

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E IL PUNTO UNICO DI ACCESSO NELLA NUOVA LEGGE DI RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO PROVINCIALE

LE PREMESSE

Il processo di invecchiamento della popolazione sta assumendo dimensioni rilevanti nei paesi occidentali segnando quella che gli esperti chiamano “*transizione epidemiologica*” (il passaggio dalla prevalenza delle malattie infettive al crescente peso delle malattie croniche e degenerative). Una prima conseguenza è la domanda “espressa” legata alla non autosufficienza e quindi alla necessità di continuità assistenziale a domicilio e di una maggiore contiguità tra ospedale e territorio.

Il quadro epidemiologico che abbiamo di fronte è composito - patologie cronic-stabilizzate, cronico-degenerative, patologie di origine sociale connesse a un mercato del lavoro instabile, a gravi situazioni di esclusione sociale, a fenomeni migratori - ed evidenzia una domanda multidimensionale che rende incerto il confine tra intervento sociale e sanitario, dove perché l'intervento sia efficace deve essere integrato (si pensi alla salute mentale, ai minori, alle dipendenze).

In questo quadro si fa strada la consapevolezza che le determinanti della salute (intesa come benessere e non come risposta clinica alla malattia manifesta¹) sono fortemente influenzate dai comportamenti adottati, dagli stili di vita e conseguentemente dal livello economico, sociale e socio-culturale², incidendo i servizi sanitari solo per il 10-15%.

Gli studi condotti attorno ai sistemi sanitari pubblici evidenziano come le caratteristiche di “universalità” ed “equità” dei sistemi socio-sanitari pubblici rischiano di essere compromesse se la valutazione dei bisogni socio-sanitari non è adeguatamente e opportunamente considerata.

Gli scenari demografici attuali, la tutela delle categorie più fragili della popolazione, i vincoli di risorse economico-finanziarie, impongono pertanto di pensare e strutturare sistemi sanitari in grado di garantire la massima integrazione tra servizi³.

Si tratta di strutturare un sistema pubblico locale in grado di governare i determinanti della salute attraverso un intreccio virtuoso di sussidiarietà verticale (Provincia, Comuni, Comunità di Valle) e orizzontale (Azienda sanitaria, Servizi sociali, privato sociale, famiglie, cittadini), basato sulla costruzione di un sistema coordinato di servizi sociali e sanitari.

L'integrazione delle politiche sociali e delle politiche per la salute diventa uno strumento per:

- rispondere a bisogni sempre più complessi, multidimensionali e differenziati: *a ciascun problema sociale non risolto si associa un problema sanitario e viceversa*;
- ricercare forme più significative di alleanza tra pubblico e privato;
- valorizzare le comunità locali quale soggetto e luogo in cui si sviluppa la “comunità che si prende cura” (*welfare community*);
- curare una programmazione unitaria socio-sanitaria che contenga strumenti di monitoraggio e valutazione delle diverse attività poste in campo;
- implementare interventi non strettamente clinici per incidere favorevolmente sugli altri determinanti della salute.

L'obiettivo finale è quello di lavorare a un progetto di *welfare* dove la domiciliarità e la prevenzione precoce siano le parole chiave di una sostenibilità perseguibile.

¹ Vedi raccomandazioni della OMS già nel 1986 con la Carta di Ottawa

² Marmot M., Wilkinson R., Social determinants of health: the solid facts, 2 ed., WHO (2003)

³ Barretta A.D., L'integrazione socio-sanitaria, Il Mulino, 2009

I PRESUPPOSTI NORMATIVI NAZIONALI E PROVINCIALI

Il tema dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sociali e sanitari lo ritroviamo nella normativa nazionale già a partire dagli anni '70 (DPR 616/1977, L. 833/1978, DPCM 08/8/1985). Il D.Lgs 229/1999 dà definitivamente forza al tema dell'integrazione socio-sanitaria e il DPCM 14/02/2001 tenta una prima definizione delle prestazioni riconducibili a tale area.

A livello nazionale la L. 328/2000 e le linee di indirizzo tracciate dal D.Lgs. 502/1992, hanno favorito la ricerca di meccanismi di *governance* tra aziende sanitarie, privato sociale e amministrazioni locali nonché contribuito a sviluppare una pianificazione e una organizzazione dei servizi, sempre più socio-sanitaria.

