

# Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

Contributi per facilitare l'applicazione degli interventi sociosanitari dei nuovi LEA, integrati con le attività sociali e riflessioni sulla definizione dei LEP sociali\*

Anna Banchemo\*\*

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. I punti di forza per realizzare l'intervento sociosanitario.

## 1. Premessa

Il convegno di studi organizzato dal CEIMS il 16/17 novembre 2017, *Il sociosanitario: una scommessa incompiuta*, ripropone un tema che per molti studiosi e operatori del sistema sanitario e sociale è davvero un'incompiuta. Perché un'incompiuta?... perché ad oggi ben pochi passi avanti sono stati fatti, prevalentemente perché si tratta di un sistema complesso, che risponde a bisogni altrettanto complessi e che non può essere quindi improvvisato né tanto meno basarsi su architetture casuali. L'intervento sociosanitario presuppone infatti capacità di analisi, competenze normative, capacità organizzative e interesse alla soluzione dei problemi e ciò viene richiesto non solo a chi opera, ma a coloro che sono titolari di ruoli politici, sia all'interno del servizio sanitario che alla guida delle amministrazioni locali e regionali.

\* Intervento nella tavola rotonda "Modelli regionali? Esperienze e punti di vista a confronto" promossa all'interno del XV Convegno nazionale di diritto sanitario "Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?", organizzato ad Alessandria, il 16-17 novembre 2017, dal Centro d'eccellenza interdipartimentale per il management sanitario (CEIMS) dell'Università del Piemonte Orientale. Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

\*\* Professoressa di Organizzazione del servizio sociale nell'Università di Genova.

Questa premessa, per sottolineare le difficoltà che si incontrano ad integrare attività e ruoli degli operatori di sistemi differenti che se non procedono *insieme* alla costruzione di percorsi facilitanti l'operatività integrata, vanificano le soluzioni sociosanitarie per dar vita a interventi diversi, che possono anche procedere insieme, ma non rispondono all'essenza dell'integrazione. Vediamo il significato del termine *integrare*: completare in maniera funzionale *attraverso opportune addizioni e compensazioni*, e ciò significa sul piano delle azioni completare segmenti di attività costruendo modelli operativi organici più idonei a risolvere i problemi della persona fragile, rispondendo ai dettati normativi e organizzativi di entrambi i sistemi.

## 2. I punti di forza per realizzare l'intervento sociosanitario

Per essere più concreti esistono punti di forza dell'operare in maniera integrata; la centralità su cui basare le azioni risolutive è il *progetto personalizzato* costruito dagli operatori sanitari e sociali "insieme", cioè con una lettura della realtà che viene fatta osservando la persona e valutandola secondo le proprie competenze, rivitalizzate da una discussione e da un approfondimento che nasce dall'interlocuzione di più culture: quella dei sistemi di cura e quella dei sistemi di aiuto alla persona, che tiene conto degli apporti che possono venire dalla persona stessa – quando è in grado di interloquire – o dai familiari che la supportano. Sembra tutto facile, ma di fatto non è così, iniziamo con il trovare un orario condiviso, ognuno ha i suoi impegni e spesso si conviene di dare una lettura dei fatti appena si può, poi si integrerà il quadro. Come si può capire sono due metodi completamente diversi, perché il primo si basa sull'interlocuzione/discussione tra conoscenze e competenze, il secondo diventa un riassunto delle impressioni/valutazioni di ciascuno.

