 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Allegato 15 - I riferimenti concettuali sull’integrazione tra sanità e sociale

D. Quale è la legge quadro che regola l’integrazione socio sanitaria?


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 delineando così nuovi orizzonti:

- *L’orizzonte della normalità (contesto di vita della persona):*
 - 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.

D. Cosa si intende per progettazione partecipata e gestione condivisa?

Attraverso una *progettazione partecipata e gestione condivisa* coinvolgendo soggetti, attori sociali “vecchi e nuovi”, attuando una nuovo scenario infatti l’applicazione della L. 328/00 implica:

- Le “*transizioni*”:
 - 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;

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------


- 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.

L’evoluzione in senso federalista del sistema di tutela della salute, dopo i primi passi compiuti con il decreto legislativo n. 112/98, si afferma più compiutamente con il *Decreto Legislativo n. 56/00*, recante il nuovo sistema di finanziamento regionale dei servizi, e con la riforma generale apportata con la revisione del titolo V, parte II, della Costituzione, attuata con la legge n. 3/01, che contiene i presupposti per la futura approvazione di nuove e distinte discipline regionali della sanità pubblica.

D. Come è stato avviato il decentramento dello Stato?

Con la 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).
- 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.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p>Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

- 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*.

D. Quale è stato l’impatto sulla organizzazione dello Stato?

Di fatto, come sostiene il Prof. Giuseppe de Rita abbiamo un “paradigma piramidale verticalizzato” , ovvero, 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).”

D. Quale norma successiva definisce gli ambiti dell’assistenza socio sanitaria?

Con il 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.

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 lungo assistenza*, 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.

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p align="center">RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p align="center">Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

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.

Sempre del 2001 è la legge n. 405, la quale, con il titolo "*Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*", detta importanti disposizioni riguardanti non solo il regime di finanziamento dei servizi, ma anche i presupposti per una diversa regolamentazione nelle Regioni degli ospedali pubblici, delle forme di collaborazione tra pubblico e privato e dell’organizzazione dell’assistenza farmaceutica.

D. Quali sono i servizi che rientrano nei LEA?

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sono stati definiti i servizi che rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire quei servizi che devono essere garantiti a tutti, a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il Decreto:

- 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 in appropriatezza;
- in un capitolo dedicato all’integrazione sociosanitaria 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 sociosanitarie, già definite come “diritti soggettivi”.

Nell’Allegato 3, in cui si forniscono “*indicazioni particolari per l’applicazione dei Livelli in materia di integrazione sociosanitaria*”, si afferma che per tale specifica area “*il riferimento fondamentale è costituito dall’atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie 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*.

D. Come vengono definiti e quando i LIVEAS?


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*).

D. Come si afferma il principio di sussidiarietà?

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:

- sostegno costante alle risorse della società civile e ai legami solidaristici;

 <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p>	<p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p>	<p>Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

- 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 né lo Stato da solo, né i cittadini da soli possono fare (G. Cotturri, Potere sussidiario, Carocci, Roma, 2001)

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.

Un nuovo orizzonte si apre per il sistema dei servizi sociali: *sussidiarietà e federalismo solidale*