In molte Regioni (Toscana, Marche, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Liguria, Lazio etc...) sono sorte esperienze di integrazione socio-sanitaria, più o meno strutturate e istituzionalizzate, che hanno visto spesso la nascita dei così detti punti unici di accesso.

In Provincia di Trento il tema dell'integrazione socio-sanitaria è ripreso nella legge provinciale in materia di politiche sociali, n. 13 del 2007 (art. 41) e nella legge provinciale sulla tutela della salute n. 16 del 23 luglio 2010 (art. 21). Quest'ultima prevede l'attivazione di modalità operative di integrazione socio-sanitaria:

- i Punti Unici Provinciali di Accesso quali "moduli organizzativi integrati con i servizi sociali, diretti all'orientamento e alla presa in carico del cittadino"
- la valutazione multi dimensionale integrata (UVM) per l'accesso a servizi a elevata integrazione sanitaria
- l'elaborazione di un progetto individualizzato di intervento da parte delle UVM
- la verifica nel tempo da parte dell'UVM degli esiti del percorso definito.

L'evoluzione della domanda a cui si accennava in premessa nonché gli interventi normativi e le esperienze maturate sul campo, non lasciano dunque più spazi a riflessioni sull'utilità dell'integrazione, quanto sul modo e sugli strumenti operativi con cui la si può costruire sul campo.

DAL CURARE AL "PRENDERSI CURA": IL PUNTO UNICO PROVINCIALE DI ACCESSO

PERCHÉ ?

Attualmente in Trentino ci troviamo a poter offrire sul versante sociale e sanitario una molteplicità di interventi e servizi di diversa natura forniti e gestiti da enti diversi (Servizi sociali, Azienda sanitaria, Servizi e Agenzie provinciali, privato sociale autorizzato e/o accreditato):

- assistenza domiciliare, assistenza domiciliare integrata
- assistenza in centri diurni, residenziali, semiresidenziali, alloggi protetti, residenze sanitarie assistenziali etc...
- interventi contributivi, previdenziali, di sostegno al reddito
- presidi medici, protesi, ausili
- assistenza socio-educativa e scolastica
- etc...

Assistiamo spesso a un appesantimento delle procedure che oltre a far ricadere sul beneficiario l'onere di muoversi tra uffici ed enti diversi, rischiano di generare inappropriately negli interventi e scarsa possibilità di valutarne gli esiti.

I vincoli economico-finanziari sempre più stringenti a fronte di un *trend* di costi in costante crescita, impongono di pensare e realizzare modalità operative in grado di garantire la sostenibilità del sistema di offerta di servizi sanitari e sociali.

CHE COS'È?

È il luogo dove avviene la *valutazione* (c.d. secondo livello) e la successiva *presa in carico* della persona con un bisogno complesso che necessita contestualmente, o in maniera coordinata, di interventi sanitari e sociali (e magari socio-educativi e scolastici). In uno slogan: è il luogo dove la complessità dei bisogni riceve unitarietà di risposte.

Il Punto unico d'accesso è il luogo dove il cittadino potrà ricevere *informazioni, orientamento, accompagnamento* (c.d. primo livello) in maniera qualificata semplificando l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari senza rischiare di generare sovrapposizioni con quanto già attualmente rinvenibile. Il Punto Unico rappresenta una risorsa informativa per gli stessi operatori sociali e sanitari (e non solo) in relazione ai servizi disponibili sul territorio.

Il Punto unico di accesso rappresenta un'evoluzione delle unità di valutazione multidimensionale (oggi conosciute in particolare per l'accesso alle Residenze Sanitarie Assistenziali e all'Assistenza domiciliare integrata), della continuità assistenziale ospedale-territorio, del coordinatore di percorso, di quanto già esplorato da analisi ed esperienze condotte sui territori.

Il Punto unico di accesso rappresenta una sfida anche rispetto alla promozione di quella solidarietà e di quella coesione sociale che sono capitale delle comunità locali da valorizzare, quale investimento in salute e benessere.

A CHI SI RIVOLGE

Il Punto unico di accesso si rivolge in generale a tutti i cittadini in situazione di fragilità.