Quanto evidenziato non è nemmeno il problema maggiore, perché a monte ne esistono altri ben più gravi che partono dagli indirizzi *politico-gestionali* di ciascun Ente. Se una regione non regola i processi di integrazione sul piano programmatico, economico-finanziario e gestionale, non esiste un quadro di riferimento per chi opera nel sanitario e nel sociale ed ecco che ciascuno improvvisa modelli. Regolare i processi di integrazione sociosanitaria significa dare un giusto rilievo alla materia osservando regole organizzative e amministrative. Ripercorrendo le norme che fissano il quadro dell'integrazione troviamo il DPCM 229/99 (articolo 3-septies, quindi il DPCM 14 febbraio 2001 che attua gli indirizzi del 229, si inserisce poi tra i due provvedimenti anche la legge 328/2000 (Legge quadro sugli interventi e servizi sociali) che indica le grandezze territoriali compatibili per poter attuare gli interventi sociosanitari, infatti all'articolo 8 prevede addirittura "incentivi" ai Comuni *per favorire l'esercizio associato delle funzioni sociali con ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari*, in modo che vi sia una coincidenza territoriale che consente il dialogo politico, organizzativo e operativo. Osserviamo meglio gli elementi più strutturali della coincidenza territoriale:

1. esistenza di rapporto stabile tra Distretto sanitario e Comuni singoli o associati (o Zone sociali), che spesso, in base alla legislazione regionale, assumono anche la connotazione di Distretti Sociosanitari facilitando per i servizi l'adozione del modello a "rete," largamente sperimentato e consolidato;
2. individuazione di un Punto unico di accesso (PUA), o altro sistema comunque denominato in base all'esperienza delle singole regioni e province autonome, come luogo dove il cittadino può trovare in una stessa sede risposte ai suoi bisogni di informazione, e di assistenza sociosanitaria;
3. migliori opportunità per l'emanazione di atti programmatori locali, in relazione alla normativa vigente<sup>1</sup> (Programma delle Attività Territoriali – PAT – e Piani sociali di Ambito/Zona) che condividano Obiettivi di Salute per la popolazione di riferimento e quindi facilitino le attività di cura, riabilitazione e reinserimento nella vita sociale in termini di *continuità assistenziale* per le diverse fasi della vita;
4. presa in carico personalizzata attraverso un *assessment* che comprenda la valutazione delle diverse dimensioni: patologia, risorse personali, sociali e familiari, aspetti reddituali, etc.;
5. elaborazione di un Piano Assistenziale personalizzato che in base all'età e alle condizioni della persona presa in carico, possa divenire anche un "*piano di vita*", per rispondere ai bisogni delle diverse fasi di età, cui applicare *budget di salute* costruiti in base ai livelli di gravità/complessità della persona;
6. utilizzo di scale validate, con la prospettiva di un "set minimo" da condividere a livello nazionale, per la valutazione/classificazione dei gradi di fragilità e non autosufficienza. Per le persone con disabilità, ha valore come punto di riferimento anche la *Convenzione ONU per i Diritti dei disabili* che raccomanda il "*pieno accesso alle cure per tutte le persone con disabilità*", rispettando l'approccio *bio-psico-sociale* e la garanzia per il disabile di realizzare il progetto di vita adulta all'interno e all'esterno della famiglia;
7. in materia di riabilitazione/reinserimento sociale, devono essere individuati percorsi che prendano in carico la persona dalla prevenzione, alla cura, al recupero funzionale al reinserimento nella vita sociale;
8. adozione di Cartelle assistenziali/cliniche informatizzate, per garantire la comunicazione tra i diversi setting assistenziali ed una visualizzazione immediata delle situazioni anche per facilitare il passaggio tra i "*setting*";
9. nel rispetto dell'afferenza ai rispettivi fondi, stabilire per i progetti sociosanitari dotazioni finanziarie miste: "*budget di salute*" (fondi sanitari, sociali, concorso della persona/famiglia, fondi integrativi), per agevolare i processi di cura e recupero anche nel caso di scelte di tipo residenziale, sburocratizzando al massimo i processi amministrativi.

---

<sup>1</sup> Dlgs 229/99, Dpcm 14.02.2001, DPCM 12 gennaio 2017, leggi regionali, Piani e Progetti ministeriali, regionali e locali, etc.

