



Allegato 7. I riferimenti normativi nazionali sull’integrazione tra sanità e sociale

Riferimenti normativi nazionali dell’integrazione sociale e sanitaria

- 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 sociosanitarie”;
- 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.

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 disincettici) 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.

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

Tendenze delle politiche sociali


	<i>Focalizzazione</i>	<i>Oggetto</i>	<i>Target</i>	<i>Funzione</i>	<i>Approccio Professionale</i>	<i>Attori</i>
<i>Anni 60/70</i>	Assistenza al caso singolo	Problema conclamato	Utente singolo	Cura e accadimento	Terapeutico	Singole professionalità
<i>Anni 80/90</i>	Prevenzione	Rischio	Gruppo a rischio	Stimolo alla consapevolezza e alla responsabilità	Educativo	Servizio
<i>Anni 90/00</i>	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

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

 <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>
---	---	---

D.lgvo n° 229/99 (Riforma TER)

Il D.lgvo 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 dei 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.

Con la L. 328/2000 i soggetti coinvolti nella realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali sono:

Le organizzazioni internazionali ed europee:

- L’ONU;
- Il Consiglio d’Europa;
- L’Unione Europea;

I soggetti pubblici:

Lo Stato:

- Il Ministero del Welfare (Dip. del Lavoro - Dip. Politiche Sociali e Previdenziali);
- Il Ministero della Salute;
- ...



La Conferenza Stato-Regioni;

Gli enti pubblici nazionali;

- Istituto centrale di statistica (ISTAT);
- Consiglio nazionale delle ricerche (CNR);
- Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS);
- Istituto nazionale per gli infortuni sul lavoro (INAIL);
- Istituto nazionale di previdenza dipendenti amministrazione pubblica (INPDAP);
- L’Istituto superiore di sanità (ISS);
- Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS);
- ...

Le Regioni;

Le comunità locali:

- Le Province;
- I Comuni;

Altri enti pubblici presenti a livello locale:

- Le Comunità montane;
- Le Aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere;
- Le Aziende speciali e le istituzioni;
- I consorzi tra enti locali;
- Le unioni di comuni;
- Le Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB);
- Gli Istituti autonomi per le case popolari (IACP);
- ...

