

AGENZIA REGIONALE SANITARIA
MARCHE

GIUGNO 2010

Attività, esiti e prospettive dei lavori della Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio-sanitaria

A cura di

Maurizio Belligoni

Direttore Generale

Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche

Stefano Ricci

Dirigente Area Integrazione socio-sanitaria ARS

Hanno collaborato:

Claudio Bocchini

Tiziana Cecchini

Patrizia Ercoli

Paola Frammartino

Chiara Frattini

Romina Simonetti

Albarosa Talevi

INDICE

La Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio-sanitaria <i>Dr. Maurizio Belligoni – Direttore Generale ARS</i>	<i>pag.</i>	7
Organizzazione e gestione dei servizi integrati sanitari e sociali <i>Dott. Stefano Ricci – ARS</i>	<i>pag.</i>	12
Gruppo di Progetto: Fabbisogni informativi	<i>pag.</i>	18
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	22
Gruppo di Progetto: Progetto operativo sulla non autosufficienza.....	<i>pag.</i>	33
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	38
Gruppo di Progetto: Revisione atti normativi	<i>pag.</i>	54
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	57
Gruppo di Progetto: Piani Comunitari per la Salute	<i>pag.</i>	65
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	69
Gruppo di Progetto: Governo della domanda socio-sanitaria	<i>pag.</i>	90
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	94
Gruppo di Progetto: Area Materno Infantile.....	<i>pag.</i>	111
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	115
Gruppo di Progetto: Area Disabilità	<i>pag.</i>	145
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	148
Gruppo di Progetto: Area salute mentale	<i>pag.</i>	155
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	158
Gruppo di Progetto: Area Dipendenze patologiche.....	<i>pag.</i>	170
<i>Documenti prodotti</i>	<i>pag.</i>	175

La Cabina di Regia regionale per l'integrazione socio-sanitaria

La propensione della Regione Marche a intendere come fondamentale l'integrazione tra la gestione della Sanità pubblica e l'erogazione delle prestazioni assistenziali ha una lunga storia. Nel 1982, investita da poco della titolarità della programmazione dell'articolazione marchigiana del servizio Sanitario Nazionale, produsse un documento intitolato "Piano Socio Sanitario Regionale" che in forma sobria e concisa enunciava i principi che avrebbero dovuto guidare la naturale simbiosi tra le due principali competenze dello Stato Sociale.

Del resto le sperimentazioni sul territorio che avevano preceduto la nascita del Servizio Sanitario Nazionale e delle Unità Sanitarie Locali, i Consorzi dell'Emilia-Romagna ad esempio, avevano inglobato entrambe le competenze e per molto tempo il progetto della stessa legislazione nazionale aveva contenuto questa ipotesi gestionale.

Nella realtà le cose nei decenni successivi sono andate diversamente: le titolarità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria e di quella sociale sono state stabilmente attribuite a soggetti istituzionali diversi, le Regioni e le Aziende Sanitarie da loro dipendenti da una parte, i Comuni dall'altra; alla ipotesi di erogazione di servizi socio-sanitari si è dovuta sostituire la ricerca di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

La legislazione nazionale ha individuato le aree in cui l'integrazione socio-sanitaria si impone con la forza dell'evidenza ed ha individuato le forme in cui essa si attua come responsabilità economica rispettivamente da parte della Sanità e della Assistenza Sociale: in parole povere ha individuato i casi in cui il costo delle prestazioni erogate va suddiviso tra Servizio Sanitario Nazionale e Comuni. Peraltro il problema dell'integrazione non riguarda solo costi e risorse: ci sono da integrare strutture organizzative, culture operative, professionisti: l'impegno necessario per farlo davvero è tale che la ricerca non soltanto formale dell'integrazione socio sanitaria si può a buon diritto considerare una scelta che si può fare in un determinato contesto amministrativo e sulla base di un orientamento politico: peraltro sempre tenendo conto del limite costituito dalle competenze istituzionali.

La Regione Marche in varie occasioni ha sottolineato la sua propensione per questa scelta, anche se, dopo quel primo del 1982, ha prodotto strumenti programmatori differenziati per la Sanità e per le Politiche Sociali.

Nei fatti si è costruito un modello marchigiano dell'integrazione socio-sanitaria; in tale modello non esiste una "linea di produzione" socio-sanitaria, ma ci si propone di mettere in atto un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari, inseriti in una rete e gestiti insieme dai soggetti istituzionali a ciò preposti.

Si riconosce dunque la specifica competenza in ambito sanitario dell'ASUR, attuata attraverso l'azione delle Zone Territoriali e in particolare dai Distretti; si mantiene la competenza dei Comuni nell'erogazione dei servizi sociali, favorendo forme di pro-

grammazione e gestione di più ampio respiro attraverso gli Ambiti Territoriali Sociali. Nel rapporto tra Distretti e Ambiti Territoriali si dovrebbe realizzare sia l'incontro tra i soggetti istituzionali responsabili dell'integrazione socio-sanitaria sia lo sviluppo di modalità concrete di gestione integrata delle varie aree a cui concorrano servizi sanitari e servizi sociali.

Per far funzionare questo modello è necessario un forte impulso centrale, proveniente dalla Regione: in buona sostanza non essendoci una funzione autonoma, alla quale siano attribuiti obiettivi, siano forniti strumenti per raggiungerli e nei confronti della quale si proceda a valutazione dei risultati prodotti, è necessario che la strumentazione programmatoria regionale sia particolarmente ricca e articolata e preveda le forme in cui le autonome funzioni di erogazione dei servizi sanitari e sociali possano integrarsi nei territori.

Questo vuol dire produrre linee guida dettagliate nelle quali siano previsti obiettivi e modalità organizzative adeguate per raggiungerli; introdurre strumenti programmatici che prevedano quali e quante strutture organizzative debbano essere presenti nei vari territori; attuare una costante azione di monitoraggio del sistema per poter rapidamente predisporre gli strumenti di cambiamento che siano riconosciuti necessari al raggiungimento degli obiettivi.

Per fare questo si è ipotizzata l'utilità di uno strumento quale la Cabina di Regia dell'Integrazione Socio-Sanitaria: essa viene concepita come la struttura della Regione in cui si integrano le competenze dei soggetti istituzionali interessati alla programmazione e alla gestione delle attività socio sanitarie.

Questi soggetti vengono individuati nel Servizio Salute, nel Servizio Politiche Sociali e nell'Agenzia Regionale Sanitaria: ad essi nella Cabina di Regia si aggiungeranno le Aziende Sanitarie responsabili della gestione delle azioni programmate a livello centrale: si tratta dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e dell'Istituto Nazionale di Ricovero e Cura per Anziani (INRCA). I rispettivi Dirigenti e Direttori Generali compongono la Cabina di Regia e sono depositari del potere di approvare i documenti preparati dai vari Gruppi di Progetto in cui la Cabina si articola e attraverso i quali opera.

Questo assetto organizzativo viene sancito dalla Giunta regionale tramite la *DGR 720 del 28 giugno 2007*, intitolata "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria della Regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali"

Nel corso del lavoro di preparazione dell'istruttoria della Delibera di Giunta si era svolto tra i Dirigenti dei Servizi Regionale e dell'ARS un confronto che aveva portato a condividere il metodo di lavoro che sarebbe stato adottato. Innanzitutto si era stabilito di articolare la Cabina di Regia in Gruppi di Progetto, ciascuno dei quali avrebbe preso in considerazione o una tematica di settore specifica (Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Materno-Infantile, Non Autosufficienza, Disabilità) o tematiche "trasversali" che riguardavano il funzionamento di tutte le aree specifiche (Linee Guida Regionali sul

Governo della Domanda, Fabbisogno Informativo, Revisione Atti Normativi, Piani Comunitari per la Salute), queste ultime con lo scopo di proporre soluzioni a problematiche, talvolta già apparentemente risolte sul piano formale, ma in realtà ancora aperte: per esemplificare basta ricordare l'annoso problema dei sistemi informativi nell'ambito dei servizi per la Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche, teoricamente già disponibili da anni, nei fatti usati solo da una piccola parte dei Servizi.

Si sono costituiti dunque 9 Gruppi di Progetto:

- Fabbisogno Informativo
- Non Autosufficienza
- Revisione Atti Normativi
- Piani Comunitari per la Salute
- Linee Guida per il Governo della Domanda
- Area Materno-Infantile
- Area Disabilità
- Area Salute Mentale
- Area Dipendenze Patologiche

Sempre in questa fase si sono individuati i soggetti che dovevano far parte dei Gruppi di Progetto: si trattava in primo luogo di Dirigenti e Funzionari delegati dai responsabili di Servizio Salute, Servizio Politiche Sociali, ARS, ASUR, INRCA, naturalmente che avessero specifica competenza nelle materie trattate. Per completare il Gruppo i componenti "istituzionali", sulla base della loro esperienza e conoscenza del mondo professionale, hanno individuato alcuni professionisti (in genere non più di 2 per Gruppo) i quali non rappresentano né la Azienda di appartenenza né il loro gruppo professionale: essi sono presenti in quanto ritenuti apportatori di competenze utilizzabili per la costruzione delle ipotesi programmatiche di settore. Sempre con lo stesso criterio furono inseriti in ciascun Gruppo uno o più Coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, indicati dal Dirigente delle Politiche Sociali.

Questa scelta, fortemente ponderata, risponde alla necessità di costruire in tempi definiti proposte di soluzione dei problemi individuate e condivise dai molteplici soggetti istituzionali interessati: non sono state ritenute utili metodologie di lavoro di tipo "assembleare", nelle quali si chiamassero a concorrere a decisioni di tipo programmatico tutti i portatori di interesse a cominciare dai professionisti del settore: l'interesse precipuo è quello di rendere produttivo il lavoro di Uffici, Dirigenti, Servizi attraverso il superamento di ogni separazione operativa e la condivisione dei percorsi e dei tempi della loro esecuzione. A questo principio, nel corso dei lavori, si è derogato solo in un caso, che ha riguardato il Gruppo sulle Dipendenze Patologiche: in esso sono stati inseriti 2 rappresentanti dell'associazione (CREA) che rappresenta gli Enti del Privato Sociale che gestiscono strutture e servizi per queste patologie: questo in considerazione della particolare rilevanza che in essi di fatto assumono in questo campo, sancita tra l'altro da una innovativa normativa regionale (DGR 747/2004).

L'attività di coordinamento, come previsto dalla DGR 720/2007, è stata effettuata dal Direttore Generale dell'ARS: i componenti della Cabina di Regia hanno delegato uno o più loro rappresentanti a far parte di un Gruppo di Coordinamento Tecnico che ha tra le altre cose espresso per ciascun Gruppo di Progetto un Coordinatore, responsabile dell'organizzazione dell'attività: inoltre ha concordato una metodologia comune di lavoro, naturalmente adattabile ai vari contesti; per ciascuna area il punto di partenza doveva essere la raccolta e l'esame degli atti normativi vigenti; in seguito si sarebbe passati all'esame delle criticità presenti sia nelle norme che nella organizzazione e nella gestione; poi si sarebbero individuati gli obiettivi di sistema relativi all'area in questione, valendosi delle analisi del Gruppo e degli eventuali contributi già disponibili; a seguire la definizione dei percorsi (tecnico-organizzativi, formativi, tecnologici, normativi) da seguire per conseguire gli obiettivi dichiarati; infine la compilazione di documenti e, laddove necessario, la predisposizione di atti amministrativi, tramite i quali si sancivano le modifiche e le innovazioni proposte.

Si concordò anche sul fatto che sarebbe stato auspicabile che si procedesse ad un incontro informativo alla fine del lavoro di ciascun Gruppo di Progetto, per riportare le conclusioni all'interno del mondo dei professionisti, nelle forme e con gli scopi che fossero in sintonia con i principi della separazione delle competenze sopra enunciati.