Come si può rilevare sono tutti passaggi conosciuti e codificati ma non è facile la loro osservanza contemporanea o perché mancano le conoscenze, o non si verificano contemporaneamente tutte le condizioni o perché Regioni, ASL e Comuni disattendono l'applicazione delle norme o ancora l'interesse per questi problemi non è tale da imporre comportamenti virtuosi e si realizza quanto è indicato nel titolo del Convegno citato in premessa: *il sociosanitario una scommessa incompiuta*.

Tra gli elementi sopra descritti, c'è una difficoltà che spesso impedisce il riconoscimento dei diritti "sociali," perché ci troviamo di fronte ad una mancata definizione dei *livelli essenziali delle prestazioni sociali* da parte del Governo, cui hanno risposto tentativi delle regioni in accordo con il MLPS<sup>2</sup> di riordinare le diverse prestazioni assistenziali locali analizzandone i contenuti e raggruppandole in aree omogenee che potevano precedere i LEP sociali.

Questa è stata la strada percorsa: nel 2008, quando il discorso su federalismo fiscale è diventato più pressante, dopo l'approvazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, "*Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione*", per giungere ad una valutazione finanziaria sul costo dei servizi, anche in relazione alla soppressione dei Fondi nazionali e all'individuazione di criteri per articolare il Fondo di perequazione, la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali hanno iniziato ad operare secondo quanto indicato dal Decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 "*Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*".

Attraverso studi e approfondimenti oltre alla rilevazione della spesa sociale e alla valutazione dei fabbisogni per giungere ai costi standard, è stato preso a riferimento l'articolo 22, comma 4, della legge 328/2000 e si sono individuati i *servizi sociali maggiormente diffusi sul territorio nazionale*, da consolidare in ciascun ambito territoriale:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Per arrivare a questo risultato un primo e importante passo da parte delle regioni è stata la codifica, in accordo con il MLPS ed il MEF<sup>3</sup>, del *Nomenclatore Interregionale degli Interventi e dei Servizi Sociali* ai fini di esigenze conoscitive e di informazioni attendibili, in pratica i servizi di maggior rilievo sopra richiamati, sono stati classificati seguendo le indicazioni della legge 328/2000, in maniera tale da semplificare le diverse denominazioni attribuite da

---

<sup>2</sup> Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

<sup>3</sup> Ministero Economia e Finanze.

Comuni e Regioni e ne sono stati valutati i contenuti omogenei, in modo da giungere a quanto auspicato dalla stessa legge Quadro del 2000: un *Sistema Informativo dei Servizi Sociali*, conforme alle classificazioni dei servizi già adottate anche a livello europeo.

Il Nomenclatore Nazionale delle prestazioni e degli interventi sociali, approvato dai Presidenti delle Regioni il 29 ottobre 2009 e aggiornato sul piano delle terminologie e dei contenuti nel 2014, ha provveduto ad un raggruppamento delle prestazioni definendo le macro aree, come sotto specificate, al cui interno sono individuati “obiettivi di servizio” recepiti anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e inseriti nei riparti del Fondo Nazionale Politiche Sociali per il triennio 2014/2017. Il termine “obiettivi di servizio” ha seguito la terminologia europea per specificare le attività condotte all’interno di quella determinata macro area:

