

Sintesi dei modelli organizzativi

dei Distretti italiani

interventi sanitari, sociali e sociosanitari

approfondimento su alcuni percorsi relativi alla non

autosufficienza

1. L'evoluzione del sistema sanitario e sociale in Italia

Ripercorrendo brevemente la storia delle politiche sanitarie e sociali dalla promulgazione della Carta Costituzionale, si evidenziano due articoli fondamentali che costituiscono il welfare del nostro Paese. All'articolo 32 si afferma il diritto all'assistenza sanitaria: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*, mentre all'articolo 38 viene sancito il diritto all'assistenza sociale per le persone inabili al lavoro e sprovviste di mezzi, legittimando anche l'assistenza privata. Ai lavoratori è riconosciuto il diritto alla previdenza per disoccupazione involontaria, l'assistenza in caso di malattia, infortuni, vecchiaia e morte.

L'attuazione di tali indicazioni non sono state immediate, ma frutto di contrattazioni politiche e sociali che hanno portato all'emanazione di importanti atti per l'espletamento di quanto previsto dalla Costituzione.

Il Dpr 616/77 *“Attuazione della legge di cui art. 1 della legge 22 luglio 1975 n. 382”* diviene il punto di riferimento fondamentale per la definizione delle nuove politiche sanitarie e sociali. Le principali innovazioni introdotte da tale decreto, sono così riassumibili:

- a) assistenza sanitaria e ospedaliera, assistenza sociale e beneficenza pubblica, si ridefiniscono nel concetto di servizi sociali;
- b) le *competenze legislative e programmatiche*, sono ridisciplinate secondo i nuovi assetti del decentramento amministrativo, riservando allo Stato l'emanazione delle leggi quadro, alle Regioni l'applicazione delle politiche locali, ai Comuni e alle Province i compiti attuativi e la gestione operativa;
- c) la *grandezza territoriale* diventa il punto di riferimento per l'organizzazione dei servizi sociali e dell'assistenza sanitaria. L'articolo 25 del decreto detta norme per la gestione associata di servizi sociali e sanitari per garantire quella integrazione sociosanitaria che rafforza l'immagine di tutela della salute, non solo come assenza di malattia, ma come acquisizione del benessere psico-fisico e relazionale;
- d) si prevede lo *scioglimento delle Ipab* (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) e di tutti gli Enti nazionali con compiti di assistenza sanitaria e sociale (enti mutualistici ed altri enti pubblici) le cui funzioni sono demandate alla competenza dei Comuni, per ricondurre ad un unico livello orizzontale (territorio comunale) tutte le prestazioni in materia di servizi sociali e sanitari.

Sulla stregua del DPR 616/77 e del decentramento istituzionale appena avviato, il Parlamento emana una legge nazionale sul settore sanitario così da definire ruoli e funzioni dei diversi livelli di governo per garantire in tutto il Paese il diritto all'assistenza sanitaria e l'uguaglianza dei cittadini nell'accesso al servizio.

L'anno seguente viene approvata la legge 23 dicembre 1978 n. 833 *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”* che avvia, dopo trent'anni dall'articolo 32 della Costituzione, il passaggio dai principi dichiarati alla loro concretizzazione. Questa legge si fonda su due concetti innovativi: l'universalità del diritto alla salute e l'unitarietà/globalità del bisogno della persona.

La nuova concezione si evidenzia già nei primi due articoli della legge laddove vengono citati quali elementi fondanti della cura della persona, la prevenzione e la riabilitazione, due concetti innovativi e assenti precedentemente nel trattamento della malattia.

Così come viene sottolineata l'importanza della tutela della salute fisica e psichica: non ci si riferisce più solo al concetto di assenza di malattia, ma a una visione più ampia del benessere della persona che è caratterizzato da diversi aspetti della sua vita.

La normativa sancisce il principio dell'integrazione funzionale degli interventi di base sanitari e sociali, necessaria per garantire risposte non contraddittorie, in modo da poter rispettare e valorizzare quella che è l'unitarietà, la globalità e la complessità del bisogno dell'assistito. Significativo per la comprensione è l'articolo 1 comma 4 che recita *“Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività”*.

Questa legge introduce una nuova cultura, una nuova visione del bisogno e del problema, un nuovo approccio, a cui tutti gli operatori devono ispirarsi.

La legge all'articolo 10 afferma che per provvedere alla gestione unitaria della tutela della salute, in modo uniforme su tutto il territorio, si debbano creare le Unità Sanitarie Locali le quali sono il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, i quali in un ambito territoriale determinato, assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale.

I Comuni devono articolare le Usl in Distretti sanitari, erogatori dei servizi di primo livello e pronto soccorso. Il Distretto viene considerato il livello ottimale per l'unificazione delle diverse attività sociosanitarie.

Negli anni 90 si concretizza la regionalizzazione del sistema sanitario attraverso l'emanazione di decreti di riordino del sistema che apportano rilevanti modifiche all'impianto della legge 833/78.

Il decreto legislativo 502/1992 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”* e la successiva modifica del decreto legislativo 517/1993 apportano alcuni cambiamenti nel sistema sanitario mettendo in primo piano i principi di razionalizzazione e responsabilizzazione economica rispetto alle attività svolte. L'obiettivo è quello di introdurre meccanismi concorrenziali dove la competitività sia finalizzata al miglioramento della qualità, all'efficacia e all'efficienza degli interventi.

Il decreto legislativo 502/1992 introduce all'articolo 1 i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ovvero l'insieme delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa. Essi vengono definiti e assicurati dalle Regioni attraverso le ASL. Questo decreto ha, infatti, trasformato le USL in Aziende Sanitarie Locali con natura di “azienda pubblica” e personalità giuridica. Il processo di aziendalizzazione non prevedeva il ruolo dell'Ente Locale come organo di programmazione e controllo. Esso prevedeva che l'Azienda USL potesse assumere la gestione di attività o di servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali, con oneri a totale carico degli stessi.

Il decreto legislativo 229/1999 *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”* ha modificato ed integrato il decreto legislativo 502/1992, trasformandolo da decreto di riordino in una ulteriore riforma sanitaria. Riafferma i principi ispiratori e gli obiettivi della legge 833/78, introducendo nuove condizioni per renderli raggiungibili. Vengono infatti precisati i diversi livelli di responsabilità propri delle Regioni, delle Aziende sanitarie e degli Enti locali che rientrano, grazie a questa normativa, nel processo decisionale e programmatico, in particolare per l'approvazione dei piani sanitari e per la

verifica della loro attuazione. Inoltre tale decreto focalizza l'attenzione sulla qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, provvedendo ad affermare il principio di contestualità tra identificazione dei livelli di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e la definizione del fabbisogno.

Dopo ventidue anni dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, viene emanata la *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”* che rappresenta la prima legge organica in materia di servizi sociali.

La legge 328/2000 propone la realizzazione di un sistema attivo di protezione sociale, pari opportunità e diritti di cittadinanza, attraverso:

- la valorizzazione di tutte le capacità e le potenzialità della persona, del nucleo familiare e delle reti comunitarie;
- la valorizzazione del Terzo settore, anche attraverso una regolamentazione dei rapporti con il sistema sociale pubblico;
- la definizione a livello nazionale di un “pacchetto” di servizi essenziali, superando gli squilibri regionali, per garantire ai cittadini servizi di base uniformi su tutto il territorio nazionale;
- il raccordo tra la rete sociale, quella dei servizi sanitari e gli interventi per l'istruzione, la formazione, il lavoro, ai fini di una compiuta risposta alla persona, particolarmente se fragile;
- l'individuazione a regime di una misura di contrasto alla povertà fino ad allora assente nel sistema assistenziale italiano;
- l'introduzione della modalità del “progetto personalizzato” per consolidare percorsi integrati e valutare costantemente l'efficacia degli interventi programmati;
- l'integrazione degli assegni economici con le prestazioni di aiuto alla persona;
- la realizzazione di un assetto istituzionale che governi le politiche sociali superando la sovrapposizione di compiti tra gli Enti, a favore di una sussidiarietà verticale e orizzontale che rispetti le accezioni federalistiche e la responsabilità di tutti i soggetti.

Il sistema integrato di interventi e di servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse evitando sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

Queste prestazioni devono essere erogate in ogni territorio, a tutela dell'uniformità nell'accesso. A tal fine il comma quarto dispone che le Regioni, secondo i propri modelli organizzativi, devono provvedere per ogni ambito territoriale, tenendo conto della diversa distribuzione per aree urbane e rurali, ad erogare le prestazioni/servizi di:

- a. servizio sociale professionale e segretariato sociale;
- b. servizio di pronto intervento sociale;
- c. assistenza domiciliare;
- d. strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociale;
- e. centri di accoglienza residenziale o diurna a carattere comunitario;

Sono i Comuni singoli e associati deputati a governare l'intera rete di interventi e servizi sociali alla persona, mentre spetta alla Regione la programmazione concertata con le autonomie locali e le organizzazioni sociali.

Nel 2001, la legge di riforma costituzionale n. 3 *“Modifiche al titolo V della parte seconda della costituzione”*, ha profondamente modificato il regime di riparto delle competenze e delle funzioni tra lo Stato e le Regioni, ridisciplinando in modo integralmente innovativo l'art. 117 della Costituzione.

I nuovi principi costituzionali che regolano il quadro delle competenze sono così sintetizzabili:

- a) allo Stato sono riservate in via esclusiva alcune competenze puntualmente declinate all'art. 117, secondo comma, della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa statale;
- b) alle Regioni sono attribuiti due tipi di competenze legislative:
 - quelle, indicate all'art. 117, terzo comma della Costituzione, da svolgere nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti in leggi dello Stato, (competenza regionale concorrente);
 - quelle, stabilite all'art. 117, quarto comma, su tutte le materie non riservate allo Stato o alla competenza concorrente, da svolgere in via “esclusiva”. La competenza di carattere residuale è da sviluppare nel rispetto dei limiti generali posti alla funzione legislativa dall'art. 117, (competenze residuali delle Regioni).

In conseguenza a tale modifica costituzionale la materia sanitaria diventa di competenza concorrente. Le Regioni hanno competenza in materia rispettando i principi definiti a livello statale che si concretizzano nei Livelli Essenziali di Assistenza, per contro la materia dei servizi sociali viene attribuita in via esclusiva alle Regioni.

Altro elemento di rilievo in ordine alle competenze è la legge 5 maggio 2009 n. 42 in tema di federalismo fiscale; in merito è stato emanato il decreto delega n. 68/2011 in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario. Nel dettaglio all'art. 14 vengono identificati i campi di sanità e servizi sociali come settori nei quali devono essere garantite le prestazioni concernenti i livelli essenziali.

In tali materie viene prevista l'adozione di un modello economico di valutazione del fabbisogno standard e dei relativi costi finalizzato a determinare un quantum ideale necessario per assicurare le prestazioni essenziali, ovvero quanto dovranno costare nei diversi territori e quali risorse competono in relazione al fabbisogno standard.

Le previsioni sui costi standard diventano quindi il nuovo modello economico di riferimento sul quale fondare il finanziamento integrato dell'attività pubblica afferente l'erogazione ai cittadini dei diritti sociali.