Si partì con una riunione comune di tutti i Gruppi nel dicembre 2007: in essa il Dirigente del Servizio Salute e il Direttore Generale dell'ARS ribadirono contenuti del progetto e metodologie del lavoro da svolgersi. Si indicò come scadenza per la conclusione dei lavori la fine del 2008, pur mettendo in conto la possibilità che alcuni dei Gruppi, specie quelli che si occupavano di aree clinico-organizzative, dovessero continuare la loro attività oltre quella data.

Questo volume raccoglie e sistematizza i risultati del lavoro dei 9 Gruppi di Progetto e della Cabina di Regia. Come apparirà chiaro alla lettura, i risultati non sono stati omogenei: alcuni gruppi si sono riuniti con frequenza e continuità, altri no. Alcuni hanno da subito individuato con precisione i loro obiettivi e, di conseguenza, hanno potuto compiere i percorsi di approfondimento e di elaborazione necessari (Linee Guida sul Governo della Domanda); altri hanno ritenuto opportuno concentrarsi su alcune specifiche criticità della loro area e cercare gli strumenti per superarle (Salute Mentale, Materno-Infantile), altri hanno colto l'occasione per monitorare gli effetti di recenti atti programmatori e implementare strategie di miglioramento, delle norme e della loro gestione tecnico-organizzativa (Dipendenze Patologiche). Altri hanno trovato oggettive difficoltà a ritagliarsi un ruolo rispetto a tematiche affrontate nella Regione su molteplici tavoli (Fabbisogni Informativi).

Un discorso a parte va fatto per il Gruppo che si è occupato della Non Autosufficienza: innanzitutto ad esso hanno partecipato i componenti del Gruppo di Coordinamento Tecnico della Cabina di Regia, compreso il Direttore Generale dell'ARS, stante la parti-

colare importanza della tematica e la necessità di arrivare a risultati che si concretizzassero in proposte di utilizzazione delle risorse messe a disposizione dalla Giunta Regionale anche a seguito di trattative con i Sindacati. Inoltre i componenti di questo Gruppo che lavorano nei Servizi della Regione e all'ARS sono stati in parallelo impegnati nell'elaborazione di una progettualità per l'impiego delle risorse rese disponibili ad hoc nell'ambito del Fondo Sanitario Regionale per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, a domicilio, nelle Residenze Protette, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. Questa attività, pur non potendosi ricomprendere formalmente tra quelle della Cabina di Regia, è stata correlata strettamente ad essa e portata avanti utilizzando le analisi e le elaborazioni avvenute in quella sede.

Il giudizio complessivo che si sente di esprimere chi ha coordinato l'intera attività parte dalla considerazione che per la prima volta nelle Marche sui temi dell'Integrazione socio sanitaria si è prodotta una mobilitazione finalizzata, delle istituzioni e delle professionalità che vi lavorano; nel giro di poco più di un anno è stata messa a disposizione dei decisori politici una grande quantità di documenti, che da una parte segnano il punto di arrivo dell'elaborazione culturale, progettuale e specificamente tecnica che si è prodotta nelle Marche su questi temi (e che ben poco ha da invidiare a quanto sugli stessi temi si è elaborato altrove), dall'altra possono costituire le basi per un'evoluzione normativa e un miglioramento tecnico-organizzativo negli ambiti propri dell'integrazione.

Questa mole di lavoro non sempre si è tradotta in atti amministrativi che ne recepissero i contenuti: questo può essere stato percepito come un limite al lavoro svolto ed essere stato fonte di amarezza e disincanto per qualcuno dei partecipanti; tuttavia occorre riconoscere che alcune ridefinizioni delle normative sono già avvenute, che i documenti sono comunque a disposizione di chi volesse usarli in un prossimo futuro (e questo volume servirà anche a rinforzare questo dato) e infine che è del tutto normale che una simile mole di proposte, peraltro completata in tempi così brevi, debba attendere i tempi dell'azione politico-amministrativa per divenire operativa.

Dr. Maurizio Belligoni
Direttore Generale ARS Marche

Organizzazione e gestione dei servizi integrati sanitari e sociali

L'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale risente di una forte "asimmetria" che si può cogliere su diversi piani.

Una prima asimmetria è quella *istituzionale* e riguarda in parte il non aggiornamento dei LEA sanitari (presentati nell'aprile scorso e non ancora pubblicati), ma soprattutto la mancanza dei Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali (LIVEAS) previsti dalla L. 328/00: non è possibile che i diritti sanitari siano definiti e, sostanzialmente, esigibili (prescindendo in queste sede dalla qualità) mentre nulla si dice sui diritti sociali.

La seconda asimmetria è di natura *amministrativa*, anche se collegata a scelte istituzionali forti che mantengono a livello dei Comuni le competenze sociali e assegnano alle Aziende Sanitarie Locali quelle sanitarie. La diversa natura tra Comuni e Aziende pone seri problemi in tutte le regioni italiane, anche se i modelli di integrazione sono diversi... e problemi maggiori si pongono nella gestione delle politiche regionali in questi due settori in considerazione dell'asimmetrico rapporto con la Regione tra la responsabilità autonoma dei Comuni per il sociale e la "dipendenza" strutturale delle ASL dalla Regione.

Un'altra asimmetria è quella *finanziaria*, storicamente consolidata per cui il rapporto tra spesa sociale e spesa sanitaria è, nella gran parte del Paese, superiore a 1 a 40 (per ogni euro speso nel sociale se ne spendono 40 in sanità), per di più con una struttura della spesa sanitaria molto più rigida e stabile di quella sociale.

La quarta asimmetria è *organizzativa* e riguarda l'articolazione dei servizi: molto più strutturata, stabile e dedicata quella della sanità e molto più leggera, flessibile, polifunzionale e precaria quella del sociale. Ci sono i pro e i contro di ogni modello organizzativo, ma risulta evidente che la generale fragilità del sistema dei servizi sociali viene spesso "stritolata" nei rapporti con la diffusa rigidità del sistema dei servizi sanitari.

Un'ultima, non meno importante, è l'asimmetria *professionale* che fa riferimento sia allo squilibrio tra la presenza dei profili delle professioni sanitarie e la mancanza dei profili delle professioni sociali (anch'essi previsti dalla L.328/00), sia alla carente volontà e capacità di collaborazione tra le professionalità all'interno e tra i due sistemi di servizi, sia alla diversa tutela e garanzia contrattuale che spesso caratterizza (ancora a vantaggio della sanità) le due aree di servizio alla persona.

Anche il "modello" marchigiano di integrazione tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema risente di queste asimmetrie che assumono aspetti specifici, a fronte di un'organizzazione normativa che si è andata, progressivamente, orientando in una prospettiva unitaria.

Infatti i due piani regionali di programmazione sanitaria e sociale, seppure approvati a distanza di un anno, nel 2007 e nel 2008, hanno mantenuto la caratteristica di avere

ognuno un ampio capitolo dedicato all'integrazione sociale e sanitaria, strutturati in modo analogo e speculare e concepiti in modo unitario; d'altra parte rimangono incongruità e resistenze che possono essere superate solo con una "manutenzione" ordinaria e straordinaria fatta con continuità e coerenza.

Il Piano Sanitario 2007/2009: Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute dei cittadini marchigiani (D.A.C.R. n. 62 del 31/07/07), pone l'integrazione sociale e sanitaria tra gli obiettivi strategici, infatti:

"Il piano sanitario, in coerenza con vincoli e opportunità, e secondo l'orientamento dell'integrazione dei servizi in rete, privilegia:

- (...) interventi nell'ambito territoriale, per procedere alla riorganizzazione delle attività territoriali nella logica del "distretto integrato", e rafforzare l'intervento nell'ambito dell'assistenza primaria collettiva potenziando l'area della sanità pubblica, della veterinaria e della sicurezza alimentare;
- interventi nell'ambito socio-sanitario, per proseguire nel processo di integrazione tra componente sociale e componente sanitaria, garantendo la centralità del livello operativo di intervento del Distretto/Ambito Territoriale Sociale. Nello stesso tempo, si pone l'esigenza del livello sovrazonale per il necessario raccordo con le attività clinico-sanitarie, soprattutto per realizzare il network socio-sanitario che integra le realtà presenti sul territorio; (...)"

Nello specifico della programmazione integrata sociale e sanitaria, il Piano Sanitario indica chiaramente che "Occorre passare dal PAD (Programma delle Attività Distrettuali, redatto dal Direttore di Distretto) e dal PdA (Piano d'Ambito, redatto dal Coordinatore d'Ambito Territoriale) ai Piani Comunitari per la Salute, sviluppati anche a livello di Area Vasta, letture integrate dei bisogni e della domanda sanitaria e sociale e strumenti per individuare criticità, obiettivi di salute e risorse per conseguirli, scritti da entrambi i Dirigenti".

Ancora nella parte generale del Piano Sanitario vengono individuate le linee di intervento strategiche, trasversali a tutta l'integrazione socio-sanitaria:

- Definizione, con atti formali della Regione, dei Livelli Essenziali di Assistenza Socio-Sanitaria
- Linee guida per arrivare all'unificazione degli strumenti programmatori e per affidare le responsabilità in materia di accesso unico, di valutazione e di presa in carico
- Individuazione degli strumenti per il finanziamento dell'area dell'Integrazione (finanziamento congiunto di Ambito e Distretto ovvero Budget di Distretto e Bilancio Sociale e loro successiva gestione unitaria)
- Accesso e accoglienza territoriale integrati tra sociale e sanitario
- Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria
- Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria.

Il capitolo del Piano Sanitario dedicato all'integrazione sociale e sanitaria ha una parte generale, di "sistema" ed una parte specifica, per settori di intervento, che delinea obiettivi e azioni specifiche per ogni settore, ma coerenti con l'impianto generale.

Il **Piano Sociale 2008/2010: Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, consolidamento e integrazione delle politiche di welfare** (D.A.C.R. n. 98 del 27/07/08), sul versante dell'integrazione sociale e sanitaria si pone in continuità e in complementarietà con il Piano Sanitario approvato l'anno precedente e ha come obiettivo primario quello del consolidamento del sistema dei servizi sociali, anche per ovviare alle asimmetrie di cui si è scritto all'inizio, ma anche quello di una adeguata innovazione.

Oltre al consolidamento e all'innovazione dell'assetto istituzionale e dell'assetto operativo, il Piano sociale si pone l'obiettivo **del consolidamento e dell'innovazione della rete socio-sanitaria:**

- Principi generali di riferimento dell'integrazione sociale e sanitaria
- Contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria
- Assetto istituzionale
- Programmazione integrata sociale e sanitaria
- Processi, percorsi, procedure
- Organizzazione e gestione
- Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento.

Il **"modello marchigiano" di integrazione socio-sanitaria**, sulla base delle scelte operate dal governo regionale per la programmazione sanitaria e sociale, in estrema sintesi, può essere descritto dalle seguenti caratteristiche:

- Mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS);
- Conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Zone/Distretti, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- Non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- A livello territoriale non contempla una "linea produttiva" socio-sanitaria, ma va progressivamente implementato il "sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria": **un'area comune da valorizzare e gestire insieme tra sociale e sanitario;**
- Mantiene nel Distretto/Ambito Territoriale Sociale il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

Un atto che ha cercato di mettere ordine e sistematizzare meglio la materia della integrazione sociale e sanitaria nella Regione Marche è la **D.G.R. n. 720/07 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Pri-**

mi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali". In questo atto la Regione, per dare consolidamento e sviluppo alle politiche e ai servizi di integrazione socio-sanitaria nella regione Marche, definisce:

- l'assetto organizzativo e le relazioni tra le strutture regionali e territoriali impegnate nell'integrazione socio-sanitaria;
- la composizione e l'attività della "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria;
- il piano di lavoro e le priorità in tema di integrazione socio-sanitaria da sviluppare in sinergia con l'approvazione e l'avvio del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sociale Regionale.

La D.G.R. n. 720/07 rispetto all'assetto organizzativo e alle relazioni tra strutture regionali e territoriali impegnate nell'integrazione socio-sanitaria delinea un modello che tiene conto della situazione esistente, ma che cerca di dare organicità e corrispondenza ai diversi riferimenti territoriali: regionali e locali.