<b>ACCESSO E PRESA IN CARICO</b>	
Comprendenti tra l'altro:	Servizio sociale professionale, Segretariato sociale, Servizi per i minori tra cui affidamento, adozione, mediazione familiare e interventi di sostegno alla genitorialità.
<b>INTERVENTI E MISURE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE E IL SOSTEGNO EDUCATIVO</b>	
Comprendenti tra l'altro:	Assistenza domiciliare socio-assistenziale, ADI integrata, sostegni diversi per domiciliarità: pasti, lavanderia, buon vicinato, gruppi di auto aiuto, forme di sostegno economiche per anziani e adulti in difficoltà, teleassistenza e telesoccorso, interventi per favorire l'autonomia personale, sostegno socio educativo domiciliare e territoriale.
<b>NIDI E SERVIZI INTEGRATIVI PER LA PRIMA INFANZIA</b>	
Comprendenti tra l'altro:	Asili Nido, servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, anche con contributi erogati alla famiglia per l'accesso ai nidi e ai servizi integrativi.
<b>SERVIZI TERRITORIALI A CARATTERE RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE PER LE FRAGILITÀ</b>	
Comprendenti tra l'altro:	Presidi residenziali socio-assistenziali e integrati sociosanitari, sostegno economico al pagamento delle tariffe sociali e i e sociosanitarie; Centri diurni semi-residenziali sociosanitari e socio-riabilitativi, anche con sostegno finanziario ai costi delle tariffe; Centri diurni di protezione sociale, anche con sostegno economico ai costi delle tariffe; Centri occupazionali e laboratori protetti.
<b>INTERVENTI E MISURE PER FACILITARE INCLUSIONE E AUTONOMIA</b>	
Comprendenti tra l'altro:	Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio, contributi economici per facilitare avvio al lavoro, interventi economici e altre forme di aiuto per il reperimento di alloggi, servizi di mediazione culturale e sociale, distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc.), aree attrezzate per nomadi e ROM, servizi per l'igiene personale, trasporto sociale e aiuti (anche sotto forma di contributi) per la mobilità. Attività ricreative e di socializzazione, Ludoteche, Centri di aggregazione sociale, Centri diurni estivi e Centri per le famiglie.
<b>MISURE DI SOSTEGNO AL REDDITO</b>	
Comprendenti tra l'altro:	Buoni spesa o buoni pasto, Contributi economici di integrazione del reddito, altre forme di contributi economici a titolo di prestito/prestito d'onore, contributi economici per alloggio, contributi economici per cure o prestazioni sanitarie, contributi per servizi alla persona, contributi per i servizi scolastici.

Le definizioni esposte sono state riconosciute anche dalla Conferenza Unificata (Stato, Regioni e Comuni) con l'Accordo del 7 maggio 2015.

Le azioni descritte indicano un percorso che può essere utilizzato per la definizione dei LEP sociali perché in base al disposto dell'art. 22, comma 4, della legge 328/2000, fissa i servizi già regolati dalle regioni e dai Comuni e funzionanti in ciascun ambito territoriale<sup>4</sup>, come interventi maggiormente e omogeneamente diffusi a livello nazionale. Si tratterebbe di un primo tentativo, anche a livello sperimentale, di riconoscere come livelli di assistenza le attività già presenti nei diversi territori, che con il Fondo Nazionale delle Politiche sociali, maggiormente consolidato anche con incrementi annuali (compatibili con la finanza pubblica), in accordo con Regioni e Comuni, potrebbero essere gradualmente potenziati (come del resto è avvenuto anche negli ultimi riparti del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali), partendo dai livelli meno consolidati. I livelli individuati andrebbero a completare l'unico LEP esistente in campo sociale il REI (reddito di inclusione) approvato nel 2016/17.

La strada intrapresa non sarebbe differente da quella della dei LEA in sanità, che sono partiti da attività esistenti ed il loro perfezionamento ad oggi ha richiesto più di dieci anni di lavoro e di aggiustamenti operativi che hanno portato a livelli più completi e moderni, declinati nel DPCM del gennaio 2017. Sarebbe utile, quindi, che il Governo che si insedierà dopo le elezioni del marzo 2018, potesse procedere celermente anche ad una prima individuazione del LEP sociali seguendo il percorso già avanzato e di cui si è dato conto nelle righe precedenti, anche per poter garantire, soprattutto alle categorie più deboli e fragili, un risposta unitaria in campo sociosanitario.