2. Il Distretto Sanitario nelle norme

Il Distretto sanitario rappresenta l'organizzazione territoriale che meglio risponde alle esigenze di tutela della salute della collettività, in quanto luogo privilegiato di gestione e produzione di attività socio-sanitarie.

La concettualizzazione dell'entità distrettuale risale alla prima legge a copertura universalistica del bisogno di salute. Il Distretto viene infatti per la prima volta definito all'interno della legge n. 833

del 1978 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. La legge afferma all'articolo 10 che al fine di provvedere alla gestione unitaria della tutela della salute, in modo uniforme su tutto il territorio, si debbano creare le Unità Sanitarie Locali articolate in Distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento. La costituzione dei Distretti è prevista come "eventuale" ed è affidata ai Comuni.

Il Distretto viene inteso come la dimensione atta a conciliare l'unitarietà del sistema sanitario, governato a livello regionale e gestito dalle Unità Sanitarie Locali, con l'intento di portare i servizi vicini al luogo di vita dei cittadini, per assicurare loro l'assistenza di base e promuovere la salute degli stessi.

L'attuazione concreta nelle Regioni dei Distretti non è stata uniforme e gli stessi hanno generalmente svolto una limitata funzione di sportelli decentrati di servizi di tipo amministrativo, di prenotazione di visite specialistiche. La dimensione territoriale dei Distretti era limitata (5.000-10.000 abitanti) in conseguenza della scelta legislativa sulla dimensione delle Unità Sanitarie Locali (di norma tra i 50.000 e i 200.000 abitanti).

Successivamente il decreto legislativo n. 502 del 1992 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*", in seguito modificato dal decreto legislativo 517/1993, fornisce le prime indicazioni sul Distretto nell'ambito di un processo di riforma del Servizio Sanitario Nazionale basato sui principi di regionalizzazione ed aziendalizzazione.

Il Distretto cambia significato, collocandosi all'interno di Unità Sanitarie Locali che si trasformano in Aziende e con dimensioni provinciali, perciò più ampie rispetto alla previsione della legge n. 833/78.

Il Distretto si configura come articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale, insieme ai presidi ospedalieri e al nascente dipartimento di prevenzione. Il decreto contiene un unico riferimento al Distretto all'art. 3 comma 5 "*spetta alla Regione disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento delle Aziende USL, definendo, tra l'altro, l'articolazione delle USL in Distretti*". Tale riferimento prevede che il Distretto non sia solo un centro di erogazione dei servizi, ma anche un centro di governo: dovrà far in modo che i servizi siano il più vicino possibile ai luoghi di vita delle persone e cercare di dare risposta ad un bisogno di integrazione sociosanitaria.

La definizione dei Distretti come articolazioni delle UsL, senza specificare le caratteristiche organizzative, ha rappresentato un limite che in molti casi ha determinato l'istituzione di Distretti sanitari sul piano formale senza prevedere un'effettiva autonomia operativa e gestionale.

Il processo di aziendalizzazione previsto dal riordino della disciplina in materia sanitaria e l'accresciuto dimensionamento delle Unità Sanitarie Locali passate dalle 670 unità del 1980 alle 195 del 1999, hanno portato ad un ripensamento da parte delle Regioni circa la configurazione organizzativa e il ruolo dei Distretti.

Tale processo è stato avviato dal Piano sanitario nazionale 1994-1996 che conteneva alcuni indirizzi generali a cui avrebbero dovuto ispirarsi le decisioni regionali. In questo documento, il Distretto sanitario di base viene definito quale articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale, finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa dei bisogni sanitari della popolazione.

Questo elemento evidenzia uno degli aspetti di maggiore rilievo del Distretto e di maggiore complessità: la capacità di integrare professionisti diversi, spesso appartenenti a servizi sanitari separati e di integrare gli stessi servizi, con percorsi assistenziali ben definiti. Inoltre, il Distretto deve assumersi il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, avvicinando i servizi e i professionisti dell'ambito sociale.

Il Piano fornisce alcune indicazioni sulle attività collocabili a livello distrettuale: il supporto all'attività dei medici di medicina generale, l'assistenza domiciliare integrata, il coordinamento dell'assistenza semi residenziale e residenziale.

Nonostante le indicazioni prescritte a livello nazionale, i Distretti evidenziavano differenti connotazioni regionali.

Fondamentale momento di passaggio è costituito dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che inserisce il Distretto nell'ambito delle strategie di cambiamento del Servizio Sanitario Nazionale, chiarendo alcuni degli aspetti di maggiore incertezza sull'identità e sul ruolo del Distretto e sul modello organizzativo e funzionale dello stesso. Questo documento, centrato sulla prevenzione e sull'esigenza di equilibrio tra i livelli di assistenza territoriale, di prevenzione e di ospedalità, ha dato forte impulso alla de-ospedalizzazione e alla creazione di una rete di servizi territoriali, tanto da ridefinire in un unico livello di assistenza sanitaria le attività distrettuali.

Il Psn 1998-2000, inoltre, prevede che si adotti un nuovo equilibrio tra attività e risorse dedicate all'ospedale e quelle dedicate al Distretto: per la prima volta si prevede che al territorio siano erogate più risorse di quelle previste per l'ospedale.

Per quanto riguarda le funzioni, il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 indica che il Distretto deve diventare:

- ✓ centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale e punto di riferimento unico per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini. Per far ciò si devono costituire un punto unico d'accesso per il cittadino per tutti i servizi dell'Azienda cosicché da creare un unico luogo deputato alla presa in carico del bisogno di salute della persona e di integrazione sociosanitaria;
- ✓ centro organizzativo e di gestione dell'assistenza sanitaria di base e di tutti i servizi del territorio di competenza. Si possono collocare all'interno di questo riferimento l'assistenza domiciliare integrata (ADI), l'ospedalizzazione domiciliare, la gestione coordinata degli accessi ai servizi, con centri unici di prenotazione, sportelli di informazione all'utente.

La programmazione distrettuale deve essere svolta d'intesa con le rappresentanze dei Comuni associati, aspetto che diviene prioritario nei piani sanitari regionali. L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali è fondamentale poichè la gran parte della domanda di salute implica un bisogno sociale che deve essere affrontato insieme al bisogno sanitario per garantire l'efficacia dell'intervento assistenziale

La disciplina del Distretto, viene successivamente puntualizzata nel dlgs n. 229/99 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*", che **pur rimandando alla competenza regionale l'organizzazione distrettuale**, rappresenta il primo riferimento organico alla disciplina del Distretto, al quale assegna una forte connotazione organizzativa valorizzando la riorganizzazione della medicina nel territorio e attribuendogli quell'autonomia indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il Distretto viene configurato come il sistema organizzativo al quale è **riconosciuta la responsabilità di governare la domanda** (con un ruolo di committenza, valutando quali servizi e per quali bisogni) e assicurare la **gestione dei servizi sanitari territoriali** (con un ruolo di produzione).

La normativa non specifica la modalità di svolgimento di queste funzioni; rientra quindi nella competenza regionale indicare le diverse modalità di gestione dei servizi che può essere diretta, tramite negoziazione o con l'acquisto di prestazioni erogate da soggetti pubblici o privati accreditati.

Come si osserverà in seguito, la modalità scelta per attuare il governo della domanda e la gestione dei servizi risulta elemento fondamentale per quanto **concerne l'appropriatezza nella risposta assistenziale**.

Il Distretto diviene quindi un nodo essenziale della rete unificata dei servizi sociosanitari e il luogo naturale dove attuare i processi di integrazione sociosanitaria.

A livello organizzativo, il Distretto copre un bacino d'utenza minimo di 60.000 abitanti, con facoltà delle disposizioni regionali, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità di popolazione di mutarne il numero.

Il Distretto deve garantire al proprio bacino d'utenza le seguenti funzioni:

- a. assistenza di base;
- b. assistenza specialistica ambulatoriale;
- c. attività o servizi per la prevenzione e la cura della tossicodipendenza;
- d. attività o servizi consultori ali per la tutela della salute di dell' infanzia, della donna e della famiglia;
- e. attività o servizi rivolti ad disabili e anziani (ivi compresi servizi semi-residenziali e residenziali);
- f. attività o servizi di Assistenza Domiciliare Integrata;
- g. attività o servizi per patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
- h. creare articolazioni funzionali con il Dipartimento della salute mentale e con il Dipartimento della prevenzione.

Un importante elemento organizzativo deriva dalla legge finanziaria del 2001 (legge 23 dicembre 2000, n. 388), che introduce in via sperimentale il budget di distretto, ovvero la possibilità per le Regioni di assegnare “una dotazione finanziaria virtuale, calcolata sulla base del numero di abitanti moltiplicato per la parte della quota capitaria concernente le spese per prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali, che si presumono indotte dall'attività prescrittiva dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale”.

I Distretti in Italia oggi si presentano come organizzazioni con territori e popolazioni di riferimento rimarchevoli: 85.000 abitanti in media, con un range differenziale assai ampio tra Regione e Regione poiché si passa da un bacino minimo di 24.943 abitanti per la Provincia autonoma di Bolzano, ad un massimo di 120.280 abitanti per la Lombardia. Si ha il 10,9% dei Distretti con un numero di abitanti inferiore a 30.000, il 24,5% ha un numero di residenti compreso tra 30.000 e 60.000 e il 64,6% dei Distretti con oltre 60.000 abitanti. Risulta così ampiamente superato il criterio di attribuzione di almeno 60.000 abitanti per Distretto individuato dal Dlgs. 229/1999.

Il bacino d'utenza rappresenta una variabile fondamentale per quanto riguarda l'organizzazione del Distretto, all'interno di un sistema in cui le Aziende sanitarie occupano una dimensione sempre più vasta, passando dalle 659 Usl del 1992 alle 145 Asl attuali¹. Con Aziende sanitarie così ampie, al Distretto non possono essere affidati solo compiti di erogazione di servizi di primo livello o di pronto intervento, ma dovrà svolgere anche funzioni di coordinamento di una più complessa ed articolata rete di servizi territoriali e di costituire il punto di riferimento per il cittadino e il luogo deputato all'erogazione di servizi integrati.

La superficie dei Distretti in media corrisponde a 440 kmq, con marcate differenze tra Regioni: da un valore minimo di 213 kmq medi in Campania ad un massimo di 1052 in media in Sardegna. Nonostante l'ampia variabilità inter-distrettuale/inter-regionale, il 73,5% dei Distretti copre un territorio urbano (40,5%) o extraurbano (33,4%).