È sempre nella D.G.R. n. 720/07 che viene proposta una lettura coerente dell'assetto attuale del territorio tra sociale e sanitario.

Il centro della relazione tra sociale e sanitario è il rapporto tra Ambito Territoriale Sociale, con il suo Coordinatore d'Ambito ed il Distretto Sanitario, con il Direttore di Distretto: due entità distinte, ma fortemente legate. Al Distretto Sanitario fa riferimento tutta l'organizzazione della Sanità che si confronta con il Sociale (nelle Marche ci sono le Zone Territoriali dell'unica Azienda Sanitaria Regionale, distinte nei vari Dipartimenti - DSM, DDP, Prevenzione... - e Ospedali) e all'Ambito Territoriale sono collegati i vari Comuni con i propri servizi, ma è l'Ambito che si raccorda con la Sanità.

Il quadro dell'assetto territoriale è completato da un lato dal livello politico: strutturato con la Conferenza dei Sindaci (di livello Zonale) per la sanità e con il Comitato dei Sindaci (a livello di Ambito Territoriale Sociale) per il sociale; e dall'altro dal livello della partecipazione della cittadinanza: i tre "pilastri" del terzo settore (organismi del volontariato, la cooperazione sociale e l'associazionismo di promozione sociale) le altre formazioni sociali (sindacati, fondazioni...) e i cittadini in forma più o meno organizzata.

Questi sono i "soggetti" ed i "portatori di interessi qualificati" che entrano in gioco nel modello marchigiano di integrazione sociale e sanitaria a livello territoriale.

In questa logica complessiva le "Reti integrate in sanità" previste dalla programmazione sanitaria della Regione Marche sono quattro: il network territoriale socio-sanitario, finalizzato ad intercettare fragilità e cronicità, il network prevenzione, il network emergenza-urgenza e il network clinico per l'acuzie.

Il network territoriale socio-sanitario è, a sua volta, costituito da una serie articolata e fortemente connessa di soggetti diversi, unità operative, collegate con il sociale.

Il lavoro di implementazione dei Piani Regionali Sanitario e Sociale ha progressivamente messo a fuoco gli obiettivi delle reti territoriali di integrazione sociale sanitaria:

- Rete territoriale con centralità su bisogni/utenti

- Rete territoriale come centro d'accessibilità al sistema
- Semplificazione dei percorsi
- Continuità delle cure

In questa prospettiva un apposito gruppo di lavoro integrato, sociale e sanitario, ha individuato le “strutture” delle reti integrate che possono governare la domanda socio-sanitaria dando unitarietà e continuità al processo di accoglienza, valutazione e presa in carico:

- Punto Unico di Accesso (PUA)
- Unità Valutativa Integrata (UVI)
- Piano Assistenziale Individuale (PAI)

Queste “strutture” sono inserite in uno “schema logico unitario” dei percorsi delle reti integrate, che definisce i macro processi, distinguendoli per struttura e definendo le corrispondenti procedura e attività, nonché i livelli erogativi per l'area sanitaria e per l'area sociale.

Per cui i macro processi assegnati alla struttura Punto Unico di Accesso quali: l'accesso, l'accoglienza, l'ascolto, l'informazione, l'accompagnamento, l'orientamento, la raccolta di segnalazioni, la gestione della domanda e l'attivazione di prestazioni in risposta a bisogni semplici; trovano corrispondenza in procedure e attività analoghe, quando non le stesse, per l'area sociale e per l'area sanitaria con l'erogazione delle rispettive prestazioni previste o l'invio all'Unità Valutativa Integrata (territorialmente collocata nel Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale) per le risposte ai bisogni complessi. Effettuata la valutazione multidimensionale viene elaborato il Piano Assistenziale Individuale unitamente ai Servizi dell'integrazione sociale e sanitaria coinvolti, con la definizione: delle azioni, degli attori, del percorso, dell'*end point*, della dimissione protetta, del monitoraggio.

Rispetto all'integrazione sociale e sanitaria è indispensabile collocare il “modello di riferimento” appena tratteggiato e le questioni collegate all'organizzazione e alla gestione dei servizi in una prospettiva organica, evidenziando le interconnessioni e le necessarie coerenze di sistema.

Le quattro aree di “conoscenza” proposte si configurano come elementi costitutivi di un sistema compiuto di governo dei servizi integrati socio-sanitari e, per questo, devono essere gestite in modo unitario, sia sul versante istituzionale (a livello regionale e locale) che su quello professionale (in una logica multidisciplinare):

- **Sistema tariffario:** un sistema tariffario, calibrato sui diversi fattori di produzione e organizzazione dei servizi, all'interno di una cornice unitaria che permette una comparazione tra settori e tipologie di servizi.
- **Autorizzazione/Accreditamento:** un percorso di autorizzazione e accreditamento dei servizi adeguato e rispondente all'articolazione delle risposte prevista dalle normative generali e di settore.
- **Fabbisogno:** la definizione dell'atto di fabbisogno che quantifica le necessità per i diversi livelli dell'intervento e le diverse tipologie di servizi dei settori dell'integrazione socio-sanitaria.

grazione socio-sanitaria.

- **Sistema informativo:** un sistema informativo appropriato per l'integrazione socio-sanitaria e integrato con i diversi sistemi, in grado di garantire il monitoraggio dei servizi e delle attività realizzate e di supportare la programmazione.

Nella corretta prospettiva di governo dell'integrazione sociale e sanitaria le quattro dimensioni citate vanno “tenute insieme” tanto più se si riflette su difficoltà, tipiche dell'assistenza territoriale in relazione a quella ospedaliera, che diventano ancora più incisive per l'area socio-sanitaria, quali: determinare le dimensioni oggettive dei regimi assistenziali distinti per tipologie di destinatari, identificare le prestazioni, valutare quantitativamente le attività e gli interventi, validare in modo unitario e comparabile i criteri di rilevamento...

Il modello marchigiano di integrazione sociale e sanitaria è stato costruito sulla base di esperienze locali e di riflessioni complessive a livello regionale; la sua implementazione è tuttora in corso... “in cammino” verso l'integrazione sociale e sanitaria necessaria e possibile.

Dott. Stefano Ricci
ARS Marche

Gruppo di Progetto Fabbisogno informativo

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Definizione complessiva del fabbisogno informativo sulle tematiche dell'integrazione socio-sanitaria e delle modalità con cui organizzare e gestire la raccolta dei dati e la gestione dei flussi informativi

Riferimenti normativi

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 - Istituzione Nuovo Sistema Informativo Sanitario
- PSR 2007-2009 - VII.2.4 Sistema informativo assistenza territoriale - VIII.7 Il governo delle liste di attesa
- DGR 720/07 - Istituzione cabina di regia socio-sanitaria
- Legislazione nazionale sui flussi /indicatori

Obiettivi/Prodotti

Individuazione del complessivo fabbisogno informativo nell'area socio-sanitaria con:

- progettazione e implementazione di flussi informativi che consentano il monitoraggio dell'attività socio-sanitarie sia su aspetti "trasversali" quali, in particolare: ADI, Residenzialità, Dati di attività e prestazioni socio-sanitarie, protocolli e accordi locali sulla gestione delle attività socio-sanitarie..., che per settori di intervento: Materno infantile, Disabilità, Salute mentale, Dipendenze patologiche, Anziani...
- progettazione e implementazione di database che raccolgano informazioni sull'utenza e sulle prestazioni erogate, in maniera capillare e con caratteristiche che consentano di ricavare informazioni non solo di tipo quantitativo e di collegarle agli aspetti finanziari
- individuazione di un unico punto (contenitore) che gestisca le banche dati e che consenta l'accesso ai fruitori di sistema in ragione delle specifiche necessità

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Stefano Ricci

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo - Predisposizione schema generale del fabbisogno complessivo distinto per tipologie di dati e settori di rilevazione
- Ricognizione flussi informativi, sistemi informativi di settore attivi e progettati,

dati, materiali e documenti prodotti in questi anni a livello regionale e disponibili per la sistematizzazione unitaria con verifica di congruità tra Enti e verso istituzioni

- Eventuale divisione del Gruppo in sottogruppi di lavoro rispetto agli "argomenti" o, comunque, divisione del lavoro tra i componenti
- Lavoro per sottogruppi o personalmente secondo indici omogenei e scambio continuo per favorire lo sviluppo unitario, eventuali contatti con soggetti competenti esterni al gruppo
- Confronto con Cabina di Regia su prime risultanze del lavoro
- Progettazione dei flussi informativi nell'ambito del sistema informativo assistenza territoriale e socio-sanitaria e dei database collegati.
- Verifica delle coerenze con il sistema informativo previsto dal Piano Sanitario Regionale 2007-2009
- Presentazione proposta definitiva di progettazione alla Cabina di Regia
- Avvio dell'implementazione della progettazione operativa

Note

Nella predisposizione dello schema generale del fabbisogno informativo complessivo definire le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Stefano Ricci*	ARS
Alberico Marcobelli	ARS
Federico Palazzo	ARS
Gianfranco Leonelli	Servizio Salute
Mario Stucchi	Servizio Salute
Giovanni Pozzari	Servizio Politiche Sociali
Alessandro Giuggioli	ASUR
Alessandro Marini	ASUR
Donella Pezzola	ASUR
Vincenzo Rea	ASUR
Cesare Rapagnani	Ambiti Territoriali Sociali

*Coordinatore

Attività

Le attività del Gruppo si sono sviluppate attraverso una ricognizione della situazione esistente e di un confronto sui possibili percorsi di progettazione operativa rispetto alla individuazione del fabbisogno informativo e alla organizzazione degli strumenti per il perseguimento degli obiettivi prefissati.

Il Gruppo si è articolato anche con attività in due sottogruppi ed ha acquisito molta documentazione pubblica, di livello nazionale e regionale, oltre a contributi personali dei componenti.

Il Gruppo si è incontrato in plenaria sei volte e nell'ultima riunione ha validato il documento finale, articolato in due parti sviluppate dai due sottogruppi.

Rispetto agli obiettivi definiti nella fase iniziale il Gruppo ha dovuto fare i conti con una situazione in cui le asimmetrie presenti tra l'area della sanità e l'area del sociale si manifestano anche nell'ambito dei sistemi informativi: più strutturato quello della sanità (ma quasi esclusivamente sul versante dell'area ospedaliera mentre solo in questa fase stanno emergendo riferimenti per alcune dimensioni dell'area territoriale - dipendenze patologiche, assistenza residenziale extraospedaliera...) e ancora in avvio quello del sociale (con i progetti del Sistema informativo nazionale sui servizi sociali per le non autosufficienze - SINA - e del Sistema informativo nazionale sulla cura e la protezione dei bambini e delle loro famiglie - SINBA -). A questa situazione, già articolata e complessa, va aggiunto il ruolo importante che, nella nostra regione svolge il Sistema Informativo Statistico regionale. Per questi principali motivi strutturali il percorso del Gruppo di Progetto si è fermato ad una fase di identificazione della problematica e di indicazione delle possibili linee di costruzione o di integrazione di un sistema informativo che si occupi in modo adeguato dell'integrazione socio-sanitaria.

Scheda di riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto il documento "Il Fabbisogno Informativo" articolato in due parti sviluppate dai due sottogruppi in cui si è strutturato:

- A - Gestione operativa del monitoraggio dell'attività sanitaria a breve/medio periodo per la parte dell'integrazione socio-sanitaria.
- B - Implementazione delle procedure per sistematizzare e qualificare i flussi attivati, collegati ad adempimenti normativi nazionali e regionali.

Contenuti qualificanti

- Il Gruppo è intervenuto su alcune necessità con proposte a breve e medio termine per:
- l'individuazione di possibili indicatori socio-sanitari nel breve periodo,
 - il consolidamento degli adempimenti relativi ai debiti informativi istituzionali,

- la definizione procedure per il coordinamento dei flussi informativi esistenti e possibili modalità di implementazione dei flussi informativi da attivare nell'ambito dell'NSIS.