Consentire oggi un punto più avanzato nell'integrazione sociosanitaria, oltre a garantire i diritti dei più deboli, aprirebbe la strada a ciò che i provvedimenti del Terzo Settore hanno indicato come "*integrazione comunitaria*", con nuove prospettive di lavoro, facendo sinergia tra i finanziamenti per potenziare i servizi, gli investimenti per il Terzo Settore, quelli europei ed i programmi di Industria 4.0 (si pensi ad esempio alla Domotica per i non autosufficienti e disabili gravi). Le diseguaglianze aumentano e con esse la fragilità dei più deboli, forse è utile a questo proposito richiamare il rapporto di Jacques Delors, dove l'attenzione alla persona è un obiettivo da perseguire per *cittadini che vogliono abitare responsabilmente il mondo* e prendersi cura dei più deboli è da considerarsi un bene comune anche da economisti (a partire da Amartya Sen) che considerano il miglioramento delle condizioni di vita, come motore che diminuisce le diseguaglianze aumenta la produttività e quindi lo stesso reddito nazionale.

Nella tabella che segue, utilizzando le ipotesi sui raggruppamenti dei servizi sociali descritte, si è effettuata un'analisi dei contenuti dei nuovi Lea, (DPCM 12 gennaio 2017 e per

---

<sup>4</sup> Servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; assistenza domiciliare; strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

l'area sociosanitaria si è individuata l'integrazione operativa tra le prestazioni sanitarie e le corrispondenti prestazioni sociali, per esemplificare il significato di una concreta integrazione, che consente di erogare un sociosanitario avanzato e contemporaneamente offre lo spunto per una prima individuazione dei LEP sociali.

<b>LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA (DPCM 12/01/2017)</b>	<b>PRESTAZIONI</b>	<b>SERVIZI SOCIALI E SOCIALI A RILIEVO SANITARIO (*)</b>	<b>PRESTAZIONI (obiettivi di servizio)</b>
<b>Punto Unico di Accesso/Sportello integrato/Sportello di cittadinanza</b>	Cura l'accesso alle Prestazioni sanitarie di base e socio-sanitarie. Provvede ad orientare le persone e a fornire risposte a bisogni "semplici". Se necessario (casi complessi) provvede alla segnalazione ai servizi specialistici ambulatoriali domiciliari e residenziali per la valutazione multidimensionale.	<b>Servizi per l'accesso e la presa in carico</b>	Segretariato Sociale: provvede ad accoglienza, orientamento, informazione e consulenza. Si rapporta con gli altri punti della rete sociale e sociosanitaria. Disponibilità di mediatori culturali ove necessaria per i cittadini stranieri extracomunitari con o senza il permesso di soggiorno.
<b>Servizio Sociale Professionale</b>	Opera, prevalentemente "per la presa in carico" di tipo sociale, all'interno dei servizi Materno infantili, Anziani, Disabili, Salute mentale e Dipendenze e nelle sedi Ospedaliere. Svolge anche attività di progettazione.	<b>Servizi per l'accesso e la presa in carico</b>	Servizio Sociale Professionale: opera all'interno della rete dei servizi sociali per la presa in carico delle persone che presentano bisogni di aiuto e accompagnamento, raccordandosi con il Servizio Sociale presente nelle ASL. Provvede anche ad aspetti organizzativi, di amministrazione e di progettazione dei servizi.
<b>Cure domiciliari prestazionali. (art.23)</b>	Prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche se ripetuti nel tempo, non richiedono presa in carico del paziente, né valutazione multidimensionale.	<b>Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio</b>	Interventi di supporto familiare (se richiesti)