In particolare si colloca a servizio delle persone, adulti e minori di età, con bisogni socio-sanitari complessi, in situazioni di grave fragilità tale da richiedere l'intervento strutturato, coordinato e sinergico di più servizi, professionalità, interventi.

Potrebbe trattarsi di anziani non autosufficienti, persone affette da disabilità (fisiche e psichiche) o con gravi patologie croniche, terminali o invalidanti, persone dipendenti da sostanze e non solo e loro familiari, situazioni che richiedono una presa in carico integrata sociale e sanitaria (talora con un'attenzione all'intero nucleo familiare) a causa della condizione di non autosufficienza o della grave fragilità della persona, della necessità di ampi strumenti di tutela (si pensi ad es. ai bambini/e in precarie o traumatiche situazioni familiari o vittime di maltrattamenti e abusi).

COME FUNZIONA

Il cittadino potrebbe giungere al Punto unico di accesso direttamente o avere un primo contatto con Servizi e professionisti diversi: il medico di famiglia (MMG), lo specialista, il servizio ospedaliero, i Servizi sociali del territorio, il consultorio, etc.

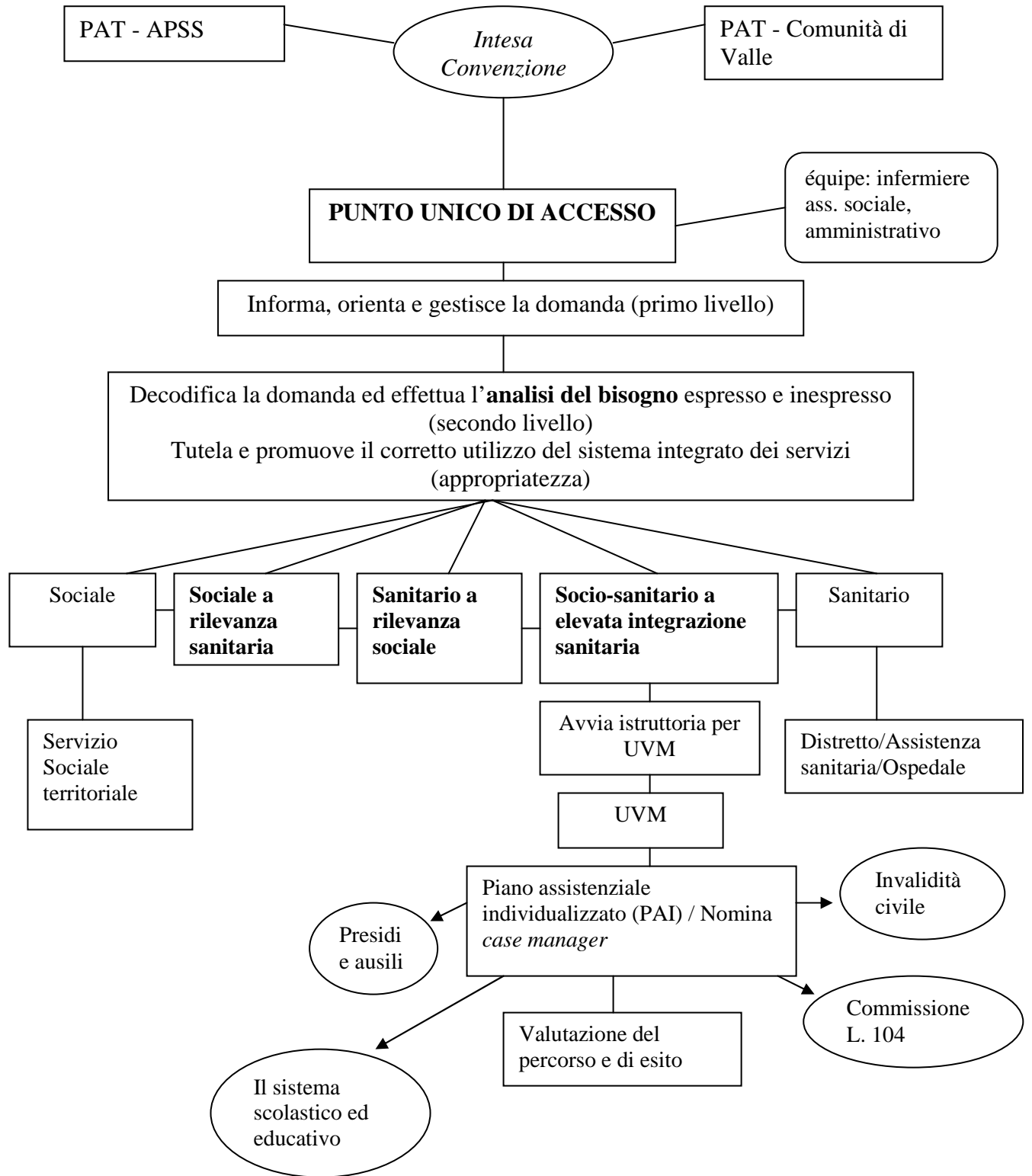
Cosa spetta dunque al Punto unico di accesso?