Il documento elaborato ha evidenziato, tra l'altro: la necessità di una classificazione unica delle strutture e di una definizione del fabbisogno minimo di informazioni per le diverse aree di utenza interessate dalle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; il bisogno di ridefinire responsabilità e procedure per la qualificazione e la messa a regime dei flussi informativi ministeriali attivati e delle possibili evoluzioni dei flussi ancora da attivare, mantenendo una visione d'insieme unitaria e coerente.

Sviluppi previsti

La Cabina di Regia dovrebbe esprimersi sui contenuti del documento presentato dal gruppo ed in particolare su:

- acquisizione dei dati di base e costruzione degli indicatori previsti relativamente al punto "A"
- schema organizzativo dei contenuti informativi e percorso operativo per l'attivazione dei flussi, relativamente al punto "B"

Le decisioni prese dalla Cabina di Regia dovrebbero essere formalizzate con atti specifici (decreti?) coordinati e coerenti dei diversi servizi competenti: Servizio Salute, Servizio Politiche Sociali, Agenzia Regionale Sanitaria, Azienda Sanitaria Unica Regionale.

Note

I tempi di attivazione dei nuovi flussi ministeriali nell'ambito del NSIS relativi a Banca dati prestazioni residenziali e semiresidenziali e al Sistema Informativo per l'Assistenza Domiciliare (SIAD) sembrano essere imminenti, per cui la Cabina di Regia dovrebbe definire al più presto le responsabilità (a livello di Regione, di ASUR e di Zone) e le procedure per favorire la loro implementazione.

Gruppo di Progetto Fabbisogno informativo

Documento finale

Premessa generale

Al Gruppo di Progetto sul “Fabbisogno Informativo” è stato dato il compito di suggerire risposte sia a breve che a medio termine ad alcune necessità:

- consolidamento dell’adempimento dei debiti informativi istituzionali;
- coordinamento dei flussi informativi esistenti;
- sistematizzazione e qualificazione dei flussi attivati.

I documenti elaborati dal sottogruppo “Fabbisogno informativo socio-sanitario di breve periodo” hanno evidenziato la necessità di una classificazione unica delle strutture e di una definizione del fabbisogno minimo di informazioni per le diverse aree di utenza interessate dalle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. I documenti del sottogruppo “Debiti informativi e flussi informativi socio-sanitari” hanno dato una visione d’insieme delle problematiche legate ai flussi attivati e delle possibili evoluzioni dei flussi ancora da attivare.

A - Gestione operativa del monitoraggio dell’attività sanitaria a breve/medio periodo per la parte dell’integrazione socio-sanitaria

In relazione alla *gestione operativa del monitoraggio dell’attività sanitaria a breve/medio periodo per la parte dell’integrazione socio-sanitaria* la proposta tecnica scaturita dal gruppo di progetto si articola in una serie di indicatori che, nel macro livello “Assistenza territoriale e sociosanitaria”, sondano alcune dimensioni (Miglioramento-Accessibilità; Orientamento-Offerta; Appropriately produzione; Qualità/Risultato) comuni anche agli altri macro livelli assistenziali.

Sono state predisposte due batterie di indicatori: una più ampia con finalità di monitoraggio operativo ed una più sintetica (quella presentata), con un indicatore per dimensione, utile per una funzione di “governo”.

Alcuni indicatori sono stati già validati all’interno del percorso del budget 2008 delle aziende sanitarie.

Rispetto ad alcune delle aree “coperte” dagli indicatori individuati (Territorio, Unità Valutative Integrate, Cure domiciliari, Residenzialità per non autosufficienti, Area Materno-infantile, Area Disabilità, Area Salute Mentale, Area Dipendenze Patologiche) il Gruppo di progetto ha fatto alcune precisazioni necessarie al raccordo con i flussi informativi socio-sanitari strutturati (sia collegati a debiti informativi istituzionali che alle sperimentazioni in atto a livello regionale:

- *Cure domiciliari* - La necessità di attivare una ricerca periodica puntuale a partire dalla scheda predisposta dal Gruppo di Progetto sulla non autosufficienza ha portato ad

individuare indicatori collegati a quella scheda anche se, da un lato è in corso un suo aggiornamento da parte del sottogruppo Domiciliarità di uno dei Gruppi di Progetto della Cabina di Regia del Territorio e, dall’altro, sembra imminente l’approvazione di un Decreto Ministeriale che dovrebbe rendere obbligatorio un nuovo flusso informativo nazionale, denominato SIAD (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare) centrato sul paziente e sulle prestazioni erogate. Nella prospettiva di una corretta implementazione di questo flusso il Gruppo ha proposto di verificare la possibilità di utilizzare le potenzialità del “Sistema delle Cure Primarie”; l’applicativo web presente presso la ZT 13. L’ing. Leonelli, per il Gruppo di Progetto, ha verificato la disponibilità dei funzionari competenti della Zona ad un incontro per analizzare la loro soluzione: oltre all’analisi della componente relativa all’ADI esiste anche una componente relativa alle RSA; stanno predisponendo una modifica per realizzare un “estrattore” per produrre le informazioni da inviare al ministero secondo le ultime indicazioni dello stesso. Appare importante non perdere questa opportunità per valutare uno strumento potenzialmente utile a rendere operativo un flusso attualmente difficilmente organizzabile.

- *Residenzialità per non autosufficienti* - Il Gruppo di Progetto ha raccomandato di portare a termine la ricodificazione e la riclassificazione delle strutture residenziali sanitarie e sociali, non solo dedicate ai non auto-sufficienti, e alla implementazione del software (già sviluppato dall’Agenzia Regionale Sanitaria) per la gestione informatizzata delle procedure di autorizzazione e accreditamento. Per la necessità di costruire flussi informativi dalla residenzialità per anziani analoghi alle SDO si può cogliere l’occasione della valutazione del software del “Sistema delle Cure Primarie”; nel frattempo è stata data l’indicazione ai Gruppi di Progetto competenti di modificare gli allegati del modello di convenzione di cui alla DGR 704/06.

- *Area Materno-infantile* - Probabilmente è l’area dove è più difficile organizzare adeguati flussi informativi anche per la mancanza di un assetto organizzativo omogeneo e costante sul territorio regionale, sia rispetto ai servizi sanitari che a quelli sociali. Potranno essere utili due opportunità: il documento del Gruppo di Progetto sul Materno-Infantile che propone un atto relativo alla “organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità”; la implementazione della Banca dati per i minori fuori dalla famiglia predisposta dall’Osservatorio delle Politiche Sociali dell’Agenzia Regionale Sanitaria.

- *Area Disabilità* - La non omogeneità dell’organizzazione territoriale dei servizi socio-sanitari destinati ai disabili è, anche per quest’area, uno degli elementi di maggiore difficoltà per l’implementazione di flussi informativi coerenti ed integrati. Il Gruppo di Progetto ha richiamato la necessità di avviare la sperimentazione regionale di qualche flusso specifico collegato alla attività delle UMEE e delle UMEA.

- *Area Salute Mentale* - È stato attivato un rapporto con il competente Gruppo di Progetto della stessa Cabina di Regia per l’integrazione socio-sanitaria e si è convenuti nella necessità di consolidare e portare a regime il SISP (Sistema informativo servizi psichiatrici) delle Marche.

- *Area Dipendenze Patologiche* - Anche in questo caso c'è stato un collegamento con il competente Gruppo di Progetto della stessa Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria. D'altra parte la presenza di un flusso ministeriale già operativo e da attivare quale il SIND, Sistema Informativo Nazionale Dipendenze, rappresenta da un lato un impegno forte, ma dall'altro una strada già segnata.

All'orizzonte di tutto il lavoro del Gruppo di Progetto è rimasta sempre la prospettiva del Data Warehouse regionale sanitario che potrà coprire anche i settori socio-sanitari, ma fin dall'inizio è stato chiarito, dai componenti del Gruppo di Progetto che partecipano alla Cabina di Regia dell'ICT, che quella è la sede deputata allo sviluppo di questa opportunità mentre le competenze di questo Gruppo di Progetto potranno essere utilizzate rispetto ai contenuti specifici dei diversi settori.

Macro livello: Assistenza territoriale e sociosanitaria

Territorio					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità	Liste di attesa: Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali traccianti e di alta complessità (indice di performance): - RMN colonna - prima visita oncologica - TAC cerebrale - ecodoppler tronchi sovraortici e vasi periferici - visita cardiologica - visita oculistica - esofagogastroduodenoscopia - ecografia addome				
Orientamento Offerta					
Appropriatezza produzione	Miglioramento appropriatezza prescrittiva farmaceutica convenzionata: Differenziale con la migliore performance regionale del costo procapite per le prime 5 categorie ATC (in ordine decrescente di costo)				
	Miglioramento appropriatezza utilizzo dei livelli di assistenza - Tasso standardizzato ricoveri prevenibili: - asma - diabete - scompenso cardiaco				
Qualità/Risultato					

Verso le Unità Valutative Integrate (UVI)					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità	Numero di pazienti valutati nel periodo distinti per tipologia		Avvio della conoscenza sull'attività valutativa distrettuale		
Orientamento Offerta	Numero di incontri dell'UVI nel periodo		Avvio della conoscenza sull'attività valutativa distrettuale		
Appropriatezza produzione	Presenza MMG	Presenza MMG su N° sedute x 100	Avvio della conoscenza sull'attività valutativa distrettuale		
	Presenza Operatore Servizi Sociali	Presenza operatore sociale dell'Ambito Territoriale Sociale su N° sedute x 100	Avvio della conoscenza sull'attività valutativa distrettuale		
Qualità/Risultato					

Cure domiciliari					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità	Percentuale di MMG che fanno Cure domiciliari (CD)	N° di Medici convenzionati che percepiscono compensi per CD su N° complessivo Medici convenzionati (distinte tra: Ass. Domiciliare Programmata (ADP) - Ass. Domiciliare Integrata (ADI))	Copertura dei MMG sul territorio rispetto alle CD		
Orientamento Offerta	Percentuale di soggetti con età > 65 anni trattati con CD (distinte tra: Cure Prestazionali - Cure integrate I livello - Cure integrate II livello)	N° soggetti con età > 65 anni trattati con CD su Popolazione residente di età >= 65 anni	La conoscenza dell'incidenza delle diverse tipologie di CD permette di calibrare interventi di sostegno e investimento rispetto ai bisogni		
Appropriatezza produzione	Durata media del ciclo di cura in ADI	Sommatoria Giornate presa in carico di ciascun paziente ADI su N° totale di soggetti trattati con ADI	Aiuta a comprendere il livello di complessità di assistenza erogata		
Qualità/Risultato	Copertura delle Cure domiciliari	N° di Distretti che offrono CD su Totale Distretti (CD distinte tra: Cure Prestazionali - Cure integrate I livello - Cure integrate II livello)	Verifica della necessità di sostegno e investimento rispetto ai bisogni		

Residenzialità per non autosufficienti					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità	Utenti in lista di attesa	Valore assoluto e percentuale rispetto al numero di strutture al netto di quelle che non hanno lista di attesa	Indica l'eventuale necessità di incremento di PL e la possibilità di orientare le richieste verso altre tipologie di risposte		
Orientamento Offerta	Indice di dotazione dei posti letto per anziani non autosufficienti	Posti letto in RP e in RSA per 1.000 residenti anziani	LEA integrato con le RP		
	Indice di istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	Anziani non autosufficienti presenti in struttura per 1.000 residenti anziani			
Appropriatezza produzione	Tasso di utilizzo	N° Ospiti su N° Posti letto			
Qualità/Risultato	Indice del livello di assistenza socio-sanitaria (INF-OSS)	Unità di personale sanitario equivalente per giornata di degenza e per ospite presente	Aiuta a comprendere il carico socio-sanitario richiesto dalla tipologia di ospiti presenti nelle strutture		