Regione	Popolazione residente	ASL	Distretti attivi	Bacino di utenza medio dei Distretti
ABRUZZO	1.334.675	4	25	53.387
BASILICATA	590.601	2	11	53.691
CALABRIA	2.008.709	5	35	57.392
CAMPANIA	5.812.962	7	72	80.736
EMILIA ROMAGNA	4.337.979	11	38	114.157
FRIULI V. G.	1.230.936	6	20	61.547
LAZIO	5.626.710	12	55	102.304
LIGURIA	1.615.064	5	19	85.003
LOMBARDIA	9.742.676	15	81	120.280
MARCHE	1.569.578	1	23	68.242
MOLISE	320.795	1	7	45.828
PIEMONTE	4.432.571	13	58	76.424
P.A. DI BOLZANO	498.857	1	20	24.943

¹ "La rete dei distretti sanitari in Italia", Bellentani M. e al., I Quaderni di Monitor n° 8, Agenas 2011

P.A. DI TRENTO	519.800	1	13	39.985
PUGLIA	4.079.702	6	49	83.259
SARDEGNA	1.671.001	8	23	72.652
SICILIA	5.037.799	9	62	81.255
TOSCANA	3.707.818	12	34	109.053
UMBRIA	894.222	4	12	74.518
VALLE D'AOSTA	127.065	1	4	31.766
VENETO	4.885.548	21	59	82.806
ITALIA	60.045.068	145	711	84.452

3. Il processo di integrazione sociosanitaria per la complessità della presa in carico

Come detto in precedenza, è compito della legislazione regionale occuparsi dell'assetto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale.

Ogni Regione, ha provveduto ad attuare una normativa sanitaria che è stata integrata con la normativa sociale. Per quanto riguarda il processo di integrazione sociosanitaria e la conseguente creazione di unità organizzativo-gestionali, gli enti regionali, hanno redatto norme sul versante sociale, sanitario o sociosanitario nel quadro dei principi fondamentali sull'integrazione sociosanitaria contenuti del Dpcm 14 febbraio del 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie", che rappresenta il punto di sintesi organico in materia.

Si supera la dicotomia tra sociale e sanitario per rispondere a **bisogni complessi della persona**.

Per rendere effettiva questa risposta sono necessari alcuni punti fondamentali:

- a. interventi caratterizzati da **processualità**, dove tutti i componenti partecipano;
- b. una **presa in carico** del soggetto;
- c. una **valutazione multidisciplinare** effettuata da un'equipe mista sanitaria e sociale per procedere alla valutazione della malattia e del grado di non autosufficienza; (Questo organismo di valutazione è composto dal medico specialista della patologia o dello stato di disabilità da valutare (neuro psichiatra infantile, geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra ecc.), infermiere, terapeuta della riabilitazione, l'assistente sociale che ha in carico la persona da

- valutare, l'educatore, se devono essere analizzati aspetti pedagogico-didattici e il medico di medicina generale. Possono essere aggiunti altri professionisti se necessitano);
- d. la formulazione di un **piano di assistenza individualizzato** (PAI), che deve tener conto della natura multidimensionale del bisogno, degli obiettivi di salute da raggiungere (indicando i fattori produttivi ed i servizi a cui gli stessi afferiscono), del responsabile del caso (che diviene un tramite fondamentale con la persona e i suoi *caregivers*) e della verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità e degli esiti;
- e. **verifica degli outcomes;**
- f. interventi basati sulle pratiche di **governo clinico**, i principi generali del governo clinico possono essere ricondotti alla condivisione multidisciplinare degli approcci all'assistenza più efficace e appropriata, sviluppo di conoscenza e routine cliniche e organizzative derivanti dalla pratica, responsabilizzazione dei professionisti sulla performance complessiva del processo assistenziale, miglioramento e qualificazione dello sviluppo professionale e riconoscimento della centralità dell'assistito e del suo bisogno di cura e assistenza.

Riprendendo la definizione dell'articolo 3 septies del dlgs n. 229/99, le prestazioni sociosanitarie vengono individuate come *tutte quelle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo la continuità tra azione di cura e quella di riabilitazione.*

L'articolo 2 del dlgs riprende questo concetto specificando che l'assistenza sociosanitaria va prestata sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali ed è compito delle regioni disciplinare le modalità e i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

Le prestazioni sociosanitarie sono definite tenendo conto di quattro fattori:

1) La natura del bisogno:

- ✓ funzioni psico-fisiche del soggetto;
- ✓ natura dell'attività del soggetto e relative limitazioni;
- ✓ modalità di partecipazione alla vita sociale;
- ✓ attori della vita sociale che incidono nella risposta al bisogno e al suo superamento.

2) La complessità dell'intervento che viene determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura) e alle loro articolazioni nel progetto personalizzato;

3) La durata dell'intervento assistenziale;

4) L'intensità dell'intervento.

L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato.

Vengono definite tre fasi:

1. **Fase intensiva:** caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico di elevata complessità, di durata breve e definita. Le modalità operative sono quelle domiciliari, ambulatoriali, semi-residenziali e residenziali;
2. **Fase estensiva:** caratterizzata da minore intensità terapeutica (si richiede comunque una presa in carico specifica) e da un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
3. **Fase di lungo-assistenza:** questa fase è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile, a rallentare il suo deterioramento e a favorire la partecipazione alla vita sociale anche attraverso percorsi educativi.

All'articolo 3, il dlgs n. 229 del 1999 definisce le tre tipologie di prestazioni sociosanitarie e le relative competenze di spesa ripartite tra A.U.S.L, comuni e cittadino:

- 1) **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, sono prestazioni assistenziali erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali. Sono finalizzate alla promozione della salute, a prevenire, individuare, rimuovere e contenere gli esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite tenendo conto delle componenti ambientali alla partecipazione della vita sociale e l'espressione personale. Il progetto personalizzato ha durata medio-lunga e l'erogazione avviene in regime ambulatoriale, domiciliare o in strutture semi-residenziali e residenziali. Questa tipologia è di competenza e a carico delle Aziende Unità Sanitarie Locali.
- 2) **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, sono l'insieme di attività del sistema sociale ed hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità ed emarginazione condizionanti lo stato di salute. Queste attività si concretizzano nei seguenti interventi:
 - sostegno e promozione in favore di infanzia, adolescenza e della responsabilità familiare;
 - interventi a contrasto della povertà per i soggetti impossibilitati a produrre reddito per limitazioni sociali e personali;
 - sostegno e aiuto domestico familiare per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio di persone non autosufficienti;
 - interventi di ospitalità alberghiera in strutture semi-residenziali e residenziali per adulti e anziani non assistibili a domicilio;
 - interventi anche di natura economica per favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità, patologia psico-fisica o dipendenza (escluso quanto previsto in materia di diritto al lavoro per disabili);
 - ogni altro intervento qualificato come prestazione sociale a rilevanza sanitaria e inserito tra i livelli essenziali di assistenza.

Queste attività sono di competenza e a carico dei Comuni con la partecipazione alla spesa da parte dei cittadini beneficiari.

3) **Prestazione sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria** (che sono da ricomprendersi nelle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale). Sono prestazioni a particolare rilevanza terapeutica e con intensa componente sanitaria, ed è per questo che oltre ad essere erogate dalla A.U.S.L. sono a totale carico del Fondo sanitario nazionale. Attengono prevalentemente alle aree:

- Materno-infantile
- Anziani
- Handicap
- Patologie psichiatriche
- Dipendenza da alcool, droga, farmaci
- Patologie da infezioni da HIV
- Patologie in fase terminale
- Inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative

Queste prestazioni sono attribuite alla fase post-acuta e possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali e riguardano la fase estensiva e di lungo-assistenza. In queste prestazioni il progetto personalizzato richiede inscindibilità del concorso di apporti professionali e sanitari, un'attività congiunta degli interventi.

Di seguito, viene riportata la tabella riepilogativa dell'area integrazione sociosanitaria (allegato 1 C Dpcm 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*") nella quale per le singole tipologie erogative di carattere sociosanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.

In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcol, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare					
	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	a. prestazioni a domicilio di medicina generale, pediatria di libera scelta b. prestazioni a domicilio di medicina specialistica;	50%	Assistenza domiciliare integrata	L. n. 833/ 78 art. 25 P. O. Anziani



		<ul style="list-style-type: none"> c. prestazioni infermieristiche a domicilio d. prestazioni riabilitative a domicilio e. prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona [cfr. % colonna a fianco] f. prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa 			
	Assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza.	<ul style="list-style-type: none"> a) prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, psicologiche, di indagine diagnostica alle donne, ai minori alla coppia e alle famiglie (ivi comprese le famiglie adottive ed affidatarie) . <p>Prestazioni riabilitative e socioriabilitative a minori ed adolescenti</p>		<ul style="list-style-type: none"> 1. Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche e riabilitative 2. Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche. 3. Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni. 4. Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi 	<p>L. n. 405/1975</p> <p>L. n. 194/1978</p> <p>Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi e adozioni nazionali ed internazionali</p> <p>L. n. 66/1996</p> <p>L. n. 269/1998</p> <p>D. M. 24.4.2000 "P. O. Materno Infantile"</p>
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	<ul style="list-style-type: none"> a. prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socioriabilitative presso il domicilio 		Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale e domiciliare	D. P. R. 10.11.1999 "P. O. tutela della salute mentale 1998/2000"
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie	<ul style="list-style-type: none"> a. trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative ivi compreso quelle erogate durante il periodo della disassuefazione; b. i programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza. 		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale e domiciliare	D. P. R. n. 309/1990 L. n. 45/1999 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi favore di disabili	<ul style="list-style-type: none"> a. prestazioni ambulatoriali, riabilitative e socioriabilitative presso il domicilio; b. assistenza protesica 		1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e	L. n. 833/1978 art. 26 Prov. 7.5.1978 "Linee guida



	fisici psichici e sensoriali			tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali e assistenza protesica.	del Min. Sanità per le attività di riabilitazione "
				2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, in regime domiciliare	L. n. 104/92 L. n. 162/1998 Leggi regionali*
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore di malati terminali	a) Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale e domiciliare		Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale e domiciliare	L. n. 39/1999
	Attività sanitaria e sociosanitaria persone affette da AIDS**	a) Prestazioni e trattamenti in regime ambulatoriale e domiciliare			L. n. 135/1990 D. P. R. 8. 3. 2000 "P. O. AIDS"
Assistenza territoriale semi-residenziale e					
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a) Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale		Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo semiresidenziale	D. P. R. 10.11.1999 "P. O. tutela della salute mentale 1998/2000"
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	<p>a. prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale;</p> <p>b. prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi [cfr. % colonna fianco]</p>	30%	<p>1. Assistenza i disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali in regime semiresidenziale</p> <p>2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, in regime semiresidenziale , compresi gli</p>	L. n. 833/1978 art. 26 Prov. 7.5.1978: linee guida del Min. Sanità per le attività di riabilitazione



				interventi	
		- rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione; d) prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico.		Di sollievo alla famiglia	L. n. 104/92 L. n. 162/1998 Leggi regionali
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore di tossicodipendenti	a. trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative in regime semiresidenziale; b. programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza.		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga in regime semiresidenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale	D. P. R. n. 309/1990 L. n. 45/1999 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi favore di anziani	a) Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna fianco]	50%	Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi ciclo diurno, compresi interventi e servizi di sollievo	Linee guida Min. Sanità 31.3.1994 L. n. 67/1988 L. n. 451/1998 D. Lgs. n. 229/99 D. P. R. 23.7.1998 "Piano Sanitario 1998/2000" Leggi e Piani regionali*
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore di persone affette da AIDS**	a. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime semiresidenziale			L. n. 135/1990 D. P. R. 8.3.2000 "P. O. AIDS"
Assistenza territoriale residenziale					
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie	a. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale b. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale [cfr. % colonna a fianco]	60%	1. Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo residenziale 2. Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di inserimento	D. P. R. 10.11.1999 "P. O. tutela della salute mentale 1998/2000"



