertazione**, della **coprogettazione**, della cogestione/**corresponsabilità**, del **controllo** partecipato.
- **Armonizzazione dei vari "contesti" dell'integrazione socio-sanitaria:**
 - potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria rispetto alle due direttrici dell'**accesso** alla rete dei servizi sociali e dei servizi sanitari e della continuità del **percorso assistenziale**;
 - avvio della definizione di **standard di intervento e di prodotto** sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni socio-sanitarie gestite, in maniera integrata dai servizi sociali e dai servizi sanitari;
 - sviluppo del **"lavoro di rete"** degli operatori e dei tanti soggetti gestionali, istituzionali e non, che compongono la diffusa ed articolata rete marchigiana di strutture e servizi sociali e sanitari.

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it

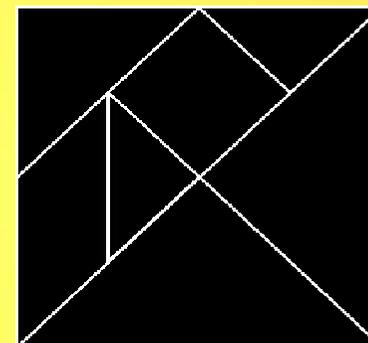
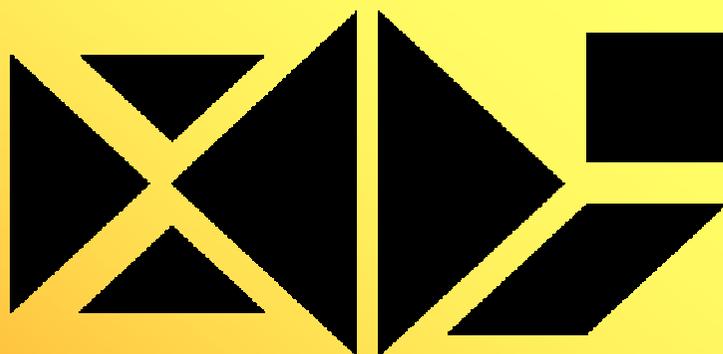


Agenzia Regional e Sanitaria



Una concettualizzazione per il consolidamento dell'integrazione sociale e sanitaria: il Tangram

- L'integrazione tra sanità e sociale si configura come una specie di Tangram dove i "pezzi" sono quelli (7) e sono "fissi", per garantire la necessaria cornice unitaria nazionale, ma le "combinazioni" saranno diverse per costruire disegni progettuali adeguati ai diversi contesti territoriali.



- È importante avere conoscenza dei singoli "pezzi" che compongono il Tangram e devono/possono essere composti secondo una progettualità condivisa



Il "Tangram" dell'integrazione tra sanità e sociale



- I "nomi" dei "pezzi" ...da riempire di contenuto



- L'assetto istituzionale/territoriale dell'integrazione



- Programmazione integrata sociale e sanitaria



- Accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza



- L'assetto organizzativo/gestionale dell'integrazione



- Processi, percorsi, procedure



- I modi dell'integrazione professionale



- Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento





Diamo contenuti al Tangram dell'integrazione sociale e sanitaria

Dimensioni dell'integrazione sociale e sanitaria	Definizioni	Connessioni
L'assetto istituzionale/territoriale dell'integrazione		
Programmazione integrata sociale e sanitaria		
Accesso, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza		
L'assetto organizzativo/gestionale dell'integrazione		
Processi, percorsi, procedure		
I modi dell'integrazione professionale		
Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento		