Area Materno-infantile					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità	Indicatore dell'attrattività del servizio	N° di gravidanze seguite* su N° nati nel territorio del Distretto Sanitario * per gravidanze seguite si intendono le gravidanze seguite presso la struttura con un minimo di 3 visite	Rilevanza del ruolo dell'Area materno infantile nel territorio di riferimento		
Orientamento Offerta	Incidenza e prevalenza dei minori fuori dalla famiglia (per tipologia: affidamento familiare, accoglienza residenziale, adozione nazionale, adozione internazionale) per ogni équipe integrata d'ambito istituita ai sensi della DGR 1896/02	Incidenza: N° minori che nel periodo vengono allontanati dalla famiglia sul N° di minori residenti nel territorio Prevalenza: N° di minori che nel periodo sono allontanati dalla famiglia sul N° di minori residenti nel territorio Indicatori distinti per tipologia	Operatività delle Equipe integrate d'ambito rispetto ai minori fuori dalla famiglia		
Appropriatezza produzione	Rispetto dei tempi di risposta per le pratiche di idoneità per l'adozione internazionale	Numero di pratiche di idoneità per l'adozione internazionale concluse entro 90 giorni su numero totale delle richieste del trimestre precedente (per Zona Territoriale)	Operatività delle Equipe integrate d'ambito rispetto alle famiglie		
Qualità/Risultato	Distribuzione delle nascite per modalità del parto	N° di parti per tipologia su N° totale di parti	Monitoraggio parti cesarei		

Area Disabilità					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità		N° ore attività settimanali dei Centri di riabilitazione su N° utenti dei Centri di riabilitazione (distinto tra età evolutiva ed età adulta)	Copertura territoriale dei Centri di Riabilitazione (N.B. Anche ambulatoriali?)		
Orientamento Offerta	Destinatari intervento per tipologia nelle UMEE e nelle UMEA		Avvio monitoraggio attività UMEE-UMEA		
Appropriatezza produzione					
Qualità/Risultato		N° dimessi dai Centri di riabilitazione su N° utenti dei Centri di riabilitazione (distinto tra età evolutiva ed età adulta)			

Area Salute Mentale					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità	Offerta specialistica e rapporto tra ore offerta e abitanti	Valore assoluto e N° ore offerta su N° residenti			
	Rilevazione dati Strutture residenziali/semiresidenziali psichiatriche (Numero e posti letto)	Valore assoluto e Valore percentuale per tipologia			
Orientamento Offerta	Ricoveri nell'SPDC: residenti nella propria Zona Territoriale e in SPDC diversi da quello di residenza (Marche e fuori regione)	Valore assoluto e Valore percentuale			
	Ricoveri di pazienti in Case di cura psichiatriche	Valore assoluto e Valore percentuale rispetto al totale dei ricoverati			
Appropriatezza produzione	Ricoveri di pazienti con DRG psichiatrici in reparti diversi dall'SPDC	Valore assoluto e Valore percentuale			
Qualità/Risultato					

Area Dipendenze Patologiche					
Dimensioni	Indicatori	Numeratore e denominatore	Razionale	Disponibilità	Fonte Dati
Miglioramento Accessibilità	Nuovi utenti STDP	N° nuovi utenti complessivi dei STDP su N° utenti complessivi dei STDP x 1.000 (definizione di nuovo utente SESIT)			
Orientamento Offerta	Utenti STDP	N° di soggetti utilizzatori di sostanze trattate nell'STDP (definizione di caso SESIT)			
	Utenti strutture private convenzionate	N° di soggetti utilizzatori di sostanze trattate nelle Comunità Terapeutiche (residenziali e diurne) (definizione di caso SESIT)			
Appropriatezza produzione					
Qualità/Risultato					

B - Implementazione delle procedure per sistematizzare e qualificare i flussi attivati, collegati ad adempimenti normativi nazionali e regionali

In relazione alla *implementazione delle procedure per sistematizzare e qualificare i flussi attivati, collegati ad adempimenti normativi nazionali e regionali* la proposta operativa scaturita dal gruppo di progetto è la seguente, strutturata in due parti:

- **schema organizzativo** dei contenuti informativi
- **percorso operativo** per l'attivazione dei flussi

Schema organizzativo

Al fine di definire il contesto organizzativo, è necessario innanzitutto definire il campo di osservazione dell'analisi:

1. Utenza: monitoraggio degli eventi legati al singolo utente-paziente (mappatura di come l'utente si muove all'interno dei vari servizi e delle varie prestazioni);
2. Personale: monitoraggio di "chi fa che cosa", anche in un'ottica di maggiore comprensione dell'utilizzo delle risorse umane del Sistema Sanitario;
3. Costi del sistema: monitoraggio di come vengono impiegate le risorse finanziarie (le Zone Territoriali non hanno ancora adottato un sistema di Contabilità Analitica, che permette di rilevare costi e ricavi secondo destinazione e provenienza dei fattori).

In linea con i più recenti indirizzi nazionali in materia di flussi informativi, è emersa l'opportunità di intercettare i dati elementari disaggregati che descrivono:

- il rapporto utente – servizio (valutazione iniziale, presa in carico, ingresso in struttura, dimissione, ecc...);
- le singole unità di personale, distinguendo l'impegno di tempo in relazione ai diversi punti di erogazione dell'offerta e alle singole attività prestazionali;
- le singole poste economiche disaggregate per Centri di Costo riferiti ai diversi punti di erogazione dell'offerta e alle singole attività prestazionali.

Partendo da questi dati elementari saranno costruiti indicatori di monitoraggio dello stato e delle tendenze evolutive del sistema di domanda e offerta.

A questo scopo si propone di creare un Data Warehouse (DWH), inteso come un sistema di gestione dei flussi contenente dati semplici da rielaborare, che sia in grado di acquisire tempestivamente i dati individuali (eventualmente non nominativi) prodotti a livello di singola unità di offerta in relazione alle singole prestazioni effettuate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Il DWH avrà funzioni di:

1. coordinamento ed accompagnamento della raccolta dati;
2. controllo e validazione dei dati;
3. organizzazione e diffusione del sistema di indicatori.

L'Agenzia Regionale Sanitaria, in quanto tecnostuttura deputata alla "gestione dei flussi informativi di interesse sanitario a supporto della programmazione sanitaria regionale" secondo la DGR 129/05, può svolgere il compito di raccogliere, monitorare, validare, elaborare e diffondere queste informazioni a tutti i soggetti interessati. L'ARS si porrà come entità, sia di collegamento tra chi fornisce il dato e chi lo analizza a fini programmatori, sia di supporto alla programmazione sanitaria regionale.

Il modello organizzativo proposto prevede 6 aree di classificazione delle informazioni:

1. Classificazione e anagrafica standard dei punti di erogazione dell'offerta.
2. Anagrafica standard degli utenti.
3. In accordo con i debiti informativi nazionali, classificazione degli eventi (utente/servizio) da monitorare. Questi contenuti dovranno essere condivisi dai diversi settori di intervento (anziani, disabili...).
4. Anagrafica standard del personale.
5. classificazione dei Centri di Costo
6. Definizione degli strumenti di valutazione del paziente da utilizzare (non soltanto per i pazienti anziani ma anche per tutte le altre tipologie assistenziali) e individuazione -classificazione delle variabili da monitorare.

Percorso operativo

Per intercettare e governare i flussi informativi socio-sanitari nel medio periodo è necessario migliorare e stabilizzare i flussi già esistenti e implementare quelli ancora in via di attivazione. (cfr. Allegato 2 - Anagrafica flussi)

I flussi da considerare per la realizzazione dello schema organizzativo sopra proposto sono:

- **Data base unico regionale dei punti di erogazione dell'offerta** sanitaria e socio-sanitaria, integrato con le procedure di autorizzazione – accreditamento – convenzione. In tal direzione l'ARS ha già realizzato un DB delle strutture residenziali e semiresidenziali autorizzate ed ha avviato un lavoro di verifica sul campo coinvolgendo le Zone territoriali. L'obiettivo finale è quello di pervenire ad un database unico (condiviso dalla Regione e dal Territorio) delle strutture operanti sul territorio regionale.
- **SISP** (flusso regionale sulla Salute Mentale): il flusso è già attivo, ma solo in 3 Zone Territoriali. Il SISP è un sistema strutturato in due sezioni: MRU (scheda utente) dove si inseriscono le anagrafiche degli utenti e FG (foglio giornaliero delle attività) per rilevare l'attività giornaliera di ogni operatore. Con un'organizzazione di questo tipo è possibile ricondurre ad ogni paziente tutte le prestazioni erogate. In linea teorica il SISP, se venisse utilizzato da tutti i DSM, potrebbe alimentare il SISM, Sistema Informativo per la Salute Mentale, elaborato dal Ministero della Salute nell'ambito del NSIS (Nuovo Sistema Informativo Statistico). Il flusso è concepito per costruire una base dati integrata, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni sia a livello di azienda sanitaria che di Regione. Ciò ritenendo che l'organizzazione della raccolta dei dati individuali, così come il cittadino li genera nelle varie fasi del suo rapporto con il SSN, permetta una valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza delle organizzazioni sanitarie e dei trattamenti dalle stesse attivati, in risposta ai bisogni di salute dell'utenza.
- **SIND** (Dipendenze patologiche): questo nuovo flusso, ancora da attivare, sostituirà tutti i precedenti flussi relativi alle Dipendenze Patologiche (ALC, SEM, SER, ANN, STR). Obiettivi generali del flusso sono di mettere a disposizione del NSIS:
 - una base dati integrata incentrata sul paziente, dalla quale è possibile rilevare informazioni, in maniera unitaria, a livello di Zona territoriale e Regione.
 - un sistema di piena condivisione delle informazioni tra Zone Territoriali, Regione e Amministrazioni Centrali basato su tracciati record di scambio che consentano la cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi usati a livello locale.

Ciò attraverso la realizzazione di un'applicazione che implementi un sistema in grado di acquisire i flussi informativi prodotti a livello locale e contenenti dati "individuali" e che garantisca gli strumenti necessari per svolgere analisi epidemiologiche. Il sistema distingue tra utenti / classe di utenza. Per rispondere al debito informativo verso il Ministero della Salute tramite il modello SIND, sono state fatte le verifiche relative alla compliance dei due sw sperimentati, EDAM e mFp. Il Gruppo di Progetto "Settore dipendenze patologiche" sta attualmente lavorando sull'implementazione del flusso SIND.

- **SIAD** (Cure Domiciliari). Il flusso deve ancora essere attivato. Lo studio di fattibilità svolto dal Ministero della Salute, coerentemente con l'evoluzione del NSIS, propone un approccio innovativo alla raccolta dei dati, introducendo il concetto di

"evento". L'evento è la situazione / momento al verificarsi della quale il livello regionale ha a disposizione un set informativo significativo che è utile condividere con il livello nazionale.

Nel corso del processo di erogazione dell'Assistenza Domiciliare si generano informazioni riguardanti i seguenti ambiti:

- Dati Anagrafici
- Dati attivazione/chiusura AD
- Diagnosi
- Prestazioni
- Valutazioni assistite

L'introduzione di una logica ad eventi permette di disporre di dati significativi senza dover attendere la conclusione del ciclo di cura o del periodo di rilevazione definito per poter effettuare le opportune analisi. Partendo dal processo di erogazione dell'Assistenza Domiciliare, è possibile individuare 5 eventi di riferimento: presa in carico, erogazione, sospensione, rivalutazione e conclusione servizio. Intorno a ciascuno di tali "eventi" sono aggregate una serie di informazioni che la singola Regione/P.A. mette a disposizione del NSIS. Al momento il progetto di fattibilità è ancora in fase di discussione. Entro il 31/12/2008 dovrebbe essere emanato il Decreto Ministeriale per la disciplina del flusso riguardante l'assistenza domiciliare ed entro 18 mesi dal 1° gennaio 2009, dovrà essere garantita l'alimentazione del SIAD su base trimestrale.

- **File R:** utilizzo e potenziamento del "Flusso assistenza residenziale e semiresidenziale" per la raccolta dei dati relativi all'assistenza residenziale e semiresidenziale, escluse quelle strutture già considerate nei precedenti flussi (salute mentale e dipendenze patologiche).