				sociale e lavorativo	
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	<ul style="list-style-type: none"> a. prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale ivi compresi i soggetti con responsività minimale; b. prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico; c. prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per: <ul style="list-style-type: none"> o disabili gravi [cfr. % colonna a fianco]; o disabili privi di sostegno familiare [cfr. % colonna a fianco]; d. rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione 	<p>30%</p> <p>60%</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni residenziali 2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione in regime residenziale, compresi gli interventi di sollievo alla famiglia 	<p>L.n. 833/1978 art 26 Prov. 7.5.1987 "Linee guida del Min. Sanità per le attività di riabilitazione"</p> <p>L.n. 104/92 L.n. 162/1998 Leggi regionali*</p> <p>DPCM 1° dicembre 2000 DM 21 maggio 2001</p>
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore di tossicodipendenti	<ul style="list-style-type: none"> a. trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative in regime residenziale per tutto il periodo della disassuefazione; b. programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza. 		Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga in regime residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale	D. P. R. n. 309/1990 L. n. 45/1999 Accordo Stato-Regioni 21.1.1999
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi favore di anziani	<ul style="list-style-type: none"> a. prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva; b. prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco] 	50%	Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo, compresi interventi e servizi di sollievo	Linee guida Min. Sanità 31.3.1994 L. n. 67/1988 L. n. 451/1998 D. Lgs. n. 229/99 D. P. R. 23.7.1998 "Piano Sanitario 1998/2000" Leggi e Piani regionali*
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore di	<ul style="list-style-type: none"> a. Prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di 	30%	Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungo	L. n. 135/1990 D. P. R.

	persone affette da AIDS	lungoassistenza in regime residenziale		assistenza ed accoglienza in strutture residenziali	8.3.2000 "P. O. AIDS"
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore di malati terminali	a. Prestazioni e trattamenti palliativi in regime residenziale		Prestazioni e trattamenti palliativi in regime residenziale	L. n. 39/1999
Assistenza penitenziaria					
	Attività sanitaria e sociosanitaria favore dei detenuti	a. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e, riabilitative e socioriabilitative per le dipendenze e disturbi mentali			

Nota : * Trattasi di leggi regionali relative alle modalità organizzative dei servizi e di erogazione delle prestazioni, che non individuano livelli ulteriori di assistenza rispetto alla normativa nazionale.

4.Modalità di accesso unificato alla rete dei servizi sociosanitari

Per costruire uno scenario **di risposta reale alle esigenze degli individui**, in particolare rivolto a coloro in condizioni di maggior fragilità, **la rete dei servizi sociosanitari ha avviato un processo nel quale ha previsto dei Punti Unici d'Accesso ai servizi sociosanitari per la persona**, al fine di avviare **percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute** e con il compito di prendersi "cura" delle esigenze sociosanitarie della persona superando la settorializzazione degli interventi che troppo spesso rende oltremodo complesso per l'utente l'accesso ai servizi.

La filosofia e strategia operativa del Punto Unico di Accesso, risulta una modalità presente in tutte le organizzazioni sociosanitarie regionali, seppur denominato in modo differente nelle diverse realtà: Porta Unitaria d'Accesso, Sportello Sociosanitario Integrato, Sportello Unico d'Accesso.

Volendo definire il Punto Unico d'Accesso, si può asserire che rappresenti una **modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, rivolta tuttavia in particolare a coloro che presentino bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale**.

Il PUA presuppone l'inserimento ideale in una logica di sistema che si avvale di reti clinico-terapeutiche, psico-sociali e solidaristiche finalizzate a fornire una risposta di qualità a bisogni complessi ed a elevata complessità.

Il PUA si configura come il primo servizio a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità e diritto.

Per garantire l'universalità nell'accesso, risulta altresì necessario che la collocazione territoriale del PUA risponda alle caratteristiche strutturali di facile fruibilità e accessibilità.

Dagli indirizzi di programmazione nazionale e regionale si possono evidenziare le principali funzioni del PUA quali l'accesso, l'accoglienza, la raccolta di segnalazione, l'orientamento e la gestione della domanda, l'attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici e l'avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale e ospedaliera.

Per poter realizzare queste funzioni vengono svolte attività quali l'**analisi del bisogno**, la **registrazione degli accessi**, **risposte informative** e di **orientamento**, **apertura di cartelle individuali** con dati sulla situazione di bisogno e **segnalazione dei casi con complessità sociosanitaria con trasmissione di informazioni all'UVM per la valutazione multidimensionale**.

Il Distretto in base agli indirizzi regionali e alla pianificazione regionale integrata (PAT e PdZ) definisce e detta linee guida per una costante prassi valutativa dei percorsi integrati d'accesso al fine di un miglioramento e di una semplificazione nell'utilizzazione dei servizi da parte delle persone in situazione di fragilità.

Sotto questo profilo vengono individuate figure professionali (medico, assistente sociale, personale infermieristico e amministrativo), orari di accesso al pubblico (almeno per sei ore quotidiane) e modalità di comunicazione con i diversi servizi della rete del sistema informativo.

Di seguito si evidenzia come l'unitarietà d'accesso viene realizzata nei sistemi regionali.

<i>Regioni</i>	<i>Modalità di accesso unificato alla rete dei servizi sociosanitari</i>
Abruzzo	Sono stati istituiti Punti Unici d'Accesso presso ogni Distretto Sanitario di Base con regolamento che ne disciplina obiettivi, caratteristiche operative, aree di intervento (cure domiciliari, assistenza semi-residenziale e residenziale, assistenza integrativa/protesica/riabilitativa, assistenza agli immigrati, assistenza farmaceutica, assistenza sociale ed invalidità civile) e risorse.
Basilicata	Sono previste forme di accesso unificate ai servizi come la Porta Unica di Accesso e strumenti di collaborazione multi professionale come le Unità di valutazione multi professionali. Le Asl devono attivare i servizi integrati per il territorio, in raccordo con i Comuni associati, tra cui i centri operativi distrettuali, l'allocazione unitaria degli uffici del Piano sociale, gli sportelli unici di accesso ai servizi sociali e sanitari, le unità di valutazione integrata.
Calabria	Il Punto Unico d'Accesso è costituito da una rete di luoghi (sportelli) ai quali possono accedere i cittadini per avere risposte utili, tempestive ed uniformi capaci di orientare sui servizi presenti sul territorio. Lo sportello PUA fornisce informazioni complete ai cittadini (in particolare agli anziani e ai disabili non autosufficienti ed ai loro familiari) in merito ai diritti, alle prestazioni ed alle modalità di accesso ai servizi. Presso lo sportello Pua l'utente trova ascolto e viene orientato e accompagnato verso il servizio aderente ai suoi fabbisogni.

Campania	Sono previste forme d'accesso ai servizi quali la Porta unica di accesso, funzione esercitata sia dal segretariato sociale dei Comuni sia dai Distretti sanitari per le Asl. La valutazione avviene tramite le UVI composte da personale degli enti locali e della Asl con compiti di valutazione e diagnosi dei singoli casi e di definizione di un progetto personalizzato.
Emilia Romagna	Per realizzare un miglior accesso alla rete dei servizi si predispongono una connessione tra gli sportelli sociali (attivato dai Comuni, con la funzione di front-office di gestione del primo contatto, dell'informazione, dell'orientamento in merito al sistema dei servizi) e lo sportello unico distrettuale (modalità organizzativa con la quale le Aziende UsI garantiscono le procedure amministrative sanitarie) e una costituzione di strutture professionali integrate tra Asl e Comuni. Vengono attuati percorsi formativi condivisi tra gli operatori dei due settori.
Friuli Venezia Giulia	Il servizio sociale dei Comuni in raccordo con i Distretti Sanitari, attua forme di accesso unitario ai servizi del sistema integrato. L'assistenza sociosanitaria integrata è erogata di norma utilizzando lo strumento dei progetti personalizzati, che prevedono la figura del <i>case manager</i> , redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali e di approcci multidisciplinari. Per la definizione delle modalità tecnico-organizzative dei progetti la Regione emana apposite linee guida.
Lazio	Sono stati organizzati Punti Unici di Accesso integrato tra sociale e sanitario, inteso quale funzione del Distretto Sanitario in grado di fornire informazione ed orientamento al cittadino, dando risposta alle problematiche semplici e rinviare i casi con un maggior caso di complessità verso le sedi più idonee. Viene previsto che il PUA debba funzionare su due canali distinti, il primo riservato ai cittadini con una funzione prevalente di accompagnamento e orientamento e il secondo destinato a relazionarsi con la rete dei servizi e a garantire la presa in carico, per i differenti livelli di intensità assistenziale, mediante la valutazione multidimensionale effettuata dall'UVM.
Liguria	Il Distretto Sociosanitario organizza l'accesso unificato alle prestazioni integrate, attraverso lo Sportello Integrato Sociosanitario. Lo Sportello ha i suoi punti di accesso presso gli Sportelli di Cittadinanza collocati negli Ambiti Territoriali Sociali e può essere collegato alla rete degli Sportelli Sociali attivati da enti pubblici, da soggetti del Terzo Settore, da patronati e dal privato sociale. L'Unità Distrettuale assicura l'operatività integrata anche per la valutazione dei bisogni sociosanitari tramite le Unità di Valutazione Multidisciplinari e la predisposizione del Piano di Assistenza Individualizzato.
Lombardia	Il Distretto Sociosanitario organizza l'accesso unificato per la presa in carico integrata dei bisogni sociosanitari espressi dal cittadino tramite il Punto Unico d' Accesso. Viene inteso come punto di accoglienza sul territorio, in grado di fornire informazioni, attivare domande e pratiche, presentare richieste di assistenza che coinvolgono le competenze di più strutture, accogliere reclami.
Marche	La programmazione sanitaria ha introdotto l'obiettivo di realizzare una funzione unica di presa in carico delle problematiche sociali e sanitarie attraverso l'istituzione dello sportello della salute come centro di regolazione dei percorsi di continuità assistenziale e della cronicità, nell'ottica dell'integrazione multi professionale e multidisciplinare. Nel contempo sono stati istituiti gli uffici di promozione sociale. Sono in atto sperimentazioni di creazione di Punti Unici d' Accesso dislocati sul territorio regionale.

