



Regione Campania

Assessorato alla Sanità
Settore Interventi a Favore di Fasce Sociosanitarie
Particolarmente Deboli

Assessorato alle Politiche Sociali
Settore Assistenza Sociale, Programmazione e
Vigilanza sui Servizi Sociali

Prot. N. 3648/SP del 26/09/2006

Ai Direttori Generali AA.SS.LL.

Ai Coordinatori Ambiti Territoriali

LORO SEDI

Oggetto: DGRC n. 838 del 23 giugno 2006 (B.U.R.C. n.33 del 24/07/2006), DGRC n. 964 del 14 luglio 2006 (B.U.R.C. n.38 del 21/08/2005), Circolare n. 3063/S del 21 luglio 2006. LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) sociosanitari. Circolare applicativa.

Con DGRC n. 964 del 14 luglio 2006 e DGRC n. 838 del 23 giugno 2006 la Regione Campania ha inteso ribadire la necessità di percorsi unitari di programmazione tesi alla sistematizzazione di un Sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari imperniati su tre parametri strutturali:

1. la garanzia su tutto il territorio regionale di Livelli Essenziali di Assistenza Sociosanitaria equi ed uniformi, secondo criteri gestionali di efficacia, efficienza, trasparenza e solidarietà;
2. l'erogazione di prestazioni appropriate sia a garanzia del diritto alla salute del cittadino che a tutela della razionalizzazione e del contenimento della spesa teso al riequilibrio della spesa sanitaria;
3. la garanzia di una disciplina dei LEA simmetrica e conforme ai LIVEAS e la certezza di appropriato finanziamento nazionale e regionale per evitare uno squilibrio a sfavore del sistema di offerta (documento preparatorio alla Conferenza Stato-Regioni).

La Regione Campania con diversi atti deliberativi, DGRC n. 3767 del 31/07/2001 - DGRC n. 1082 del 15/03/2002 - DGRC n. 3890 del 02/08/2002, ha preso atto del DPCM 14/02/2001 e del successivo DPCM 29/11/2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza e sulla compartecipazione alla spesa sociosanitaria. Inoltre con DGRC n. 6467 del 30/12/2002 sono state emanate apposite Linee Guida Regionali per la programmazione sociosanitaria integrata rivolte alle AASSLL ed ai Comuni. I LEA sociosanitari disciplinati dallo Stato, secondo una specifica competenza costituzionale, hanno indicato i livelli minimi di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale lasciando la facoltà alle Regioni di innalzare tali livelli ma di impedirne l'erogazione inferiore.

La strategia imprescindibile di una programmazione integrata rispecchia la naturale esigenza di strutturare percorsi assistenziali di presa in carico globale del cittadino-utente evitando inutili e fuorvianti sovrapposizioni e/o frammentazioni con annesso spreco di risorse umane ed economiche, visto anche l'obbligo indicato dallo Stato per le Regioni di evitare l'erogazione di prestazioni inappropriate a carico del SSN pena la decurtazione della quota parte destinata alla Regione Campania, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (repertorio n. 2174) . A tal riguardo risulta fondamentale l'istituzione, dove non è ancora avvenuto, e la regolamentazione delle attività delle Unità di Valutazione Integrata, organo tecnico interistituzionale utile alla rilevazione del bisogno complesso ed alla relativa programmazione integrata, avvalendosi degli strumenti operativi già indicati dalla Regione Campania nella DGRC 2006/2004 ed imperniati sulla redazione di un apposito Progetto Individualizzato ; tale fascicolo personalizzato permetterebbe agli operatori del Sistema integrato di poter vigilare e monitorare sistematicamente sulla uniformità e sulla congruenza del piano terapeutico-riabilitativo e socio-assistenziale indicato in ogni passaggio.

L'organizzazione del Sistema Integrato presuppone una sistematica azione di concertazione tra Comuni ed Aziende Sanitarie Locali tale da avviare percorsi condivisi di:

1. rilevazione e qualificazione degli interventi
2. individuazione di adeguati piani terapeutico-riabilitativi e socio-assistenziali
3. determinazioni di centri di responsabilità e/o di costo
4. sistemi integrati di verifica e monitoraggio delle prestazioni.

Come è evidente questa impostazione supera la preoccupazione mirata esclusivamente solo sulla entità di compartecipazione economica in termini immediati, alimentando una fittizia contrapposizione Sociale-Sanità, e punta prioritariamente alla riqualificazione del sistema di servizi integrato, aderente ai bisogni rilevati, riportato nei Piani delle Attività Territoriali e nei Piani di Zona a garanzia della visione globale delle succitate programmazioni e della relativa congruenza della spesa prevista.

