

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E OBIETTIVI DI SERVIZIO SOCIO-ASSISTENZIALI

La crescita dell'incidenza delle patologie neuro-degenerative e della complessità clinica ed assistenziale nei ricoveri per acuti e post-acuti, nonché fenomeni di un uso inappropriato da parte dei cittadini dei servizi oggi esistenti richiedono non solo una revisione dei contenuti delle prestazioni oggi offerte, ma anche una più puntuale definizione dei percorsi sanitari e socio-sanitari integrati per la non autosufficienza.

La riduzione della rete ospedaliera per acuti e post-acuti, a seguito delle previsioni della L. 135/2012, richiede una riorganizzazione dei percorsi di assistenza territoriale, che garantiscano ai cittadini, soprattutto per i malati cronici non autosufficienti, una presa in carico in stretta continuità tra fase acuta (ricovero ospedaliero) e fase post acuta di rientro al proprio domicilio, attraverso l'erogazione di prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali socio-sanitarie adeguate e tempestive.

L'attuale quadro delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, contenuto nel DPCM 2001, ha consentito lo sviluppo in Italia di una vasta gamma di prestazioni socio-sanitarie, particolarmente nell'ambito della presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale, assistenza domiciliare e lungo assistenza, che si presentano disomogenee e critiche per l'incertezza delle risorse nazionali disponibili sia per il finanziamento della componente sanitaria che di quella sociale.

La crescita dell'attenzione e del carico per il sistema sanitario ed assistenziale delle persone affette da gravi patologie cronico degenerative non reversibili, ivi inclusa la Sclerosi Laterale Amiotrofica, gravi demenze, gravissime disabilità psichiche multi patologiche, gravi cerebro lesioni, stati vegetativi richiede una nuova declinazione dei servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, in particolare dell'ADI, per garantire la personalizzazione delle prestazioni, nonché un maggiore impegno del servizio sanitario nei percorsi di cronicità (demenze).

L'aggiornamento dei LEA per l'area dell'integrazione socio-sanitaria deve consentire un più ampio impegno a favore dei percorsi di mantenimento al domicilio delle persone, anche attraverso strumenti, quali il budget congiunto di cura, il piano delle prestazioni personalizzato, che consentano, soprattutto al termine del percorso di cura nell'area dell'acuzie la prosecuzione della presa in carico da parte dei servizi territoriali senza interruzioni al momento del rientro al domicilio.

Una mancata o tardiva presa in carico delle persone gravemente disabili o malate croniche non autosufficienti da parte della rete dei servizi socio-sanitari integrati, che garantiscono una presa in carico di lunga durata, ricadono sul corretto e appropriato funzionamento dei servizi sanitari ospedalieri per acuti e post-acuti, generando ricoveri impropri e determinando un allungamento inappropriato dei tempi di degenza, oltre che ricadute significative sullo stato di salute della persona per il trattamento in setting assistenziali impropri.

La revisione del DPCM LEA e la definizione dei macro obiettivi di servizio sociale, che nel documento della Commissione Politiche sociali riassumono le prestazioni già erogate, anche sotto diverse formule organizzative, da tutte le regioni italiane richiedono una specifica intesa tra Stato, nelle sue articolazioni Ministero della Salute e Ministero del Welfare, le Regioni e le autonomie locali, che attraverso i propri servizi sono pienamente coinvolte nei percorsi assistenziali dell'integrazione.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria richiede, infine, risorse certe per garantire la prosecuzione e l'adeguamento degli interventi soprattutto di natura domiciliare.

Occorre pertanto un impegno al rifinanziamento, nell'ambito dei termini di validità (2014-2017) del nuovo Patto per la Salute, del FNA e del FNPS, nell'ambito delle compatibilità economico-finanziarie dell'Italia a supporto di una corretta e stabile programmazione regionale e locale dei servizi sociali.

In questo quadro certo le Regioni potranno procedere alla formulazione di Piani di salute socio-sanitari in ambito regionale e locale, condivisi tra servizio sanitario e organismi comunali, secondo gli assetti stabiliti dalla normativa regionale, individuando budget integrati con apporti finanziari derivati dai Lea e dai fondi sociali (regionali e comunali) per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

Torino, 1 ottobre 2013