<p>Molise</p>	<p>Il PSR prevede la creazione di strutture di accesso integrato come la Porta unica di accesso. L'accesso integrato ai servizi è garantito dall'accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (PUA); area logica della valutazione integrata (UVI); area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata; unità valutative integrate; gestione unitaria della documentazione; partecipazione ai momenti decisionali; individuazione di responsabilità del lavoro integrato.</p>
<p>Piemonte</p>	<p>Gli sportelli unici sono servizi di primo accesso dove il cittadino incontrerà operatori professionisti in grado di fornire puntuali informazioni sui percorsi e sulle opportunità offerte dai servizi sanitari e sociali, orientare nella rete dei servizi, dare risposte integrate sociosanitarie rispetto a problematiche complesse, avviare le procedure per l'attivazione dei servizi sanitari e sociali, fornire accompagnamento nei percorsi individuali.</p>
<p>Puglia</p>	<p>La Porta Unica di Accesso (PUA) è la funzione che garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico. La PUA è collocata funzionalmente in staff alla Direzione di Distretto. La Regione promuove la costituzione di Unità di Valutazione Multidimensionale in ogni ambito territoriale o Distretto Sociosanitario.</p>
<p>Sardegna</p>	<p>Il modello del Punto Unico d'Accesso è stato istituito presso ogni Distretto Sociosanitario al fine di rispondere in maniera appropriata alle diverse tipologie di bisogno: il bisogno sociale semplice viene accolto dal Servizio Sociale Professionale, il bisogno sanitario semplice viene preso in carico dal MMG o dal Pls ed il bisogno complesso attraverso una valutazione della situazione da parte della Unità di Valutazione Territoriale.</p>
<p>Sicilia</p>	<p>Il Punto Unico d'Accesso ha sostituito lo Sportello unico per l'integrazione sociosanitaria, rappresenta l'unico organismo abilitato ad avviare il percorso di accesso ai servizi integrati. Rappresenta il punto di raccolta di tutte le segnalazioni ed il conseguente raccordo funzionale tra i diversi soggetti componenti la rete del sistema integrato.</p>
<p>Trentino Alto Adige</p>	<p>Sono previsti Punti unici Provinciali di Accesso quali moduli organizzativi integrati tra servizi sociali e sanitari, diretti all'orientamento e alla presa in carico del cittadino. Per l'accesso ai servizi ad elevata integrazione sanitaria è prevista la valutazione multidimensionale integrata dalla quale discende l'elaborazione di un progetto individualizzato.</p>
<p>Toscana</p>	<p>La filosofia della Società della salute nasce con l'intento di creare un accesso e una presa in carico sociosanitaria integrata. Il processo di integrazione prevede una valutazione multiprofessionale con una Unità di Valutazione Multidisciplinare e la formulazione di un percorso di assistenza personalizzato, l'attuazione dell'intervento e la sua valutazione.</p>
<p>Umbria</p>	<p>L'accesso integrato, senza la presenza del PUA, è garantito da un sistema a doppia entrata, con il Centro di Salute e l'Ufficio della Cittadinanza, ma a percorso unico di valutazione, progettazione e presa in carico. Vi è la presenza di Unità valutative multi professionali ed è prevista la presa in carico congiunta da parte del comparto sanitario e socio-assistenziale, da definirsi con protocolli fra servizi.</p>

Valle d'Aosta	L'accesso al Distretto Sociosanitario viene configurato idealmente come porta unica d'accesso ai servizi sociosanitari, nella pratica si realizza attraverso la presa in carico da parte dell' Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (Uvmd) che elabora un piano di assistenza individualizzato.
Veneto	Viene individuato presso ogni Distretto Sociosanitario uno Sportello Integrato Sociosanitario, quale punto di informazione e al contempo porta d'accesso integrata al complesso delle prestazioni e dei servizi afferenti al sistema della domiciliarità. La presa in carico avviene con valutazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale dopo la redazione di un Progetto Individuale.

Dalla tabella, risulta come il Punto Unico d'Accesso individui con chiarezza un modello orientato all'unicità del contatto tra servizi sociali, sanitari e cittadino per la sua presa in carico, al di là dei luoghi nei quali si articolerà la risposta e delle modalità attraverso le quali sarà garantita in concreto la tutela dei bisogni di salute.

Viene in questo modo garantito un contributo significativo all'integrazione della presa in carico, assicurando al tempo stesso la semplificazione delle procedure di accesso nelle diverse fasi processuali, tanto per le implicazioni sanitarie che sociali.

5.L'organizzazione territoriale regionale dei servizi sociosanitari: modelli organizzativi distrettuali

Le Regioni hanno creato organizzazioni sociosanitarie con l'intento di costruire una rete a tutela della salute che prenda in considerazione la complessità e processualità dei bisogni dell'individuo, in coerenza con i principi di appropriatezza, efficienza ed efficacia.

Si è venuto quindi a configurare uno scenario nel quale sono presenti diversi modelli organizzativi.

La legislazione sanitaria italiana suddivide il territorio in Aziende Sanitarie Locali che vengono considerate enti pubblici locali strumentali della Regione, con competenze di organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie.

Le ASL sono organizzate come vere e proprie **aziende con personalità giuridica pubblica** e quindi direttamente imputabili in caso di disservizio (informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie). L'ASL funziona ed è gestita come un'azienda autonoma dotata di personale organizzativo, addetti gestionali, tecnici specializzati, amministratori patrimoniali e contabili. Pur presentandosi con priorità territoriali specifiche, le Asl sono caratterizzate dagli stessi organi quali: il direttore generale, il direttore sanitario, il consiglio dei sanitari, il collegio sindacale, il collegio di direzione.

Le Asl sono dunque organizzate in distretti sanitari di base, dipartimenti di prevenzione e presidi ospedalieri.

Il Distretto nasce, all'opposto come unità organizzativa aziendale responsabile dell'integrazione dei processi a favore del paziente, chiamato a ricomporre i fattori produttivi che agiscono sullo stesso cittadino.

Il Distretto garantisce l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza territoriale, esercitando sia la funzione di **Committenza** che la funzione di **Produzione** e attuando valutazioni in itinere delle attività sanitarie e sociosanitarie.

La funzione di Committenza è propria della Direzione di Distretto. Rientrano in quest'area le attività di analisi e la definizione del bisogno di salute; le attività di promozione della salute; la definizione delle strategie di prevenzione in concerto con il dipartimento; il governo dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate dall'Azienda e assegnate con la politica di budget ed il monitoraggio dei volumi e delle tipologie di tutte le prestazioni erogate al fine di garantire equità di accesso.

La funzione di Produzione è propria della Direzione del Distretto e delle strutture Complesse Cure Primarie e Intermedie ed è determinante per la configurazione dell'organizzazione dei servizi.

Attuando una funzione di Committenza, il Distretto diviene il Centro di Governo e quindi idoneo nel monitorare l'intero processo tra domanda e offerta, nel raccogliere la domanda di salute e di cura del cittadino organizzando modalità semplificate di accesso ai servizi.

Con la funzione di Centro di Governo, il Distretto coordina i percorsi assistenziali per rispondere alla domanda, nei servizi direttamente gestiti dal Distretto o collocati fuori di esso, opera processi di integrazione di funzioni che richiedono identificazione di obiettivi, risorse e programmazione delle attività in stretto coordinamento con gli enti locali, al fine di poter agevolare il processo di presa in carico della fascia di persone in condizione di fragilità.

Alla funzione di Produzione di servizi, si devono ricondurre tutte le funzioni della "primary care", che si sostanziano nella capacità del Distretto di valorizzare ed integrare realmente i suoi presidi, quali medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e di coordinare l'assistenza specialistica ambulatoriale, nonché le attività specificatamente dedicate ai soggetti fragili, di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale.

Nello scenario nazionale italiano, si evidenziano Distretti con prevalente funzione di committenza, Distretti a prevalente funzione di produzione e Distretti di tipo misto.

Nei panorami regionali si è assistito alla maturazione di esperienze che prevedono il rafforzamento della funzione di tutela e di committenza, riservando la produzione ad altri.

Le decisioni organizzative e strutturali inerenti la tipologia di funzione influiscono sulla natura e la caratterizzazione dei modelli di distretto, secondo i quali alcuni mantengono l'unitarietà nel Distretto della funzione di produzione/committenza, ma la distinguono all'interno attribuendola a diversi responsabili (la committenza in capo al Direttore di Distretto e la produzione ad un Direttore/Responsabile di Dipartimento); altre esperienze, prevedono che il Distretto partecipi ad una funzione di tutela di committenza che è propria dell'Azienda Sanitaria Locale, riservando la produzione delle attività all'insieme dei soggetti accreditati.

È opinione diffusa, tra i teorici dell'organizzazione distrettuale che il Distretto dovrebbe essere configurato in una posizione che gli permetta di svolgere un ruolo di committenza di servizi a tutto campo, presidiando la commessa complessiva dell'assistenza e di tutta l'offerta.

Un aspetto particolarmente delicato è il rapporto tra Distretto e Dipartimenti di prevenzione, della salute mentale e delle dipendenze, che dovrebbe dirigersi verso la così detta distrettualizzazione dei dipartimenti, secondo la quale il Distretto dovrebbe attribuire l'indirizzo tecnico-scientifico dell'attività al Dipartimento e, laddove possibile, anche l'attribuzione funzionale degli operatori.

Il processo di distrettualizzazione dei dipartimenti, tuttavia può risultare efficace solo nel momento in cui al Distretto compete la piena gestione e responsabilità delle risorse economiche e del personale, articolando l'organizzazione distrettuale in strutture semplici e riconoscendo gli obiettivi che richiedono l'intervento delle attività del dipartimento sulla presa in carico del cittadino.

6. La realtà territoriale del Distretto Sociosanitario

La **modalità organizzativa innovativa, scelta dalle Regioni per far fronte alla complessità sociale e sanitaria dell'individuo** è stata individuata, nella maggior parte delle Regioni italiane, nel **Distretto Sociosanitario** inteso come **dimensione organizzativa territoriale e gestionale in cui si integrano le funzioni sociali, sanitarie e sociosanitarie**.

Al Distretto Sociosanitario viene richiesto di attuare un livello maggiore di integrazione: oltre quello tra tutti i servizi sanitari territoriali e quello con le Aziende Ospedaliere, quello con tutta la rete dei servizi socio assistenziali gestiti dai Comuni e dai loro erogatori e con la rete sociosanitaria.

I Distretti Sociosanitari assicurano:

- il servizio dei MMG e dei Pediatri di libera scelta;
- accesso a esami e prestazioni specialistiche in ambulatori, poliambulatori e ospedali;
- emergenza sanitaria;
- guardia medica e raccordo con il servizio di pronto intervento e pronto soccorso;
- prevenzione tramite vaccinazioni, informazione e screening;
- tutela della salute alimentare, ambientale e lavorativa;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza riabilitativa e protesica;
- assistenza domiciliare;
- accesso al servizio di assistenza ospedaliera;
- accesso al servizio di assistenza semi-residenziale e residenziale;
- servizi consultoriali;
- orientamento o erogazione diretta del servizio di salute mentale;
- orientamento o erogazione diretta del servizio dipendenze;
- informazione e assistenza amministrativa per l'utilizzo dei vari servizi sociosanitari;
- collegamento con la rete dei servizi del Privato Sociale.