stefano.ricci@regione.marche.it

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013

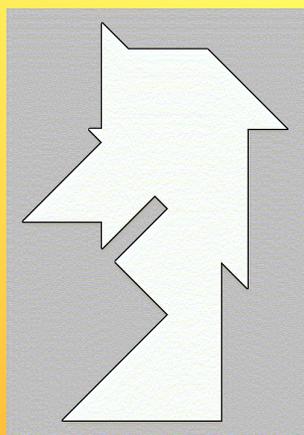


Agenzia Regional e Sanitaria



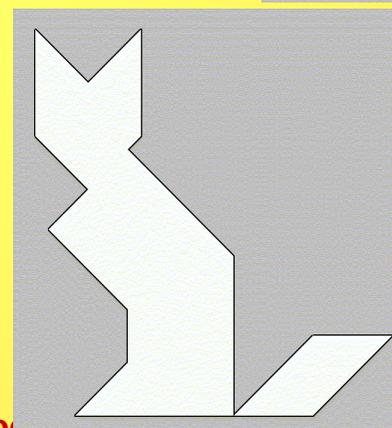
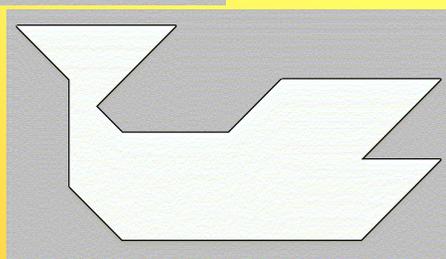
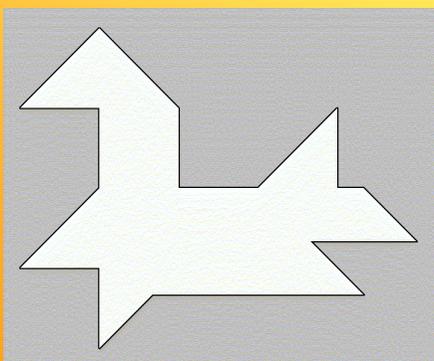
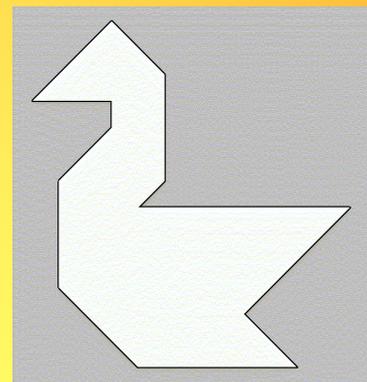
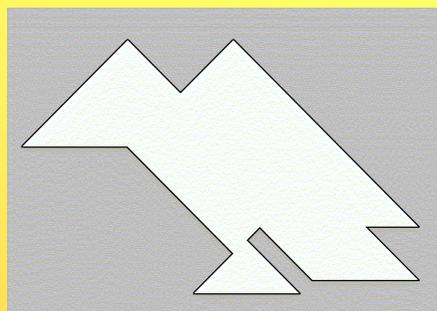
Quale Tangram per l'integrazione socio-sanitaria?

- Le diverse forme della integrazione sociale e sanitaria possibile e necessaria



Ruolo dei "livelli" regionali

Ruolo dei "livelli" locali



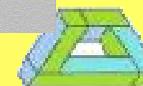
- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio-sanitaria

Attività formativa per il personale regionale anno 2013

Corso di formazione R17/2013



stefano.ricci@regione.marche.it

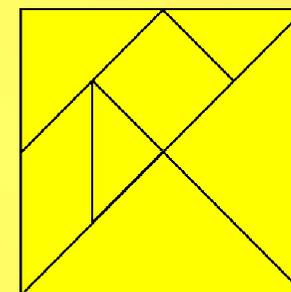
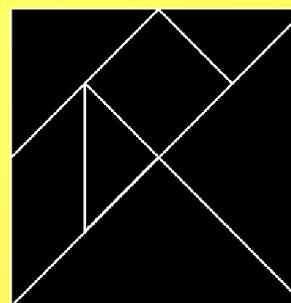
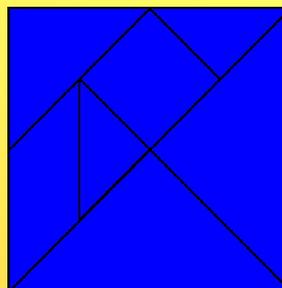
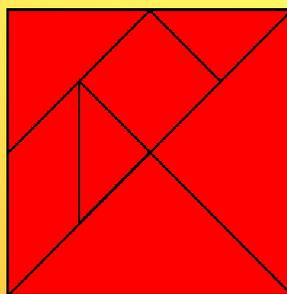


Agenzia Regional e Sanitaria



...piste per il Tangram

- *Sono accettabili e, probabilmente, necessari gradi di integrazione diversi tra i servizi sanitari e i servizi sociali, ma serve raccordo e coordinamento, partecipato e condiviso... cioè "governance" sia a livello regionale che locale.*