<p><b>Cure Domiciliari (art. 23)</b></p>	<p><b>Cure domiciliari integrate (ADI)</b> Insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e di aiuto infermieristico, riabilitativi, integrati con aiuto sociale, prestati da personale qualificato per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita, assicurando continuità tra trattamenti ospedalieri e domicilio. Il bisogno clinico, funzionale/sociale è accertato tramite strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la definizione del Programma di Assistenza Individualizzato (PAI). I trattamenti medico, infermieristici, riabilitativi e tutelari comprendono anche erogazione di farmaci, analisi cliniche e altra diagnostica, presidi protesici, sanitari e di carattere integrativo (es: alimentazione particolare). Le prestazioni si articolano con continuità assistenziale, in base al CIA (coefficiente intensità assistenziale) con diversi livelli di intensità, fino ad un massimo 6/7 giorni settimanali.</p> <p>Le prestazioni di <b>assistenza tutelare professionale</b> e aiuto infermieristico alla persona sono a interamente a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta. Successivamente sono a carico del SSN per il 50%.</p> <p>Le cure domiciliari, sono attivate dal MMG, dai Servizi Sociali e dai familiari secondo le indicazioni regionali. Seguono un proprio iter i protocolli di dimissioni ospedaliere protette. Il MMG è coinvolto in tutto il processo assistenziale ed è responsabile dei processi di cura.</p>	<p><b>Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio</b></p>	<p>Interventi per supportare la domiciliarità: aiuto domestico familiare (preparazione pasti, igiene della casa, acquisto derrate alimentari e altre commissioni) Interventi economici per favorire l'autonomia personale e sostenere la persona a domicilio (pagamento utenze, lavori manutentivi all'alloggio, etc)</p> <p>Aiuto personale di base a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, per lo svolgimento di funzioni della vita quotidiana (compreso igiene personale), escludendo interventi sociosanitari professionali erogati dal sistema sanitario.</p> <p>Pronto intervento sociale per supportare la domiciliarità: prestazioni di assistenza e controllo domiciliare per casi di "emergenza sociale" collocati nell'ambito dei servizi di prossimità o nelle cure domiciliari (Possono agire come attività di sorveglianza nei periodi di ondate di calore/freddo)</p>
--	---	---	--

<p><b>Cure Palliative (art.23)</b></p>	<p><b>Cure Palliative domiciliari</b>, rivolte a persone con patologie ad andamento cronico evolutivo in base alla legge 38/2010 con protocolli formalizzati all'interno della Rete le caratteristiche di presa in carico (del paziente e dei familiari), la valutazione multidimensionale e il progetto assistenziale. Sono articolate su due livelli (base e specialistico in base alla complessità dei bisogni) in relazione al livello di complessità del paziente. Le cure palliative sono erogate anche a favore dei malati terminali (oncologici e non), sono programmate sui 7 giorni settimanali e per i casi particolarmente complessi è prevista la disponibilità medica sulle 24 ore.</p>	<p><b>Servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio</b></p>	<p>Interventi di supporto familiare (se richiesti)</p>
<p><b>Assistenza socio-sanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie. (Art.24)</b></p>	<p>Prestazioni domiciliari, medico specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche e riabilitative in termini di consulenza per la coppia, la genitorialità, la procreazione responsabile, la gravidanza, il puerperio, la nascita, i minori, gli adolescenti, ivi comprese consulenze e trattamenti psicologici e psicoterapeutici (anche in collaborazione con istituzioni scolastiche) Assistenza anche psicologica per maltrattamenti, incluso il bullismo, abusi e violenze di genere e sessuali. Collaborazione con PDLS e MMG.</p>	<p><b>Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari</b></p>	<p>Interventi per supportare la coppia, la famiglia, la donna, il minore e l'adolescente: prestazioni a carattere socio-educativo domiciliare, prestazioni di aiuto economico e supporto alloggiativo. Prestazioni di supporto sociale alle istituzioni scolastiche. Prestazioni sociali in materia di affidamento e adozioni (anche internazionali). Collaborazione con i Tribunali per i minori e le Prefetture. Prestazioni di aiuto e supporto sociale ai minori e adolescenti per contrastarne l'abuso e la violenza. Prestazioni di aiuto e supporto sociale per contrastare abusi e violenza di genere (leggi 66/94, 38/2009, 119/2013)</p>