Il flusso è composto da due file: il file R1 che contiene i dati anagrafici della struttura erogante la prestazione e dell'utente, ed un file R2 che contiene i dati delle prestazioni sanitarie, con indicazione, tra l'altro, della tipologia di assistenza, della data di ammissione e di dimissione del paziente. La sezione anagrafica delle strutture dovrebbe essere "assorbita" dal database unico regionale dei punti di erogazione dell'offerta.

- **DataBase delle Valutazioni:** Al momento si tratta di un DB concettuale. La sua progettazione e implementazione sono da considerare in relazione alla ridefinizione organizzativa delle unità di valutazione e la adozione di specifici sistemi di valutazione.
- **Anagrafica dipendenti SSR:** Il flusso è a cadenza semestrale e individua tutto il personale dipendente a tempo determinato o indeterminato ed in collaborazione coordinata e continuativa del Servizio Sanitario Regionale. Sono presenti i dati anagrafici e la collocazione del personale nei centri di costo aziendali. Nella rilevazione vengono monitorate tutte le variazioni intervenute nel periodo quindi è possibile interrogare la base dati ed ottenere la situazione ad una data precisa (teste) o unità equivalenti nel periodo.

Vengono richieste anche informazioni specifiche come la percentuale di part-time

del dipendente o se è in aspettativa parzialmente retribuita o non retribuita. La base dati permette la creazione dell'elenco nominativo del personale di ruolo del Sistema Sanitario Regionale e viene inoltre resa disponibile per interrogazioni sul sito dell'Agenzia Regionale Sanitaria ma senza l'accesso ai dati personali dei dipendenti.

Tutti i suddetti flussi, dovranno integrarsi con il Data Base unico regionale dei punti di erogazione dell'offerta.

Tutti i flussi attivi verso il Ministero dovranno essere integrati all'interno del percorso operativo sopra descritto, con il duplice obiettivo di:

- non duplicare in nessun modo l'attività di rilevazione;
- fornire out univoci in tutti i contesti (Regione, ASUR, ARS, Ministero).

È necessario, inoltre, attivare un monitoraggio costante di tutte le fasi di raccolta dati e coinvolgere più attivamente i referenti delle Zone Territoriali. A questo scopo si propone di realizzare un supporto informatizzato per gli operatori, come un Forum, collegato al sito dell'Agenzia Regionale Sanitaria, in cui sia possibile aprire discussioni sui vari flussi, che coinvolga chi fornisce il dato, chi lo riceve e chi lo elabora, che permetta di offrire risposte univoche a tutti i referenti.

Gruppo di Progetto Progetto operativo sulla non autosufficienza

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Orientamento alla programmazione della qualificazione delle politiche, dei servizi e degli interventi per i cittadini anziani non autosufficienti

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII 6.6. - Accoglienza e assistenza residenziale di anziani non autosufficienti - Sistema delle cure domiciliari e anziani non autosufficienti - Sistema privato di cure domiciliari e anziani non autosufficienti
- Accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa - Monitoraggio dei servizi per gli anziani non autosufficienti
- Ordine del Giorno n. 86 del 31/07/07 approvato dal Consiglio regionale
- Ordine del Giorno n. 81 del 31/07/07 approvato dal Consiglio regionale
- Accordo con sindacati - DGR 323/05
- Piano Anziani - DGR 1566 del 14/12/2004

Obiettivi/Prodotti

Riordino complessivo dell'organizzazione dei servizi e degli interventi per gli anziani non autosufficienti attraverso la predisposizione di un atto (da proporre alla Giunta regionale) che regoli: l'articolazione e la operatività complessiva dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio rispetto all'accoglienza residenziale e semiresidenziale, alle cure domiciliari integrate (modifica DGR 606/01), alla regolamentazione dell'attività delle assistenti familiari impegnate.

La proposta di atto dovrà contenere indicazioni: sulla tipologia di strutture residenziali e sulle modalità di "copertura" dei bisogni di accoglienza residenziale, sugli standard assistenziali, sulle risorse disponibili, sulle modalità di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Giovanni Santarelli

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo - Predisposizione indice provvisorio - Divisione del lavoro tra i partecipanti rispetto agli "argomenti": Residenzialità e semiresidenzialità; Cure domiciliari integrate; Assistenti familiari; Risorse finanziarie e compartecipazione dei cittadini alla spesa

- Ricognizione materiali e documenti prodotti in questi anni a livello regionale sugli argomenti (ARS, Servizio salute, Servizio Politiche sociali, Manifestazioni Interesse ASUR...)
- Lavoro personale secondo indici omogenei e scambio continuo per favorire lo sviluppo unitario, eventuali contatti con soggetti competenti esterni al gruppo
- Predisposizione report intermedio
- Attivazione confronto con soggetti esterni
- Predisposizione atto finale alla Cabina di Regia

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Giuseppe Forti	ARS
Federico Palazzo	ARS
Riccardo Luzi	Servizio Salute
Beatrice Carletti	Servizio Politiche Sociali
Nicola D'Orazio	Servizio Politiche Sociali
Giovanna Picciotti	ASUR
Giulio Lambertucci	Ambiti Territoriali Sociali
Lamberto Pellegrini	Ambiti Territoriali Sociali
Giuliano Tacchi	Ambiti Territoriali Sociali
Valerio Valeriani	Ambiti Territoriali Sociali
Oswaldo Scarpino	INRCA

A questo Gruppo di Lavoro hanno partecipato anche i componenti del Gruppo di Coordinamento Tecnico della Cabina di Regia per l'Integrazione socio-sanitaria

Attività

La centralità e l'urgenza dell'oggetto delle attività del Gruppo di Progetto era data dall'indicazione temporale dell'O.d.G. n. 86 approvato il 31/07/07 dal Consiglio regionale che indicava il 31/12/2007 come la data entro cui andava elaborata la proposta del "Progetto operativo sulla non autosufficienza" da cui proveniva la denominazione del Gruppo di Progetto. In considerazione della operatività effettiva della Cabina di Regia non era oggettivamente realistico poter rispettare quel termine.

C'è stata comunque l'attivazione immediata del Gruppo di Progetto che è stato "potenziato" con la presenza costante di molti dei componenti il "Gruppo di Coordinamento Tecnico" della Cabina di Regia.

Il Gruppo si è incontrato in plenaria otto volte, articolandosi anche con attività in sottogruppi ed acquisendo documentazione e contributi personali.

Inizialmente è stata svolta una attività di **ricognizione** suddivisa per argomenti:

- Assistenza residenziale e semiresidenziale di anziani non autosufficienti
Tipologia di strutture residenziali; Modalità di "copertura" accoglienza residenziale e semiresidenziale; Standard assistenziali; Ruolo MMG
- Sistema delle cure domiciliari e anziani non autosufficienti
Standard assistenziali; Ruolo MMG
- Sistema privato di cure domiciliari e anziani non autosufficienti
Organizzazione
- Risorse finanziarie e accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa
Risorse disponibili; Modalità di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini
- Monitoraggio dei servizi per gli anziani non autosufficienti
Autorizzazioni/Accreditamento

Rispetto alla elaborazione dei prodotti finali è stata utilizzata una strategia dei due tempi:

- fase A, con riferimento ai Servizi Regionali competenti o alla Giunta regionale per gestire la fase transitoria nei primi mesi del 2008 (norme di salvaguardia) - (macro-obiettivi budget 2008 sulla domiciliare)
- fase B, con riferimento alla Giunta regionale e al Consiglio regionale per l'articolazione complessiva del sistema "Progetto operativo sulla non autosufficienza" (definizione dei percorsi della presa in carico per cambiare la prospettiva autorizzativa delle strutture)

Sulla base del materiale raccolto con la ricognizione i diversi referenti individuati all'interno del Gruppo di Progetto hanno predisposto un indice e sviluppato un primo elaborato grezzo con indicazioni di breve e medio periodo (cfr. Fase A e Fase B), che hanno successivamente portato all'approvazione dei due documenti finali.

I lavori del Gruppo di Progetto si sono intrecciati ed hanno interagito positivamente con diverse dimensioni della implementazione dell'integrazione socio-sanitaria tra le approvazioni del Piano Sanitario Regionale (2007) e del Piano Sociale Regionale (2008).

Negli incontri del Gruppo di Progetto venivano a confluire ad esempio le comunicazioni relative agli incontri dell'assessore Regionale alle Politiche sociali con le OO.SS. circa la definizione degli obiettivi del Piano Sociale Regionale e di quelli dell'assessore regionale alla Salute con l'ASUR per l'analisi dell'andamento delle convenzioni con le Residenze Protette in attuazione della DGR 323/05.

Di particolare rilevanza rispetto all'attività svolta è l'approvazione della Delibera di Giunta Regionale n. 1493 del 27 ottobre 2008 "L.R. 25/2008 Assestamento di bilancio 2008", articolo 37 'Fondo regionale per la non autosufficienza', Attuazione adempimenti", nella quale l'"Allegato 2" riprende interamente il secondo documento predisposto dal Gruppo di Progetto.

Attività

Prodotti

Il gruppo ha prodotto due documenti:

- 1) Criteri di riparto del Fondo nazionale per la non autosufficienza per attività di carattere sociale (assistenti familiari private) e servizi di assistenza domiciliare
- 2) Ipotesi di ripartizione dei fondi aggiuntivi al budget sulla non-autosufficienza

Contenuti qualificanti

A seguito dell'Accordo tra Presidente della Regione e Organizzazioni sindacali regionali del 4 giugno 2008 in materia di politiche sociali e socio-sanitarie, il gruppo di progetto, su mandato della Cabina di Regia, ha lavorato all'elaborazione di proposte di criteri di riparto relativi a:

- sistema delle assistenti domiciliari private e servizi di assistenza domiciliare (SAD) in base alle disponibilità aggiuntive messe a disposizione del Fondo nazionale per la non autosufficienza attribuito dal Governo alle Regioni per il triennio 2007-2008-2009 di cui il 2007-2008, con atto ufficiale;
- sistema residenziale (RP) e assistenza domiciliare integrata (ADI) in base alle disponibilità aggiuntive messe a disposizione dai capitoli della Sanità.

Rispetto al primo documento il trasferimento agli Ambiti Sociali di 12.413.360,98 € per i primi due anni, in attesa della terza annualità, qualora venisse confermata dall'attuale Governo, verrà destinato:

- al sostegno del sistema delle assistenti domiciliari private attraverso inventivi alle famiglie;
- al potenziamento della rete dei Servizi di Assistenza domiciliare (SAD).

Rispetto al secondo documento i materiali prodotti dal Gruppo hanno costituito i contenuti fondamentali della DGR 1493 del 27/10/08 "L.R. 29 Luglio 2008, N. 25 "Assestamento del bilancio 2008", Art. n. 37 "Fondo regionale per la non autosufficienza" - Attuazione adempimenti" che:

- recepisce il "Protocollo regionale sulla attuazione degli indirizzi nel settore delle politiche sociali e socio-sanitarie" del 4 giugno 2008;
- recepisce i "Criteri di ripartizione dei fondi aggiuntivi al budget sulla non autosufficienza" in attuazione del suddetto Protocollo;
- assegna all'ASUR per l'anno 2008 i 2/12 (due dodicesimi) del Fondo annuale per la non autosufficienza applicando i criteri di ripartizione del fondo medesimo, secondo quanto concordato con le OO.SS.;
- stabilisce che in sede di contrattazione del budget 2009 con l'Azienda Sanitaria Unica Regionale sarà assegnato l'intero importo annuale del Fondo per la non autosufficienza, pari a € 6.500.000,00, unitamente al fondo di cui alla DGR n. 323 del 5 marzo 2005 per la riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti;
- incarica il Direttore Generale dell'ASUR di predisporre, sulla base del modello

regionale:

- a. un Piano attuativo locale (Zona Territoriale) per allocare le risorse assegnate finalizzate al convenzionamento di Posti Letto aggiuntivi in Residenze Protette;
 - b. un Piano attuativo locale (Zona Territoriale) per allocare le risorse assegnate finalizzate ad incrementare l'assistenza domiciliare;
- autorizza il Dirigente del Servizio Salute, sentito il Dirigente del Servizio Politiche Sociali, a predisporre ed emanare, entro 31/12/08, decreti di approvazione: delle "Schede per Piano attuativo locale" per la residenzialità e per la domiciliarità, del "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo", degli strumenti e delle procedure operative per ottemperare ai debiti informativi collegati applicazione dell'accordo del 4 giugno 2008 in coerenza con i nuovi flussi NSIS;
 - calendarizzare l'attuazione del percorso per gli anni 2008/2009 degli adempimenti collegati al Fondo per la non autosufficienza;
 - istituisce Tavoli di monitoraggio (uno regionale e uno per ogni Zona Territoriale) sull'attuazione dell'accordo con le OO.SS. del 4 giugno 2008;
 - impegnare le Cabine di Regia per l'Integrazione socio-sanitaria e per l'Assistenza territoriale a produrre il documento base per la modifica della DGR 606/01 "Linee guida regionali per le cure domiciliari";
 - istituisce un gruppo di lavoro per la costruzione del sistema tariffario complessivo della residenzialità e semiresidenzialità (anziani, disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche) costituito dal Dirigente del Servizio Salute, dal Dirigente del Servizio Politiche Sociali, dal Direttore Generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria e da loro collaboratori da essi indicati, affidando ad ogni servizio le competenze specifiche dello stesso.