In un quadro di sintesi emerge come il Distretto Sociosanitario abbia tre distinti piani di lavoro per l'integrazione:

1. integrazione strategica tra i servizi territoriali;
2. integrazione strategica tra ospedale e territorio all'interno del territorio della Asl;

3. integrazione strategica nei confronti degli enti locali e i loro produttori per il coordinamento con il comparto socio assistenziale e sociosanitario con i produttori di questo settore.

L'evoluzione dei Distretti Sociosanitari è stata caratterizzata dalla presenza di due fattori di fondamentale rilevanza sull'assetto organizzativo: **la coincidenza territoriale dell'ambito sociale e di quello sanitario e l'accesso unitario al Distretto Sociosanitario** del quale si è ampiamente scritto in precedenza, in quanto fonte ispiratore della modalità di accesso al processo di integrazione sociosanitaria.

7. La coincidenza territoriale organizzativo-gestionale dell'ambito sociale con quello sanitario

La coincidenza territoriale tra i Distretti sanitari e gli ambiti sociali è elemento fondante dell'organizzazione del Distretto Sociosanitario. L'ambito territoriale dei Distretti deve coincidere con la Zona sociale, la quale costituisce il livello di governo locale delle politiche sociali.

Gli Ambiti Territoriali Sociali costituiscono il territorio ove i Comuni limitrofi si associano o i Comuni di maggiori dimensioni si decentrano, per programmare e gestire in forma associata o decentrata l'organizzazione dei servizi sociali di base.

Gli Ambiti Territoriali Sociali sono ricompresi nel territorio del Distretto sociosanitario e sono definiti dai Comitati dei Sindaci di Distretto Sociosanitario; di norma non devono essere inferiori ai diecimila abitanti, fatto salvo il caso in cui l'Ambito Territoriale Sociale coincida con la Comunità Montana, in questo caso i Comuni possono conferire alla stessa le funzioni di cui sono titolari. In questo caso la Comunità Montana assolve totalmente ai compiti assegnati agli Ambiti Territoriali Sociali. La rappresentanza dell'Ambito Territoriale Sociale è affidata alla Conferenza dei Sindaci dell'associazione intercomunale dell'ambito che elegge un Presidente per assolvere alla funzione di coordinamento della stessa Conferenza.

La Conferenza dei Sindaci possiede poteri di programmazione vigilanza in materia di:

1. Programmazione sociosanitaria (parere vincolante);
2. Bilancio e valutazione dei risultati dei direttori generali;
3. Gestione servizi integrati (quota sociale a carico dei Comuni);
4. Operato del Direttore generale (espressione di parere);
5. In collegamento al Distretto sanitario si istituisce il Comitato dei Sindaci di Distretto (articolazione della Conferenza dei Sindaci).

Oggi si ha una coincidenza territoriale dell'80%, con una prevalenza nel Centro Italia. È una tendenza in aumento rispetto al passato che riflette le indicazioni programmatiche regionali, le quali prevedono in via ordinaria la coincidenza territoriale. In questo modo il Distretto ha la possibilità di rappresentare una comunità locale ed i suoi bisogni complessivi, sanitari e sociali, facilitando al contempo la programmazione sociosanitaria.

Coincidenza dell'ambito territoriale del Distretto con gli ambiti sociali

Area geografica	SI	NO
Nord Est	77,9	22,1
Nord Ovest	72,4	27,6
Centro	96,7	3,3
Sud e Isole	77,7	22,3
Totale	80,0	20,0

Vi sono Regioni in cui la totalità dei Distretti coincide con gli ambiti sociali come l'Emilia-Romagna, il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, le Marche, il Molise, la Val d'Aosta e il Veneto.

Le motivazioni della mancata coincidenza vanno ricercate in un diverso assetto territoriale che vede storiche configurazioni nelle quali le Zone Sociali si sovrappongono al territorio di due Distretti o nella mancata previsione legislativa della coincidenza territoriale tra i due enti.

La coincidenza territoriale è pensata anche per facilitare l'unitarietà della programmazione sanitaria e socio-assistenziale. Ciò, infatti, permette di ottenere una programmazione concertata tra i due settori attraverso i due strumenti principali: il Piano di Zona (PdZ) e il Programma delle Attività Territoriali (PAT), nei quali è richiesta la presenza sia dei Distretti che dei Comuni.

Il Piano di Zona è stato previsto all'art. 19 della legge n. 328 del 2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" in cui si afferma che i Comuni associati negli Ambiti Territoriali Sociali, per tutelare i diritti della popolazione, d'intesa con le Asl provvedono, per gli interventi sociali e sociosanitari a definire tale programmazione. Il Piano di Zona deve individuare:

- a. gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
- b. le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali;
- c. le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo;
- d. le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
- e. le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
- f. le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
- g. le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale.

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, è volto a:

- a. favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- b. qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione;
- c. definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- d. prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

La Conferenza dei Sindaci promuove e cura la predisposizione del Piano di Zona, coinvolgendo nelle diverse fasi e nel rispetto delle specifiche competenze di ognuno, tutte le istituzioni pubbliche, le istituzioni private, le famiglie e tutti i soggetti della solidarietà organizzata presenti nell'ambito territoriale e disponibili a collaborare.

Il Programma delle Attività Territoriali, istituito con dlgs n. 229 del 1999 è altro strumento di programmazione integrata. Si basa sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative e prevede:

- a. l'analisi dei bisogni e della domanda di salute a livello locale;
- b. i percorsi per permettere l'interfaccia di tutte le Associazioni e gli enti entrati a fare parte del Pat;
- c. gli obiettivi di salute;
- d. la quantità, la qualità e l'accessibilità dei servizi e delle prestazioni da rendere alla popolazione;
- e. la previsione delle risorse necessarie per garantire l'implementazione del Pat;
- f. indicatori per la misurazione del raggiungimento degli obiettivi di salute, sia con la stima di eventi diretti o di loro <<proxy>> sia con la rilevazione della soddisfazione degli utenti nei confronti del raggiungimento degli stessi.

L'evoluzione del sistema sociosanitario, sanitario e sociale nel contesto italiano ha visto un percorso che sta andando gradualmente verso la valorizzazione dell'offerta territoriale di servizi, lasciando all'offerta ospedaliera le acuzie.

Il territorio è caratterizzato da elementi maggiormente favorevoli a costruire una rete di servizi e processi assistenziali per il cittadino (presa in carico multidisciplinare e strutture attrezzate per la cronicità, la salute mentale, le dipendenze e i minori), in modo particolare per la fascia della fragilità e della non autosufficienza.

L'entità distrettuale, diviene in questo modo il luogo privilegiato di risposta alla fragilità, in quanto rappresenta la sede maggiormente **accessibile dai cittadini**, la sede in grado di **creare sinergie con unità multidisciplinari** che possono individuare in concerto elementi di criticità fisica, clinica e sociale della presa in carico utilizzando un approccio clinico-terapeutico, ed infine il territorio è un

naturale produttore di capitale sociale che deve essere utilizzato per andare ad arricchire i percorsi assistenziali.

8.Focus regionali sui Distretti maggiormente efficienti

Come evidenziato precedentemente, l'organizzazione sociosanitaria muta in relazione alla Regione di riferimento. Di seguito verranno analizzati alcuni esempi di organizzazione sociosanitaria che rilevano per le loro particolarità organizzativo-gestionali.

Per ogni esperienza verranno altresì presentate le particolari attività che vengono messe in campo per la gestione dell'area della non autosufficienza.

8.1.Regione Emilia Romagna

In Emilia-Romagna sono presenti nove Conferenze Territoriali sociosanitarie (una per Provincia) e 11 Asl articolate in 38 Distretti sanitari.

La Regione promuove una gestione associata dei servizi sociali attraverso la costituzione di Unioni di Comuni, Consorzi intercomunali e Comunità montane (L.R. 10/2008).

La Legge regionale sulle forme associative (L.R. 11/2001), avvia un processo sempre più esteso di sviluppo della gestione di funzioni in forma associata: circa il 70% dei Comuni della Regione.

Sono presenti 26 Unioni di Comuni di cui 7 coincidenti con il territorio distrettuale.

Per l'ottimizzazione e l'efficienza dei servizi tecnico logistici o per funzioni di assistenza con bacino sovra-aziendale sono state istituite tre Aree vaste: Emilia nord, Emilia Centrale, Romagna.

Il Piano d'Azione Regionale Anziani

I rapidi mutamenti demografici, con l'allungamento dell'aspettativa di vita e il progressivo incremento dell'incidenza delle fasce di popolazione di età avanzata e molto avanzata, i profondi cambiamenti della famiglia che portano alla riduzione del sostegno informale e all'aumento della condizione di solitudine delle persone anziane, hanno condotto a riflessioni incentrate sulla presa in carico delle persone con bisogni sociosanitari complessi, per progettare percorsi assistenziali adeguati rispetto ai nuovi bisogni che emergono.

Per tali motivi la Regione Emilia Romagna ha ritenuto importante tracciare alcune linee specifiche di indirizzo per orientare la programmazione dei servizi e degli interventi sul territorio e allo stesso tempo, promuovere una cultura diffusa, volta alla valorizzazione del ruolo delle persone anziane, al rafforzamento delle reti sociali, allo sviluppo del rapporto intergenerazionale attraverso un Piano d'Azione Regionale Anziani con lo scopo di creare una società per tutte le età.

Il Piano è essenzialmente uno strumento integrato e, quindi, non appartiene ad alcuna area specifica della programmazione regionale, ma delinea obiettivi e sinergie per lo sviluppo integrato di tutte le politiche. È una novità d'approccio intersettoriale che aiuta tutti gli attori, le istituzioni e il Terzo Settore, a comprendere meglio come migliorare le politiche pubbliche e del privato sociale verso la popolazione anziana e garantire a tutti la fruizione dei diritti in tutte le fasi della vita.

L'obiettivo del Piano non è quello di produrre un'ulteriore programmazione parallela e settoriale, né quella di ritagliare “uno specifico per gli anziani” nelle programmazioni di settore, bensì quello di porre al centro l'esigenza di unitarietà ed integrazione, rappresentando la necessità di tenere adeguatamente conto del processo di grande trasformazione sociale ed economica conseguente all'invecchiamento della popolazione.

Gli obiettivi strategici individuati dal Piano sono:

- riconoscere il ruolo attivo della popolazione anziana;
- dare sostanza alla libertà di scelta dell'anziano;
- promuovere un atteggiamento positivo verso l'invecchiamento;
- favorire una riorganizzazione del corso della vita, realizzando una maggiore flessibilità tra formazione, lavoro e piacere nelle diverse fasi della vita;
- promozione dell'invecchiamento attivo (*active ageing*);
- favorire e sostenere il diritto a una vita indipendente;
- sostenere le persone che scelgono di prestare cura ai familiari o conoscenti;
- valorizzare l'apporto delle nuove tecnologie;
- promuovere il benessere e la salute nella terza età con un approccio preventivo e assicurando universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari e sociali.