Tali documenti programmatori devono prioritariamente riferirsi all'Area della Non Autosufficienza attivando interventi personalizzati domiciliari, residenziali e semiresidenziali, destinando risorse economiche certe a garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), sociale (LIVEAS) e sociosanitaria (All. 1/C LEA) previste dal fondo finanziario di ogni Ambito Territoriale composto da:

- risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali
- risorse del Fondo Sanitario Regionale
- risorse Comuni
- risorse ASL
- risorse utenti (con parametro ISEE)
- altro (fondi CIPE, Europei, ecc...).

In considerazione di tutto quanto suindicato, per la redazione dei Piani delle Attività Territoriali e dei Piani Sociali di Zona, in relazione alla programmazione sociosanitaria finalizzata alla stipula degli accordi di programma, si raccomanda alle Direzioni strategiche di tutte le AASSLL e ai Coordinamenti Istituzionali degli Ambiti Territoriali di stipulare gli atti necessari per l'integrazione sociosanitaria che contengano:

1. la coprogrammazione dell'eventuale riqualificazione del Sistema, parametrato su livelli prioritari di assistenza (con particolare attenzione all'area della "Non Autosufficienza"), anche attraverso la dimissione protetta di utenti ancora in carico al S.S.N. che hanno terminato il periodo di cura a rilevanza sanitaria (quindi stabilizzati) e necessitano di interventi a rilevanza sociale a carico dei Comuni;
2. le indicazioni circa le prestazioni che verranno garantite, con attenzione prioritaria a quelle indicate nel DPCM 29 novembre 2001 all. 1/C, con relative risorse sia in termini economici (compartecipazione alla spesa) che in termini di riqualificazione del sistema di servizi;
3. la sistematizzazione e la relativa regolamentazione delle unità di valutazione integrata per la rilevazione, qualificazione e coprogrammazione sociosanitaria delle prestazioni a favore di cittadini aventi diritto;
4. l'indicazione, come priorità assistenziale della presa in carico globale, di cittadini in situazione di "non autosufficienza" (anziani e disabili) specificando numero e tipologia di bisogno nonché tipologia di offerta di servizi;
5. l'impegno, a decorrere dal 1° gennaio 2007, alla determinazione delle risorse costituenti il fondo di ambito per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sociosanitari in ogni Ambito Territoriale (L. 328/2000) prevedendo azioni strutturate di sistema tese alla ripartizione delle spese, alla riqualificazione dei servizi ed alla compartecipazione alla spesa degli utenti (utilizzando il parametro ISEE con relativi regolamenti di accesso alle prestazioni agevolate) con particolare attenzione all'erogazione di livelli minimi di assistenza alle fasce più indigenti della popolazione avvalendosi anche dello strumento già in essere, avviato con l'approvazione da parte di tutti gli Ambiti Territoriali, delle graduatorie per gli aventi diritto al reddito di cittadinanza;

Una adeguata azione di concertazione e di programmazione congiunta tra Comuni ed AA.SS.LL. darà la possibilità di:

- rilevare in modo puntuale il numero di utenti, attualmente in carico alle AASSLL, che necessitano di prestazioni sociosanitarie o socioassistenziali ;
- rilevare il costo reale a carico dei Comuni ed a carico delle AASSLL in termini di congruità e di appropriatezza delle prestazioni necessarie al bisogno complesso emerso dalle Unità di Valutazione Integrata, anche per quantizzare eventuali risorse integrative regionali e nazionali, **evidenziando, a tal fine, (con una relazione aggiuntiva alla scheda finanziaria 3.7) l'eventuale differenza che gli Ambiti Territoriali non sono in grado di garantire sia con risorse economiche che attraverso la riqualificazione dei servizi;**
- attestare nei rispettivi bilanci, dei Comuni e delle AASSLL, una quota dedicata per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociosanitaria che siano superiori alla spesa storica;

- strutturare appositi strumenti di rilevazione, verifica e monitoraggio della spesa e degli interventi socio-sanitari anche utilizzando e condividendo sistemi già in uso in via sperimentale.

Come previsto nella DGRC n. 964 del 14 luglio 2006 e nella DGRC n. 838 del 23 giugno 2006 **entro il 15 settembre 2006 e non oltre il 15 ottobre 2006** dovranno essere programmati, progettati e presentati presso i Settori regionali competenti gli interventi secondo le linee operative, politiche ed istituzionali definite nella presente circolare. Tutto ciò per consentire di giungere al 31/12/2006 ad una adeguata pianificazione sociale, sanitaria e socio-sanitaria coerente ed efficace a livello territoriale sia dal punto di vista istituzionale che professionale e gestionale.

ASSESSORE
D'AMELIO

ASSESSORE
MONTEMARANO