<p><b>Assistenza socio-sanitaria ai minori con di- sturbi in ambito neuro psichiatrico e del neuro- sviluppo. (art.25)</b></p>	<p>Individuazione precoce dei disturbi, collegamento con le strutture ospedaliere e i Pediatri, valutazione diagnostica multidisciplinare e psicoterapeutica, abilitazione e riabilitazione, interventi psicoeducativi in collegamento con la scuola e di supporto alle autonomie quotidiane. Supporto e orientamento alla famiglia per le terapie e la riabilitazione. collegamento con le istituzioni scolastiche, collegamento con i servizi per le Dipendenze e con la Salute Mentale, etc.</p>	<p><b>Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari</b></p>	<p>Interventi sociali di supporto alla famiglia e al minore. Supporto alle istituzioni scolastiche e altri interventi a carattere sociale come indicati al precedente paragrafo.</p>
<p><b>Assistenza socio-sanitaria alle persone con disturbi mentali. (art. 26)</b></p>	<p>Individuazione precoce dei disturbi, collegamento con le strutture ospedaliere e i Pediatri, valutazione diagnostica multidisciplinare, definizione e attuazione di un programma terapeutico, ivi compresa prescrizione e distribuzione terapie farmacologiche, psicoterapia individuale, di coppia, familiare, di gruppo), interventi di supporto alla famiglia, interventi per favorire il recupero dell'autonomia e per l'inserimento sociale e lavorativo, etc. collegamento con i servizi per i minori (continuità assistenziale) e con i servizi per le Dipendenze.</p>	<p><b>Misure per l'in- clusione sociale e sostegno al reddito</b></p>	<p>Interventi di supporto sociale, di promozione e supporto per l'inserimento sociale e lavorativo. Altre prestazioni di aiuto sociale che agevolino l'inserimento/reinserimento sociale della persona con disturbi mentali.</p>

<p><b>Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità. (art. 27)</b></p>	<p>Valutazione diagnostica multidisciplinare, definizione e attuazione di un programma terapeutico, riabilitativo personalizzato, ivi comprese le terapie farmacologiche, psicoterapia, supporto alla famiglia, abilitazione e riabilitazione delle funzioni compromesse, supporto alla famiglia. Collegamento e collaborazione con le strutture ospedaliere specialistiche, Pediatri e MMG. Supporto per l'utilizzo di protesi e ausili che favoriscano il recupero dell'autonomia. Supporto all'inserimento sociale, scolastico e lavorativo, secondo la legge 104/1992.</p>	<p><b>Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito</b></p>	<p>Interventi di supporto sociale, di promozione e supporto per l'inserimento sociale e lavorativo. Altre prestazioni di aiuto sociale che agevolino l'inserimento/reinserimento sociale della persona con disabilità.</p>
<p><b>Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche. (art. 28)</b></p>	<p>Accoglienza e valutazione diagnostica multidisciplinare, definizione e attuazione di un programma terapeutico di recupero, somministrazione di terapie farmacologiche sostitutive, psicoterapia, supporto alla famiglia, promozione gruppi di sostegno per familiari e persone con dipendenze patologiche (incluso il gioco d'azzardo e le dipendenze dalle tecnologie). Collaborazione con le strutture ospedaliere, con i servizi di Salute Mentale e Servizi per i minori, con Pediatri e MMG. Supporto per la scuola, supporto alla famiglia. Supporto per il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo, Specifici interventi per detenuti con dipendenza.</p>	<p><b>Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito</b></p>	<p>Interventi di supporto sociale e di promozione al reinserimento sociale, scolastico e lavorativo. Interventi di supporto sociale alla famiglia.</p>