Sviluppi previsti

La Cabina di Regia:

- deve confermare i percorsi attuativi e le modalità con cui si è organizzato il sistema di gestione dei fondi aggiuntivi di cui all'accordo del 4 giugno 2008 e il monitoraggio dei risultati raggiunti;
- deve definire modalità e responsabilità per la definizione e l'elaborazione degli atti normativi necessari per dare completezza al sistema di accoglienza residenziale e semiresidenziale, sanitarie (L.R. 20/00) e sociali (L.R. 20/02) e delle cure domiciliari: dal versante autorizzativo (o dell'organizzazione per l'ADI) a quello tariffario, da quello del monitoraggio delle attività ai flussi informativi connessi...

Note

Da verificare le modalità di raccordo tra il Gruppo di Progetto "Progetto operativo sulla non autosufficienza" della "Cabina di Regia per l'Integrazione Socio-Sanitaria" e il Gruppo di Progetto "Residenzialità e Domiciliarità" della "Cabina di Regia per l'Assistenza Territoriale".

Gruppo di Progetto
**Progetto operativo
sulla non autosufficienza**

Documento finale 1

Linee guida per utilizzo del Fondo per le non autosufficienze e del fondo finalizzato alla permanenza o ritorno in famiglia di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti

1. Finalità complessiva dell'intervento

Finalità degli interventi finanziabili con il fondo per la non autosufficienza è quello di favorire la permanenza o il ritorno in famiglia di persone anziane non autosufficienti, attraverso un potenziamento complessivo del sistema delle cure domiciliari, gestito dagli Enti Locali o dagli Ambiti Territoriali Sociali, in stretto collegamento con il sistema gestito dal SSR.

A tale proposito la Regione adotta, con il presente atto e nell'ambito della cornice nazionale e regionale di riferimento finalizzata al potenziamento del sistema delle cure domiciliari, un programma sperimentale di intervento contenente misure volte al concorso alle spese sostenute dalle famiglie per la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e ad interventi di potenziamento complessivo del sistema delle cure domiciliari a carico delle Amministrazioni Comunali e degli Ambiti Territoriali, in accordo con il Servizio Sanitario Regionale.

Gli interventi, di cui al presente atto, riguardano:

1. Avvio sperimentale di **“assegni di cura”** per le famiglie che svolgono funzioni assistenziali, senza aiuti esterni o con assistente domiciliare privata in possesso di regolare contratto di lavoro, rivolte ad anziani non autosufficienti, nella misura di almeno il 30% dell'importo complessivo messo a disposizione degli Ambiti Territoriali Sociali;
2. Potenziamento dei **Servizi di Assistenza domiciliare (SAD)** gestiti dai Comuni o dagli Ambiti rivolto unicamente agli anziani non autosufficienti nella misura di almeno il 30% dell'importo complessivo messo a disposizione degli Ambiti Territoriali Sociali.

La gestione di tali interventi avviene nel rispetto delle priorità di percorso riportate negli atti di programmazione che riguardano in particolare:

- il rafforzamento dei “Punti Unici di Accesso” alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari;
- l'attivazione di modalità di “presa in carico” della persona anziana non autosufficiente attraverso un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) da parte delle

Unità Valutative Integrate (UVI), che tengano conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno;

- l'attivazione e il rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Le tipologie di servizio illustrate di seguito sono costruite all'interno dei sopra riportati obiettivi.

2. Le singole tipologie di Servizio

2a) *Avvio sperimentale di “assegni di cura” alle famiglie che svolgono funzioni assistenziali, con o senza aiuti esterni, ad anziani non autosufficienti*

Destinatari

Sono destinatari dell'assegno di cura le famiglie che nel territorio regionale mantengono la persona anziana non autosufficiente nel proprio contesto di vita e di relazioni attraverso interventi di supporto assistenziale gestiti direttamente o attraverso assistenti familiari private, in possesso di regolare contratto di lavoro, nell'ambito di un programma complessivo di assistenza domiciliare predisposto dal Servizio Sociale di residenza in accordo con le Unità Valutative Integrate.

La persona anziana assistita deve aver compiuto i 65 anni di età, essere dichiarata non autosufficiente con certificazione di invalidità pari al 100% e usufruire di assegno di accompagnamento. Possono presentare domanda per il contributo anche le persone che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, purché tale domanda sia stata presentata almeno due mesi prima della scadenza del bando di accesso al contributo. Nel caso in cui l'indennità non venga riconosciuta il soggetto sarà conseguentemente depennato dalla graduatoria.

Deve essere residente, ai termini di legge, nella Regione Marche, ed usufruire di una adeguata assistenza presso il proprio domicilio o presso altro domicilio privato nelle modalità verificate dall'assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS) di riferimento assieme all'Unità Valutativa Integrata (UVI) di cui l'assistente sociale è componente. L'UVI è infatti l'organismo tecnico-professionale deputato alla valutazione del bisogno assistenziale socio-sanitario del cittadino prevalentemente anziano, che richiede l'ammissione in servizi di cura domiciliare oltre che in strutture residenziali.

Oltre all'anziano stesso, quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita, possono presentare domanda di accesso all'assegno di cura anche:

- Le famiglie che accolgono l'anziano nel proprio nucleo;
- Il soggetto incaricato alla tutela dell'anziano in caso di incapacità temporanea o permanente.

Entità del contributo economico

L'entità dell'assegno di cura da prevedersi a favore dei destinatari è pari ad almeno eu-

ro 200,00 mensili; non costituisce vitalizio, ma supporto personalizzato nell'ambito del "Piano Assistenziale Individualizzato" (PAI), finalizzato a supportare momentaneamente la famiglia che assiste l'anziano. Il contributo può essere rinnovato solo se il Servizio Sociale dell'ATS in accordo con l'UVI ritiene di dover proseguire il percorso motivandolo all'interno del PAI.

L'assegno di cura viene sospeso:

1. in caso di inserimento in Residenza protetta o Casa di Riposo;
2. in caso di inserimento in RSA a partire dal 61° giorno di ricovero;
3. nel venir meno delle condizioni previste all'atto della sottoscrizione degli impegni assunti coi destinatari dei contributi nell'ambito del PAI;
4. nel venir meno delle condizioni di accesso, riportate di seguito, e in genere delle finalità previste dall'intervento.

Modalità di accesso

Per accedere all'assegno di cura i destinatari sopra indicati devono presentare domanda su apposito modulo predisposto dalla Regione Marche e allegato al presente atto.

Per accedere al contributo è necessario possedere:

- Riconoscimento di soggetto non autosufficiente con percentuale del 100%;
- Possesso della indennità di accompagnamento. Possono accedere al contributo anche coloro che hanno in corso di valutazione la domanda per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, purché tale domanda sia stata presentata almeno due mesi prima della scadenza del bando di accesso al contributo. Nel caso in cui l'indennità non venga riconosciuta il soggetto sarà conseguentemente depennato dalla graduatoria.

Il contributo è infatti riservato alle situazioni che richiedono un maggior carico assistenziale.

Va inoltre presentato il calcolo del reddito sulla base dell'ISEE, tenendo conto che per accedere al contributo in questione il valore ISEE massimo previsto è:

- di euro 11.000 in caso di anziano non autosufficiente solo ed è calcolato sui redditi dell'anno precedente. Per l'ISEE su redditi degli anni successivi tale valore viene incrementato dell'indice Istat al 31 dicembre.
- di euro 25.000 in caso di anziano non autosufficiente residente presso il nucleo familiare. Per l'ISEE su redditi degli anni successivi tale valore viene incrementato dell'indice Istat al 31 dicembre.

La domanda va presentata al "Punto Unico di Accesso" (PUA) dell'Ambito Territoriale Sociale/Distretto Sanitario, che costituisce l'unico punto di accesso alla rete degli interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria attraverso la costituzione di luoghi, ben individuabili dai cittadini, capaci di offrire informazioni e risposte ai bisogni complete e orientate alla domanda specifica.

Ci si dovrà avvalere di strutture già in essere, che vanno riqualificate e riorganizzate in un'ottica di miglioramento e di integrazione tra la componente sociale e la componente sanitaria. In sede di pubblicazione del bando per l'accesso all'assegno di cura, l'Ambito

Territoriale dovrà indicare luogo e sede (o sedi) dove presentare la domanda.

Percorso

Fase della graduatoria:

Informazione alla cittadinanza: Il Coordinatore di ATS informa la cittadinanza sulla possibilità di accedere all'eventuale contribuzione alla famiglia attraverso un "avviso pubblico", nel quale andranno specificate le modalità di presentazione della domanda e i criteri di accesso, nonché spiegate le caratteristiche e gli obiettivi che si intendono raggiungere con l'assegno di cura.

Presentazione delle domande: le domande vengono presentate al PUA dell'Ambito/Distretto sulla base di quanto riportato nell'"avviso pubblico" predisposto dal Coordinatore di ATS entro una data ivi precisata. Seguirà una fase di istruttoria a cura del Coordinatore che terminerà con la predisposizione di una graduatoria stilata in base al reddito e approvata dal Comitato dei Sindaci. Tale graduatoria non dà immediato accesso al contributo, ma alla presa in carico della situazione da parte dell'assistente sociale dell'Ambito Sociale e alla successiva verifica circa la possibilità di accesso all'assegno, previa stesura di un piano di assistenza individualizzato e di un patto sottoscritto dal Coordinatore con la famiglia che assiste l'anziano non autosufficiente o con l'anziano stesso.

Fase della valutazione

Terminata la fase della graduatoria, che di per sé non dà immediato accesso al contributo, si passa alla fase successiva di analisi della situazione e di costruzione di rapporto di collaborazione tra famiglia e Servizi entro la quale si situa la contribuzione economica; tale contribuzione infatti costituisce, come tale, un servizio aggiuntivo al sistema delle cure domiciliari e non un semplice intervento di sostegno al reddito. Il percorso previsto è riportato di seguito:

- a) Il Coordinatore di ATS, una volta definita la graduatoria in base al reddito, affida la competenza della valutazione dei casi, partendo dal primo in graduatoria, all'assistente sociale dell'Ambito o del Comune capofila o ad altro personale qualificato messo a disposizione dell'Ambito stesso;
- b) L'assistente sociale verifica, tramite visita domiciliare, la presenza delle condizioni operative che consentono la realizzazione di un "patto" di assistenza domiciliare da sottoscrivere a cura delle parti. L'assistente sociale può avvalersi delle professionalità che compongono l'UVI, di cui la stessa fa parte, nel caso di situazioni caratterizzate da alta complessità assistenziale, che richiedono la presenza di competenze sanitarie.
- c) A conclusione della fase di analisi, l'assistente sociale provvede alla stesura del PAI o al suo aggiornamento in caso di soggetti già presi in carico dalla stessa o dai Servizi competenti. Nell'ambito del PAI verranno esplicitati i requisiti che consentiranno l'accesso all'assegno di cura. In caso di utilizzo dell'assegno di cura, il Coordinatore di ATS sottoscrive, con i destinatari dell'assegno di cura, un "patto" nel quale vengono individuati i percorsi assistenziali a carico della famiglia, gli impegni a carico dei servizi, la qualità di vita da garantire e le conseguenti modalità

di utilizzo dell'assegno di cura assieme alla tempistica di concessione dello stesso (ferma restando la possibilità di rinnovo).