Il Piano offre un punto di osservazione privilegiato per verificare l'effettiva fruizione dei diritti di cittadinanza, senza discriminazione di genere o di età. Analizza i dati ed i mutamenti della società regionale, evidenziando i nuovi bisogni e le metodologie d'intervento e raccoglie interventi settoriali confrontandoli per ottenere delle buone pratiche diffondendone la conoscenza.

8.2.Regione Liguria

La Regione Liguria ha istituito una forma distrettuale innovativa con la finalità di realizzare concretamente l'integrazione delle politiche partendo dall'organizzazione territoriale: il Distretto Sociosanitario.

Le Asl sono suddivise in Distretti Sociosanitari che coincidono territorialmente con il Distretto sanitario e con la Zona sociale. Le attività svolte riguardano la gestione delle funzioni sociali complesse, già affidate alle Zone Sociali. Per le attività sociosanitarie il Direttore Sociale e il Direttore Sanitario del DSS operano d'intesa costituendo l'Unità Distrettuale e avvalendosi di un Comitato Distrettuale composto dai coordinatori di ATS e dai rappresentanti Distrettuali che operano nei Dipartimenti.

Nell'ambito della Zona Sociale, i comuni limitrofi possono associarsi o quelli maggiori decentrarsi attraverso lo strumento dell'Ambito Territoriale sociale (ATS) per gestire in forma associata o decentrata i servizi sociali di base.

Istituzione del Fondo Regionale Non Autosufficienza

La Regione Liguria ha istituito, con legge regionale n. 12/2006 “*Promozione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari*”, il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA). Tale Fondo costituisce il contenitore e lo strumento per razionalizzare e valorizzare le risorse economiche ed organizzative a sostegno delle persone non autosufficienti, superando la dispersione derivante dalla compartimentazione dei settori di intervento e dei canali di finanziamento. L’obiettivo è la ricomposizione delle risorse nella risposta unitaria ai bisogni specifici della persona.

L’articolo 47 definisce il Fondo per la non autosufficienza quale componente del Fondo regionale per le politiche sociosanitarie, finalizzato alla realizzazione di misure sociosanitarie a favore delle persone non autosufficienti. È una misura economica volta a favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti e finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e sociosanitarie inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui all’allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, quali l’assistenza territoriale domiciliare, l’assistenza residenziale e semiresidenziale di mantenimento.

Costituiscono fonti di finanziamento del Fondo per la non autosufficienza:

- ✓ le risorse del Fondo sanitario già destinate alle attività sociosanitarie di tipo domiciliare e residenziale e le risorse derivate dagli obiettivi del Piano sanitario nazionale finalizzate alla non autosufficienza;
- ✓ una quota delle risorse del Fondo regionale per le Politiche Sociali, trasferito dallo Stato ai sensi della legge 328/2000, da destinare alla non autosufficienza;
- ✓ entrate regionali anche provenienti dalla fiscalità;
- ✓ altre risorse provenienti da fondazioni o donazioni.

Concorrono a definire l’ammontare complessivo del Fondo per la non autosufficienza anche i finanziamenti che i Comuni dedicano agli interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all’aiuto domestico familiare o altre prestazioni a favore dei non autosufficienti erogate in base alla legge regionale 12 del 2006, alla legge 328 del 2000 e al DPCM 14 febbraio 2001.

Il Fondo per la non autosufficienza viene ripartito annualmente alle Aziende Sanitarie Locali e ai Comitati dei Sindaci di Distretto Sociosanitario per le attività individuate dai Piani di Distretto Sociosanitario.

La legge regionale demanda alla Giunta regionale il compito di emanare specifici indirizzi per il riparto per garantire alla cittadinanza:

- accessibilità e uniformità di benefici a parità di bisogno;
- riqualificazione e riequilibrio dell’offerta assistenziale per rispondere alla domanda territoriale con continuità e senza alimentare le liste di attesa;
- equità nel concorso alla spesa, laddove richiesto.

All'articolo 46 la legge regionale di promozione del sistema integrato definisce non autosufficienti le persone con grave disabilità permanente impossibilitate a svolgere le funzioni di vita quotidiana e quelle dedicate alla cura della persona, con difficoltà nelle relazioni umane e sociali, nelle attività strumentali, nella mobilità e nell'uso dei mezzi di comunicazione.

La valutazione della non autosufficienza è effettuata da apposite Unità Multiprofessionali appartenenti ai servizi sociosanitari regionali di cui fanno parte il medico di medicina generale, medici specialisti nelle discipline cliniche oggetto della disabilità, personale sanitario dell'area infermieristica e della riabilitazione e assistenti sociali, utilizzando apposite metodologie che valutano le funzioni di cui sopra. Per l'area della disabilità in età giovanile e adulta sono inserite nelle Unità Multiprofessionali anche psicologi ed educatori.

A favore della persona non autosufficiente viene predisposto dall'Unità Multiprofessionale un Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), in cui sono evidenziate le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali da erogare e le verifiche sulla efficacia delle azioni svolte. Il PIA è affidato al responsabile del caso, individuato all'interno del servizio che ha la competenza prevalente nell'ambito delle misure adottate. Il responsabile del caso interagisce con la persona assistita, con i familiari e con la rete assistenziale per assicurare le risorse necessarie alla realizzazione del PIA.

Le misure a favore della non autosufficienza si sostanziano:

- sostegno alla domiciliarità quale obiettivo strategico del programma. Le Aziende Sanitarie ed i Comuni sono chiamati ad orientare le scelte verso azioni e interventi di ampliamento della rete e di potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata, anche in sinergia con la riorganizzazione ospedaliera, con un incremento percentuale di assistenza sulla popolazione ultrasessantacinquenne, che parte da una base di 4,1% nel 2006 per giungere al 7% nel 2008;
- potenziamento della residenzialità e semiresidenzialità sociosanitaria e sociale pubblica, accreditata e privata, con un incremento che parte da una base di rapporto tra popolazione anziana e residenzialità del 2% nel 2006 per giungere al 3% nel 2008. Negli incrementi dovranno essere valorizzati i ricoveri semiresidenziali e residenziali a carattere temporaneo come misura di sollievo;
- interazione tra la rete dei servizi e il lavoro di cura svolto a domicilio dai familiari e da assistenti familiari a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravissimi, prevedendo azioni che facilitino il mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti attraverso l'istituzione di una misura economica per la non autosufficienza, che maggia l'indennità di accompagnamento di 350,00 euro mensili ed è riconosciuta in maniera permanente;
- misura economica per favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti. La nuova misura, modulata in base alle risorse economiche della persona e collegata all'acquisizione di prestazioni assistenziali, si colloca sul piano della sussidiarietà orizzontale, nell'ambito di un concetto di welfare delle responsabilità, che vede il cittadino partecipe delle scelte, in base ai propri bisogni ed alle proprie risorse. In tale ottica, la misura economica prevede il concorso alla spesa collegato all'applicazione omogenea su tutto il territorio ligure, dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente, che consente di stabilire un rapporto tra contribuzione fiscale e l'acquisizione

di servizi, integrando e valorizzando la spesa delle famiglie per il lavoro di cura a domicilio.

8.3.Regione Puglia

Il territorio è articolato in Distretti sociosanitari, coincidenti con gli Ambiti sociali.

Il Distretto sociosanitario rappresenta una macrostruttura della Asl, della quale costituisce l'articolazione territoriale, operativa, organizzativa di coordinamento e di responsabilità. Il Distretto è il centro di riferimento per il governo clinico e per il governo istituzionale del territorio di competenza.

Il piano di attività prevede che i tempi di approvazione dei Piani Sociali di Zona coincidano con quelli di definizione dei Piani delle Attività Territoriali (PAT) dei Distretti Sociosanitari, che seguono alla approvazione del Piano Attuativo Locale di ciascuna ASL. In sede di definizione dei rispettivi Piani Sociali di Zona, ai Comuni sono note le principali scelte strategiche in materia di rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali assunte con il PAL della rispettiva ASL. (DGR 168/2009).

Gli Ambiti rappresentano l'organizzazione territoriale dove si esercitano le funzioni di servizio sociale professionale di Ambito territoriale e servizio sociale professionale della ASL.

Progetto “Quality-Care Puglia” – Percorsi integrati innovativi per la presa in carico domiciliare di persone gravemente non autosufficienti

Con delibera della Giunta regionale n. 2578 del 23 novembre 2010 la regione Puglia in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha predisposto il progetto “Quality-Care Puglia” a sostegno delle persone gravemente non autosufficienti.

Il progetto ha come obiettivo generale quello di sperimentare la costruzione di pacchetti integrati e innovativi di sostegno per le famiglie di persone non autosufficienti, mediante la più appropriata ed efficiente valutazione multidimensionale dei casi, l'integrazione di strumenti differenziati e multilivello per la presa in carico e la promozione della maggiore qualità complessiva dei progetti di presa in carico e delle prestazioni fruite nei singoli Piani Individualizzati di Assistenza.

Obiettivi specifici del progetto sono:

- a) Implementare e mettere a regime la SVAMDI – Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone con disabilità, basata sull'applicazione della classificazione ICF per la valutazione delle condizioni funzionali;
- b) Promuovere modalità innovative di gestione della valutazione multidimensionale e del Piano Individualizzato di Assistenza per i singoli pazienti presi in carico, tali da supportare la messa a regime del SINA;
- c) Favorire percorsi assistenziali di presa in carico di persone gravemente non autosufficienti.

Il progetto si articola in 5 linee di intervento:

1. Costruzione della governance del progetto e sottoscrizione di un protocollo di intesa tra tutti gli attori del partenariato;
2. Implementazione della SVAMDI e di condizioni efficienti per garantire l'accesso integrato alla rete dei servizi e la maggiore appropriatezza del Piano Individualizzato di Assistenza, con la totale informatizzazione e gestione on-line delle schede e dei PAI prodotti dalle UVM;
3. Promozione di percorsi di de-istituzionalizzazione e/o di progetti assistenziali domiciliari ad elevata intensità assistenziale, con l'integrazione di misure di sostegno economico sia per l'acquisto di prestazioni domiciliari di base a carattere continuativo sia per l'acquisto di ausili e tecnologie domotiche personalizzate;
4. Monitoraggio della qualità dei percorsi assistenziali implementati e studio di fattibilità per l'estensione della modalità di intervento;
5. Attivazione di una rete di riferimento di punti regionali per la consulenza alle famiglie su ausili protesici, informatici e domotici.

Tale progetto è quindi volto a sostenere e qualificare la domanda delle famiglie orientandole verso pacchetti integrati di sostegno, con misure economiche, prestazioni domiciliari a ciclo diurno, tanto più efficaci quanto più fondate su percorsi corretti di valutazione multidimensionale delle condizioni di salute e di vita della persona non autosufficiente, per consentire alle famiglie di valutare i percorsi di presa in carico domiciliare come reali alternative al ricovero in strutture residenziali sociosanitarie o extraospedaliere di lungodegenza.