Occorrerà sviluppare, in questa fase di progettazione, i criteri che identificano quali situazioni sono "eleggibili" al Punto unico di accesso. La legge provinciale L.P. 16/2010 all'articolo 21 c. 2 prevede che contestualmente all'istituzione dei Punti unici di accesso, la Giunta provinciale individui *distinti percorsi terapeutici e di sostegno* a seconda che il bisogno socio-sanitario da soddisfare abbia natura sanitaria a rilevanza sociale, sociale a rilevanza sanitaria e a elevata integrazione sanitaria.

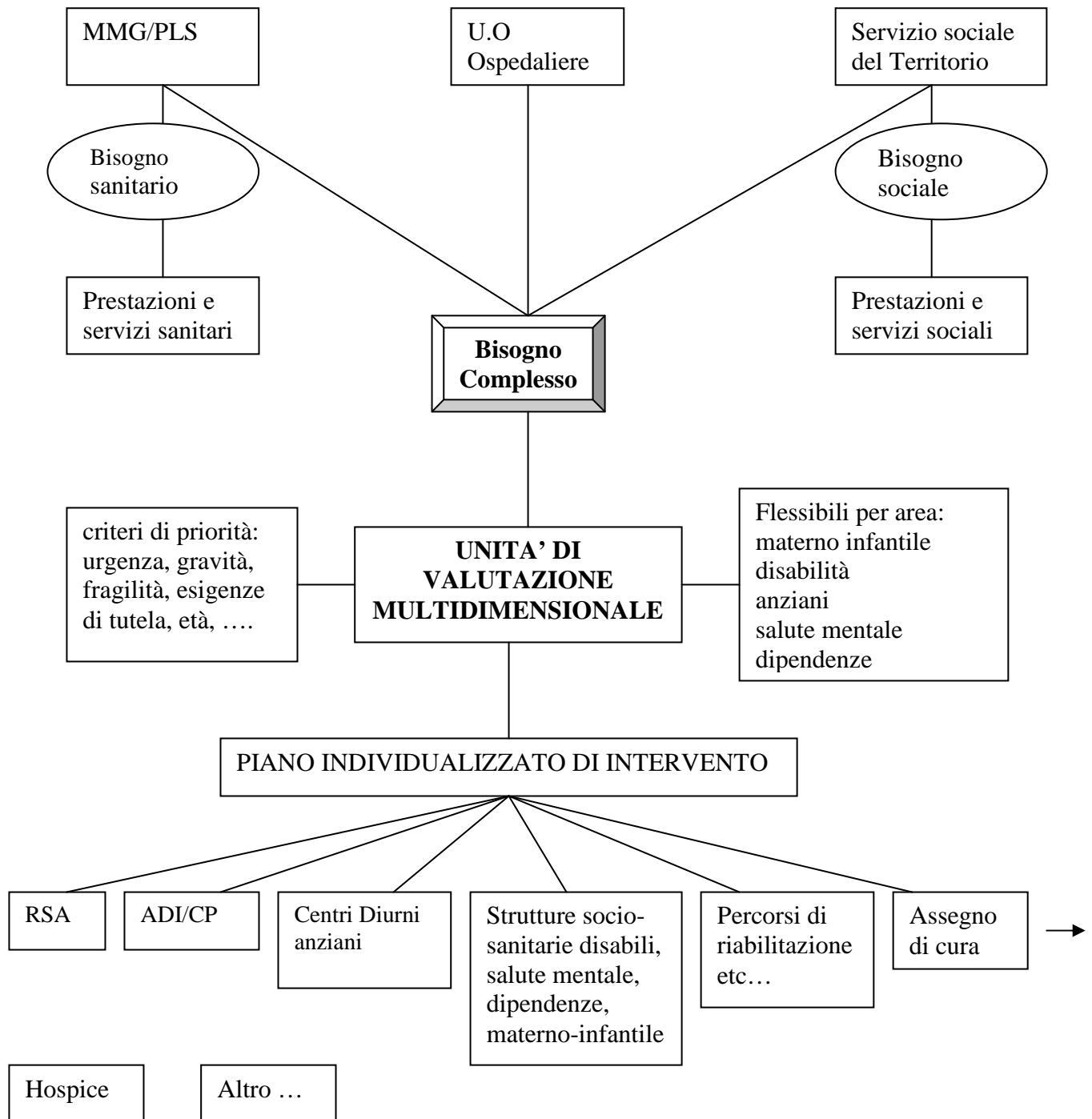
La legge prevede che l'accesso ai servizi a elevata integrazione sanitaria avvenga a mezzo delle unità valutative multidimensionali (UVM).