<p><b>Assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario. (art. 29)</b></p>	<p>Il SSN garantisce trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale ad <b>elevato impegno sanitario</b> alle persone con patologie non acute che presentano livelli di complessità, instabilità clinica e necessità di supporto alle funzioni vitali e/o con gravissima disabilità che necessitano anche di continuità assistenziale, pronta disponibilità medica e presenza infermieristica nelle 24 ore (anche con il ricorso alla telemedicina e al teleconsulto). La durata del trattamento è fissata dalle Regioni e Province Autonome. A totale carico del SSN.</p>		<p>Eventuale supporto dei servizi domiciliari per il rientro a domicilio</p>
<p><b>Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti. (art. 30)</b></p>	<p>Trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti che richiedono elevata tutela sanitaria e continuità assistenziale (di norma non superiori ai 60 gg.) A carico del SSN. Trattamenti estensivi di lungoassistenza, recupero e mantenimento (compresi interventi di sollievo), riorientamento in ambiente protesico, etc. per persone non autosufficienti o affette da demenza. 50% a carico del SSN. Trattamenti semiresidenziali (diurni) di cura e recupero funzionale, riorientamento in ambiente protesico, etc. a persone non autosufficienti richiedenti bassa tutela sanitaria. 50% a carico del SSN.</p>	<p><b>Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito</b></p> <p><b>Servizi territoriali a carattere residenziale per le fragilità</b></p>	<p>Concorso alla spesa per la quota sociale a favore di e persone adulte prive di reddito</p> <p>Strutture residenziali di accoglienza sostitutive delle cure familiari, quali <b>Comunità alloggio, Alloggi protetti, Centri diurni di tipo socializzante</b>, etc. con erogazione di assistenza alla persona di carattere alberghiero. Assistenza sanitaria a carico del SSN.</p>

<p><b>Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone in fase terminale della vita.</b> <b>(art.31)</b></p>	<p>La rete delle Cure Palliative garantisce alle persone in fase terminale della vita per malattie progressive a prognosi infausta un complesso integrato di trattamenti residenziali (Hospice) per il controllo del dolore, ivi compresa la nutrizione artificiale, l'idratazione ed il sostegno psicologico e spirituale nonché il sostegno alla persona e alla famiglia nell'accompagnamento alla morte e l'elaborazione del lutto.</p>		<p>Se necessario. eventuale supporto del Servizio Sociale</p>
<p><b>Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale a minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.</b> <b>(art. 32)</b></p>	<p>Trattamenti terapeutici residenziali e semiresidenziali nei confronti di minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo, comprensivi di presa in carico valutazione multidimensionale e diversi livelli di intensità terapeutico-riabilitativa. In base al supporto del contesto familiare i trattamenti sono forniti anche in regime semiresidenziale. <u>A totale carico del SSN.</u></p>	<p><b>Servizi per la prima infanzia e servizi territoriali comunitari</b></p>	<p>Supporto per facilitare il reinserimento sociale e scolastico del minore</p>
<p><b>Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone con disturbi mentali.</b> <b>(art. 33)</b></p>	<p>Sono garantite cure e riabilitazione alle persone con disturbi mentali previa presa in carico, valutazione multidimensionale e piano terapeutico individualizzato in strutture con diversa intensità assistenziale (alta intensità, a carattere estensivo e trattamenti socioriabilitativi). In base all'intensità di trattamento variano i requisiti di personale. Sono garantiti per il livello intensivo ed estensivo anche i trattamenti semiresidenziali. <u>Sono a totale carico del SSN</u> trattamenti <u>intensivi</u> ed <u>estensivi</u>, mentre i <b>trattamenti socioriabilitativi</b> sono a carico del SSN per il 40% della tariffa giornaliera.</p>	<p><b>Misure per l'inclusione sociale e sostegno al reddito</b></p>	<p>Supporto per il reinserimento sociale e lavorativo, in relazione al reddito, concorso alla componente sociale della tariffa socioriabilitativa.</p>