Tra frammentarietà ed unitarietà

- *“Sentieri” dove declinare i livelli di direzione/amministrazione dell'integrazione sociale e sanitaria*
1. Contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria
 2. Assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria
 3. Programmazione integrata sociale e sanitaria
 4. Processi, percorsi, procedure
 5. Organizzazione e gestione
 6. Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento





1. Contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria

- Principi generali di riferimento del "modello" di integrazione sociale e sanitaria
- Armonizzazione contenuti delle normative nazionali con le normative regionali
- Individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, sanitarie, socio-sanitarie





2. Assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria

- Individuazione dei soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria (a livello regionale, a livello locale)
- I "luoghi" dell'integrazione sociale e sanitaria
- Le relazioni tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria
- La rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari
- Lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) nella logica solidaristico-assicurativa contro la logica contributivo-capitaria
- Il consolidamento del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali
- La partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini a: consultazione, concertazione, coprogettazione, cogestione/corresponsabilità, controllo partecipato





3. Programmazione integrata sociale e sanitaria

- La prospettiva del "Piano regolatore" dei servizi integrati alla persona
- Gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello regionale
- Gli atti della programmazione integrata sociale e sanitaria a livello territoriale
- I collegamenti con le "altre" programmazioni





4. Processi, percorsi, procedure

- Accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario
- Definizione dell'Area logica della valutazione integrata
- Definizione dell'Area logica della presa in carico e della continuità assistenziale integrata
- Progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni socio-sanitarie
- Integrazione professionale





5. Organizzazione e gestione

- Identificazione del "portafoglio" di servizi ed interventi sociali, sanitari, socio-sanitari
- I "luoghi" dell'accettazione territoriale integrata
- I "luoghi" dell'Area logica della valutazione integrata
- I "luoghi" dell'Area logica della presa in carico e della continuità assistenziale integrata
- I "luoghi" dell'integrazione professionale
- La gestione associata dei servizi socio-sanitari e dei servizi integrati sociali e sanitari
- L'affidamento dei servizi





6. Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento

- Rafforzamento della logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale

- **Materno-infantile**
- **Adolescenti e giovani**
- **Disabilità**
- **Salute mentale**
- **Dipendenze**
- **Adulti fragili**
- **Anziani**

Competenze specifiche

Soggetti

Assetto organizzativo

Funzioni e attività

Piani programmatici





Una "finestra"

<http://www.scoop.it/integrazione-sociosanitaria>

Scoop.it!

Integrazione sociosanitaria

"Briciole per orientarsi nell'integrazione sociale e sanitaria"

Curated by Stefano Ricci

2.6K Views ▾ Share ▾ Tags ▾ Suggest

[Follow](#)

www.riccistefano.net - November 21, 2011 1:51 PM

"Repertorio welfare"



Ho ritenuto opportuno attivare questo "aggregatore di contenuti" sull'integrazione sociale e sanitaria... spero sia utile. Cercherò di aggiornarlo con continuità, per contatti: info@riccistefano.net

Cliccando sul tasto azzurro "Follow" si riceve una e-mail al giorno con l'ultimo "post" inserito. Invece, se si clicca sul titolo di questo post, si arriva alle "Pagine personali di Stefano Ricci", un sito che non riesco ad aggiornare di frequente, ma dove ci sono già molti materiali utili.

Scooped by Stefano Ricci

www.superando.it - Today, 10:08 PM

Rispettare tutti i diritti umani delle persone con sindrome di Down



"Lo scrive tra l'altro il Segretario Generale delle Nazioni Unite, nel messaggio diffuso in occasione della Giornata Mondiale sulla Sindrome..."

Scooped by Stefano Ricci

www.redattoresociale.it - March 19, 5:11 PM

Fa' la cosa giusta 2012 - Fiera del consumo critico e degli stili di vita sostenibili |

www.ilsole24ore.com - March 15, 10:32 PM

Assegno sociale | Il Sole 24 ore



stefano.ricci@regione.marche.it

- Gruppo di Miglioramento per l'integrazione socio sanitaria -
Attività formativa per il personale regionale anno 2013
Corso di formazione R17/2013



Agenzia Regional e Sanitaria