Responsabilità del Punto unico di accesso (e dell'unità di valutazione multidimensionale) sarà quella di redigere un piano individualizzato di assistenza (PAI) nel quale sia individuato il responsabile del caso (*case manager*), i momenti di valutazione in itinere del percorso assistenziale individuato e gli indicatori in base ai quali effettuare una valutazione di esito.

FUNZIONI E INTERDIPENDENZE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO



IPOTESI DEL “FLUSSO” DI PRESA IN CARICO ATTRAVERSO IL PUNTO UNICO DI ACCESSO



CHI VI LAVORA

E' gestito da una équipe base di operatori (infermiere/a, assistente sociale, assistente amministrativo/a).

Hanno un primo compito particolarmente difficoltoso: ascoltare, analizzando e soppesando i bisogni dell'utente e dei familiari. Devono focalizzare, a partire dal problema presentato, il reale bisogno/i individuando l'ambito di intervento e i percorsi possibili.

Nel caso si tratti di un bisogno socio-sanitario, a loro spetta il compito di individuarne la rilevanza (sociale, sanitaria a elevata integrazione sanitaria), graduandolo anche per complessità, gravità, intensità e urgenza. All'équipe del Punto Unico spetta attivare gli interventi e i servizi previsti e laddove necessario convocare l'unità di valutazione multidimensionale.

Al fine di garantire universalità, equità e certezza rispetto ai servizi occorre già in fase programmatica definire i percorsi assistenziali, i livelli di assistenza garantiti (sociali, sanitari, socio-sanitari) e i tempi di intervento.

DOVE È UBICATO

Il Punto unico di accesso rappresenta anche simbolicamente il "patto" tra Azienda Sanitaria e Comunità di Valle per definire un lavoro comune e multiprofessionale. La sua diffusione sul territorio sarà dunque l'esito di una valutazione a livello di Distretto e di Comunità. L'équipe multiprofessionale del Punto unico e la gestione logistica dello stesso, saranno coordinati dal direttore del Distretto sanitario (il Distretto con la legge di riforma in materia di tutela della salute viene ad assumere una funzione sempre più territoriale e socio-sanitaria). La sede dovrà essere facilmente accessibile e individuabile e particolarmente accogliente, dotata delle risorse strutturali e tecnologiche necessarie a mettersi rapidamente in rete con tutti gli enti e i servizi esistenti. Tra le priorità che dovranno accompagnare la nascita dei Punti Unici vi è lo sviluppo di un sistema informativo organico rispetto alle banche dati esistenti (dalla cartella sociale, alla cartella socio-sanitaria, al SIT, SIO, invalidità civile, anagrafica, esenzioni etc...).

FORMAZIONE

Come in tutti i processi di cambiamento anche in questo caso la formazione riveste un ruolo chiave sia per le persone che costituiranno l'équipe del Punto Unico sia più in generale per gli operatori sociali e sanitari. Accanto a una formazione specifica e mirata diretta agli operatori che costituiranno le équipe dei Punti Unici, andranno previsti moduli informativi e formativi, diretti al personale sociale e sanitario, sul ruolo e sulle funzioni del Punto Unico.