I risultati attesi dall'azione progettuale si identificano nella:

- a. Messa a regime della SVAMDI in Puglia con la sperimentale applicazione e l'analisi degli esiti del test con il coinvolgimento di tutti i coordinatori sociosanitari dei Distretti, n. 6 workshop per la condivisione di buone pratiche e la validazione di una SVAMDI regionale, n. 2 corsi di formazione per 100 operatori sulla SVAMDI (per medici, infermieri, assistenti sociali);
- b. Individuazione di una UVM di riferimento per ciascuna ASL per la valutazione dei casi di maggiore complessità (pazienti affetti da SLA, pazienti in condizione di stato vegetativo, Alzheimer, ecc.), n. 10 UVM capofila, n. 800 casi ad elevata complessità valutati con SVAMDI in un semestre;
- c. Finanziamento di progetto integrati individualizzati di assistenza, n. 500 progetti individualizzati di assistenza integrata (assegno di cura, ADI, sostegno per l'accesso alla domotica sociale, monitoraggio continuo del caso)
- d. Messa in rete dei centri ausili per la domotica sociale e la connettività sociale realizzati in Puglia, n. 5 centri ausili messi in rete in Puglia, n. 3 seminari regionali di promozione della domotica sociale nei Piani Individualizzati di Assistenza;
- e. Implementazione di un sistema informatico di gestione on-line degli aggiornamenti della SVAMDI e dei connessi PAI, con aggiornamento continuo dei record individuali del SINA.

8.4. Regione Veneto

Le Aziende Ulss sono articolate in Distretti sociosanitari.

Il Distretto sociosanitario rappresenta l'ambito organizzativo, funzionale e territoriale ove si sviluppano le dinamiche di integrazione tra servizio e unità operative. È l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Ulss finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa dei bisogni sociosanitari della popolazione (l.r.5/1996). Nel PSSR 1996-1998 si parla di Distretto sociosanitario con esplicito riferimento alla coincidenza tra il distretto e l'ambito territoriale. Gli ambiti territoriali rappresentano il livello intercomunale rispetto al quale la Regione persegue l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati, oltre che all'interno del Comune (l.r.56/1994). All'Azienda Ulss corrisponde un ambito territoriale intercomunale esteso che è rappresentato dalla Conferenza dei Sindaci. Al Distretto Sociosanitario corrisponde un ambito territoriale intercomunale ridotto che è rappresentato dal Comitato dei Sindaci di Distretto.

Promozione della domiciliarità delle persone anziane e disabili

La qualità della vita delle persone si fonda sulla promozione della salute fisica, relazionale, affettiva, del ruolo sociale, della propria identità percepita da sé e dagli altri, del miglioramento delle condizioni economiche e abitative, sull'implementazione dei livelli e delle modalità di soddisfazione dei bisogni primari e dei bisogni sociali e relazionali. Una buona qualità di vita è particolarmente a rischio per le persone in condizioni di non autosufficienza, di precarietà psicofisica, di fragilità.

Per il sostegno della qualità di vita delle persone in condizioni di fragilità, la Regione Veneto promuove nell'intero territorio un complesso di interventi finalizzato alla domiciliarità, caratterizzato da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, pianificato e gestito tramite il Piano Locale della Domiciliarità. Il Piano Locale per la Domiciliarità è articolazione del Piano di Zona e persegue l'obiettivo di rendere esigibili i diritti dei cittadini nello stesso esplicitati, individuandone forme e modalità.

Definisce le modalità operative per l'attuazione a livello locale dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e di assistenza sociale degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dallo Stato (art.117 cost., comma 1, lett. m), e DPCM 29.11.2001) e dalla Regione (DGR n. 3972 del 30.12.2002). Il Piano Locale per la Domiciliarità esplicita le funzioni territoriali e domiciliari attivate e da attivarsi, il numero e la qualifica professionale degli operatori in riferimento alla popolazione anziana residente, le collaborazioni con il sistema della residenzialità, gli apporti e le intese con gli altri soggetti pubblici e privati del territorio.

La tutela della qualità di vita delle persone in condizioni di fragilità è perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone fragili.

L'insieme delle politiche di sostegno delle domiciliarità si caratterizza nell'offerta ai cittadini di tre aree di intervento:

1. interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale, sanitaria (comprensiva della fornitura di protesi e ausili) e integrata sociosanitaria (ADI), telesoccorso e telecontrollo, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;
2. interventi di sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle persone e alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, delle condizioni economiche;
3. interventi di sollievo alla famiglia: centri diurni, ricoveri temporanei.

Nell'ambito di tali aree di intervento vengono erogati servizi e prestazioni che, opportunamente integrate nel progetto individualizzato, rappresentano il livello di risposta assicurato alle persone non autosufficienti del territorio.

Gli interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia si esplicano in:

- ✓ **Servizio di assistenza domiciliare**, ovvero servizi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione. Sono servizi rivolti alla cura della persona e dell'ambiente, che comprendono prestazioni quali la fornitura dei pasti, la lavanderia, l'aiuto domiciliare nella cura e nell'igiene personale, etc..
- ✓ **Assistenza domiciliare integrata**, servizio che va considerato nella sua unitarietà (comprensiva dell'apporto sanitario e dell'apporto sociale), quale modalità assistenziale in cui diverse figure professionali sanitarie e sociali concorrono presso il domicilio della persona alla realizzazione del progetto individuale di assistenza, che viene approvato per le forme di maggior impegno assistenziale dalla UVMD competente per territorio, a seguito di valutazione SVAMA;
- ✓ **Telesoccorso/telecontrollo**, è rivolto alle persone a rischio sociale e/o sanitario, con particolare riferimento agli anziani. Sono collegabili anche persone di età inferiore ai 60 anni, per le quali il servizio sociale competente riconosca la presenza di una situazione di rischio.

Gli interventi economici sono finalizzati a supportare le famiglie nelle necessità di assistenza della persona non autosufficiente, contribuendo ad evitare il ricorso precoce al ricovero in istituto e a mantenere la persona nel suo ambiente di vita e di relazione.

Tale modalità di intervento risulta essere consolidata e diffusa nel territorio regionale ed extra regionale, anche se con denominazioni diverse (assegni di cura, contributi ai non autosufficienti, contributi per l'assistenza familiare, ecc.) e con importi diversificati in ragione degli obiettivi perseguiti.

Gli interventi economici di supporto alle famiglie devono inserirsi nel progetto individualizzato di assistenza, in un'ottica di integrazione e di sinergia con gli altri servizi presenti nella rete.

Gli interventi economici di supporto alle famiglie si articolano in 2 tipologie, in ragione degli obiettivi perseguiti dal progetto individuale di assistenza approvato dalla UVMD:

a) intervento temporaneo o straordinario, finalizzato ad affrontare situazioni di emergenza o di difficoltà ad assicurare la continuità dell'assistenza;

b) assegno di cura (contributo badanti) finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente.

Gli interventi di sollievo alla famiglia si sostanziano nei seguenti servizi:

- **Centro Diurno Sociosanitario**, è una struttura diurna destinata all'accoglienza, riabilitazione e recupero delle autonomie residue di persone non autosufficienti o con ridotta autonomia psico-fisica e relazionale che vivono nel proprio ambiente familiare. Il fabbisogno di posti nei centri diurni è stabilito dalla programmazione regionale;
- **Accoglienza temporanea nei servizi residenziali**, è una tipologia di offerta che permette il ricovero temporaneo presso un centro servizio residenziale al fine di venire incontro alle necessità e alle emergenze che la famiglia si trova ad affrontare nell'assistenza della persona non autosufficiente.

8.5.Regione Toscana

Il territorio è suddiviso in dodici Asl e tre ESTAV (Enti per i Servizi Tecnico amministrativi di Area Vasta), suddivisi territorialmente in Aree Vaste.

Le Asl sono suddivise in Zone-Distretto.

La LR 40/2005 definisce la Società della Salute come la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'ASL ed i comuni per *l'esercizio* associato delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali integrate.

Nei territori dove le SdS non siano ancora avviate, tale funzione è svolta dalla Conferenza dei Sindaci e dalla rete locale degli interventi e servizi sociali, nonché dalla gestione e dall'erogazione dei medesimi.

Con la sperimentazione delle Società della Salute si è cercato dunque di realizzare un nuovo modello di assistenza integrata territoriale, che assume come finalità proprio la promozione della salute intesa globalmente.

Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente

La Regione Toscana ha affrontato il tema dell'invecchiamento attraverso la definizione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" approvato tramite delibera della Giunta regionale 22 marzo 2010 n. 370, già previsto dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010. Tale progetto è finalizzato ad accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie ed a fornire modalità organizzative e gestionali per la sistematizzazione di un'articolazione strutturata su piani di lavoro tra loro fortemente coordinati: il livello direzionale è affidato al Responsabile di Zona ovvero al Direttore della Società della Salute, attraverso uno staff dove siano presenti le figure professionali adeguate a garantire le necessarie funzioni di regia e coordinamento.

Il progetto si articola a partire da un'analisi di scenario che delimita sia il contesto che i beneficiari, cercando di quantificare il fenomeno della non autosufficienza nel suo complesso, il carico assistenziale delle famiglie e l'evoluzione attesa. Definiti i beneficiari degli interventi, la programmazione delinea gli obiettivi e la strategia dell'azione regionale, focalizzando in modo particolare quelli che sono i percorsi della programmazione stessa e i soggetti coinvolti.

In questo contesto, il percorso di costruzione progettuale ha come obiettivo generale l'affermazione del carattere universalistico dell'assistenza alla persona non autosufficiente, riconoscendo il diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata. Per quanto riguarda gli obiettivi specifici, sono individuate le seguenti azioni:

- a. azioni di prevenzione nei confronti degli anziani fragili;
- b. accesso unificato ai servizi e identificazione di presidi certi per la segnalazione del bisogno;
- c. riqualificazione delle unità di valutazione multidimensionali per la definizione di programmi di assistenza individuale;
- d. continuità assistenziale ospedale-territorio;
- e. sviluppo di risorse flessibili e territoriali, con predilezione della cura domiciliare e rispetto del principio dell'appropriatezza assistenziale;
- f. emersione e qualificazione del lavoro delle assistenti familiari;
- g. monitoraggio e valutazione del sistema di gestione dei percorsi assistenziali e della soddisfazione del cittadino.

Nella sua parte più operativa il progetto è rappresentato dalle "azioni di sistema", cioè tutte quelle azioni che attengono alla riqualificazione del sistema regionale di governo delle politiche e dei servizi alle persone. Tali azioni comprendono la comunicazione, la formazione, il sistema informativo, il sistema regionale di accreditamento e le modalità della partecipazione.

Infine si definiscono i cardini della rete integrata degli interventi, in grado di fornire un valido supporto alle persone anziane che vivono condizioni di fragilità sociale o alle persone che sono in situazioni più gravi di non autosufficienza.

Pertanto il Progetto regionale sulla non autosufficienza fornisce linee di indirizzo ai servizi territoriali perché organizzino e sviluppino interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, nonché azioni promozionali, di prevenzione e di tutela, dirette all'area della "fragilità", ovvero verso quelle persone che presentano condizioni di debolezza sotto il profilo della salute e sulla base delle condizioni socio - relazionali - abitative. In sostanza le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane intendono affrontare il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.