COMPETENZE, SERVIZI, INTERVENTI, STRUTTURE, PRESTAZIONI

In questa fase di attuazione della riforma istituzionale occorre tener conto di quanto disposto in sede di Conferenza permanente tra Provincia e Autonomie Locali (deliberazione G.P. 3052 del 18 dicembre 2009 e n. 1355 del 4 giugno 2010), da quanto previsto dal Protocollo d'intesa in materia di finanza locale per il 2011 del 29 ottobre 2010 nonché da quanto approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 3179 del 30 dicembre 2010.

Appare delinearsi una competenza della Provincia su tutti i servizi socio-assistenziali di rilevanza provinciale (per ragioni territoriali e di pregnanza del servizio) e socio-sanitari (dove accanto alla dimensione territoriale e della pregnanza si aggiungono la pervasività del bisogno e la presenza di figure professionali più strettamente sanitarie). Possiamo ritenere che questi siano nel complesso

le attività/servizi/interventi su cui può contare il Punto unico di accesso a completamento delle prestazioni più strettamente sanitarie, dei cosiddetti ausili e presidi, nonché dei servizi e delle attività socio-assistenziali di competenza delle Comunità di Valle.

LA GOVERNANCE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Fatto salvo quanto direttamente in capo ai Distretti sanitari e ai Servizi sociali territoriali, le normative provinciali in materia di politiche sociali e di tutela della salute hanno previsto strumenti di governo e compartecipazione quali:

- il **Comitato di coordinamento per l'integrazione sociosanitaria**, composto da il presidente della Comunità, che svolge le funzioni di presidente, il direttore del distretto sanitario nel cui ambito territoriale è compresa la Comunità, un medico di medicina generale o un pediatra di libera scelta convenzionato con il servizio sanitario provinciale, designato dai medesimi medici operanti nel territorio della Comunità, il responsabile dei servizi sociali della Comunità, un rappresentante degli enti affidatari di servizi sociosanitari operanti nel territorio della Comunità, un responsabile degli enti gestori delle residenze sanitarie assistenziali situate nel territorio della Comunità, un farmacista convenzionato con il servizio sanitario provinciale, designato dai farmacisti operanti nel territorio della Comunità; ha il compito di individuare le modalità organizzative ed operative per l'attuazione dell'integrazione sociosanitaria a livello locale, con particolare riferimento ai Punti Unici di Accesso (art. 21 L.P. 16/2010);
- il **Consiglio per la salute** (art. 10 L.P. 16/2010) e la **Conferenza dei consigli per la salute**, organo consultivo del Consiglio delle autonomie locali in materia di tutela della salute e di integrazione sociosanitaria dei servizi, composto dai presidenti di ciascun consiglio per la salute;
- la **direzione per l'integrazione sociosanitaria**, articolazione aziendale, sovrintende e coordina le iniziative a valenza sociosanitaria, assicurando il collegamento con le Comunità (art. 29 L.P. 16/2010);
- il **Tavolo territoriale**, composto da una rappresentanza dei comuni, di una rappresentanza del distretto sanitario, dei servizi educativi scolastici, delle parti sociali e di almeno un terzo dei componenti membri del terzo settore operante nella comunità; è organo di consulenza e di proposta per le politiche sociali locali(art. 13 L.P. 13/2007).

CONCLUSIONI

Il Punto unico d'accesso - frutto di un'intesa forte PAT-Comunità di Valle-APSS – rappresenta nei fatti lo strumento per razionalizzare e coordinare l'accesso ai servizi esistenti sul territorio con questi obiettivi specifici:

- allocazione delle risorse pubbliche secondo un ordine di priorità deciso secondo criteri di efficacia/efficienza ed equità;
- appropriatezza degli interventi e dei percorsi assistenziali proposti;
- coerenza tra domanda e offerta di servizi;
- copertura del servizio in relazione alle dimensioni del territorio;
- omogeneità nella qualità e negli standard di servizio resi;
- garanzia al cittadino di vedersi proposto un percorso diagnostico-trattamentale-assistenziale che tenga conto della sua situazione complessiva e dell'insieme delle prestazioni/interventi a cui avrebbe diritto;
- sostenibilità finanziaria delle scelte operate e del loro impatto sul sistema complessivo.