- d) L'assistente sociale, in collaborazione con le professionalità comprese nell'UVI, laddove necessario, garantisce momenti programmati di verifica del PAI e di rispetto delle indicazioni riportate nel "patto" sottoscritto con i destinatari del contributo al fine di valutare l'efficacia dell'intervento e di verificare la possibilità di eventuali cambiamenti in corso d'opera, in ordine all'appropriatezza del contributo.
- e) Nel caso di un numero di assegni disponibili inferiori rispetto alle domande pervenute, il Coordinatore di ATS può proseguire nello scorrimento della graduatoria per reddito, laddove si presentino uscite di utenti da questa tipologia di offerta o per decesso o per sopraggiunta inappropriata.
- f) La graduatoria dura un anno a decorrere dall'approvazione della stessa da parte del Comitato dei Sindaci. Per gli anni successivi vengono prese in considerazione, oltre alle nuove domande pervenute, anche le domande in fase negli anni precedenti integrate da nuova documentazione richiesta dal Coordinatore di ATS che accerti il mantenimento dei requisiti di accesso richiesti. Rimangono titolari del contributo, e quindi preservati dalla presentazione di nuova domanda, gli utenti ai quali lo stesso viene rinnovato su indicazione delle UVI all'interno del PAI, previo rispetto delle condizioni e degli impegni riportati nel "patto" stipulato con i destinatari dell'assegno di cura.
- g) Laddove un Ambito Territoriale o un singolo Comune abbiano già attivato servizi di assegni di cura, lo stesso sarà cumulabile con quanto previsto dal presente atto.

2b) *Potenziamento dei Servizi comunali di assistenza domiciliare (S.A.D.)*

Accanto alla sperimentazione dell'assegno di cura alle famiglie che svolgono attività assistenziale agli anziani non autosufficienti, le presenti linee guida intervengono anche per orientare l'utilizzo della quota parte del fondo non autosufficienza che dovrà essere non inferiore al 30% dell'importo complessivo trasferito agli Ambiti Territoriali Sociali, per il potenziamento dei Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD) gestiti dai Comuni o dagli Ambiti, rivolti unicamente agli anziani **ultra sessantacinquenni in condizioni di parziale o totale non autosufficienza.**

Il progetto SAD in fase di avvio

Il SAD è finalizzato a favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambito familiare e sociale migliorando la sua qualità di vita nonché quella della famiglia di appartenenza. L'intervento è finalizzato altresì ad evitare rischi di ricoveri impropri in strutture sanitarie o in case di Riposo e Residenze Protette.

Al fine di verificare il reale potenziamento dell'offerta ogni ATS predispone un progetto di utilizzo della quota parte dei fondi destinati al SAD da inserire all'interno del Piano attuativo annuale di ambito come capitolo a parte.

Trattandosi di finanziamenti finalizzati all'attivazione o al rafforzamento di servizi socio-assistenziali, il progetto di utilizzo, elaborato dal Coordinatore di ATS, dovrà indi-

care: 1. le percentuali di incremento dell'offerta che si intende raggiungere nel corso del primo anno, nel corso del secondo anno e nel corso del terzo anno attraverso indicatori relativi al numero di anziani in più che si intende assistere con il contributo aggiuntivo e il personale sociale in più messo a disposizione; 2. i percorsi di miglioramento qualitativo del Servizio in termini di estensione temporale dello stesso, di eventuali prestazioni aggiuntive, di formazione e aggiornamento del personale impiegato nel servizio, di supervisione delle attività e ulteriori indicatori di qualità.

Trattandosi di una tipologia di servizio non nuova, la contribuzione aggiuntiva interviene, nella fase di avvio, nel rispetto delle modalità di accesso già utilizzate dai territori (Comuni o ATS), limitatamente all'anziano non autosufficiente inteso però in base a criteri più ampi rispetto alle indicazioni riportate nei requisiti di accesso per l'assegno di cura.

Il SAD di ATS

Nel corso del triennio di programmazione l'organizzazione del SAD però deve prevedere un passaggio, in attuazione degli obiettivi indicati nel "Piano Sociale Regionale 2008-2010", verso una titolarità di ATS del servizio, il quale trova adeguate e complete forme di integrazione con i servizi sanitari domiciliari erogati dalle competenti Zone Territoriali e relative Direzioni di Distretto.

La connotazione organizzativa del SAD a livello di ATS, da raggiungere nel corso del triennio, dovrà manifestarsi attraverso:

1. un unico regolamento e carta dei servizi;
2. una eguale soglia minima ISEE di accesso al servizio;
3. una modalità unica di organizzazione delle eventuali liste di attesa;

Sempre nel corso del triennio di riferimento, l'organizzazione dell'accesso al SAD dovrà avvenire per tutti gli ATS: 1. previa domanda da presentare al PUA; 2. attraverso la valutazione del caso da parte dell'assistente sociale dell'ATS con l'eventuale coinvolgimento dell'UVI per i casi a maggiore complessità assistenziale con relativa stesura del PAI.

3. Verifiche e valutazioni

La Regione Marche predispone una scheda di monitoraggio delle prestazioni e degli interventi attivati mediante le risorse del Fondo per la non autosufficienza per gli anni di riferimento, con la quale verrà rilevato l'impatto del finanziamento concesso.

Viene altresì istituito un tavolo regionale permanente di monitoraggio a cui partecipano i soggetti o loro delegati firmatari del protocollo regionale sulla attuazione degli indirizzi programmatici nel settore delle politiche sociali e socio-sanitarie sottoscritto dalla Regione Marche con le Segreterie regionali di Cgil, Cisl e Uil e delle OO.SS. Regionali dei pensionati Spi-Cgil, FNP-Cisl, UILP-Uil il 4 Giugno 2008.

Vengono altresì istituiti tavoli permanenti di monitoraggio di Ambito Territoriale a cui partecipano i Coordinatori di ambito, i Direttori di Distretto e i referenti territoriali dei soggetti firmatari o loro delegati.

Documento finale 2

Ipotesi di ripartizione dei fondi aggiuntivi al budget sulla non autosufficienza

Indicazioni generali

La struttura dei fondi aggiuntivi al budget della sanità previsti per l'incremento dell'assistenza in favore della popolazione non autosufficiente della regione Marche nel 2008 è la seguente:

Tipologia intervento	
Residenzialità (soldi finalizzati all'estensione del livello assistenziale di ulteriori posti letto nelle Residenze protette autorizzate)	4.500.000 €
Cure domiciliari (finalizzati all'incremento di interventi a carattere domiciliare integrato socio-sanitario - A.D.I.)	2.000.000 €

Si ritiene necessario considerare unitariamente il contributo ai territori (a livello di Zone Territoriali) anche se distinto, successivamente, tra quota destinata all'incremento del numero di Posti Letto (P.L.) di Residenze Protette (R.P.) e quota destinata all'incremento delle Cure Domiciliari (CD) con particolare riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Questa scelta permette di adottare eventuali misure di compensazione in prima battuta all'interno dei territori, per garantire una distribuzione delle risorse obiettiva e proporzionale ai bisogni.

È stato valutato come l'assegnazione di questi fondi alle Zone Territoriali debba seguire percorsi diversi rispetto a quelli indicati dalla DGR 323/05, sia per velocizzare le procedure di impiego dei fondi aggiuntivi e sia per poter compensare alcuni degli squilibri ancora presenti a livello territoriale nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Partire dai bisogni

La prospettiva di allocare le risorse, strutturali o aggiuntive che siano, in una logica di equità complessiva e di attenzione ai territori che hanno una maggiore necessità si coniuga con l'indicazione del Piano Sanitario Regionale 2007-2009 di "partire dai bisogni".

Nello specifico degli anziani non autosufficienti le variabili utilizzabili per costruire un possibile "indice di bisogno" sono i seguenti:

- Residenti con 65 o più anni (al 01/01/07)
- Residenti con 85 o più anni (al 01/01/07)
- Stima¹ Non autosufficienti con 65 o più anni (al 01/01/07)

1 Dal Piano Sanitario Regionale

- Non autosufficienti in strutture per anziani² (2005)
- Non autosufficienti fuori dalle strutture per anziani (per differenza rispetto alle due variabili precedenti).

La distribuzione di queste variabili va considerata in termini relativi per ogni Zona Territoriale con riferimento sia ai valori percentuali di ripartizione nei territori, sia come incidenza del fenomeno rispetto all'"universo" pertinente di ogni territorio.

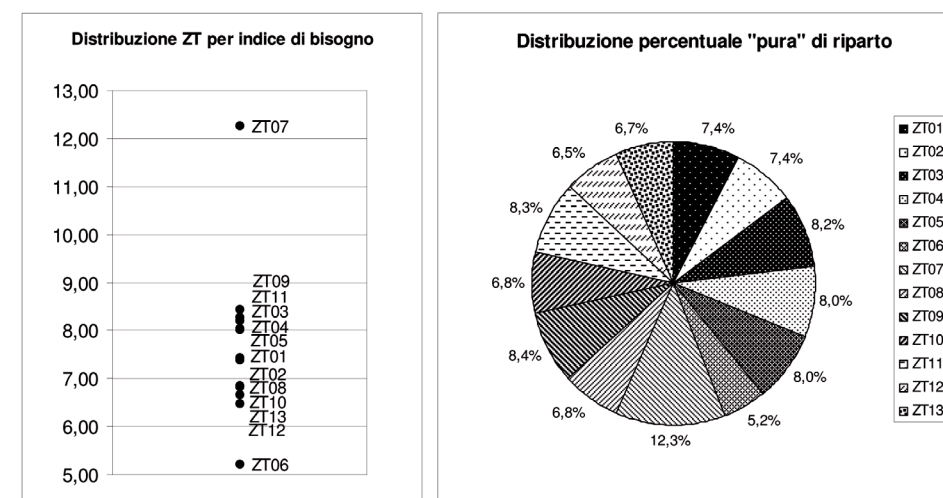
Prendendo come riferimento la media aritmetica dei valori relativi ottenuti dai valori assoluti si può costruire un "Indice di bisogno" rispetto agli anziani non autosufficienti per ogni Zona Territoriale Sanitaria. Nell'Allegato 1 vengono riportati i vari conteggi effettuati.

Nella Tabella 1 vengono riportati gli "Indici di bisogno" di ogni Zona Territoriale che corrispondono alle percentuali di riparto "puro" per la distribuzione di risorse; il Grafico 1 esprime graficamente i due concetti.

Tabella 1

	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08	ZT09	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13
Indice di bisogno o % di riparto "puro"	7,42	7,39	8,19	8,03	8,01	5,22	12,26	6,84	8,42	6,81	8,27	6,47	6,65
range	7	8	4	5	6	13	1	9	2	10	3	12	11
													100,00

Grafico 1



2 Dalla rilevazione annuale ISTAT-SISTAR

Nella realtà non esiste una distribuzione “assoluta” del bisogno perché la disponibilità di servizi ed interventi attivi sul territorio “condiziona” l’Indice di bisogno. Dove la dotazione di strutture e prestazioni è maggiore (in termini assoluti e proporzionali) il bisogno si riduce di più rispetto ad un altro territorio dove le risorse disponibili sono minori.

Le variabili per cui attualmente sono disponibili dati oggettivi, coerenti e confrontabili tra le Zone Territoriali riguardano solo la dimensione della residenzialità, per cui sono stati considerati, per costruire un “Indice di dotazione” i seguenti elementi:

- Posti Letto (P.L.) in Residenze Protette (R.P.) autorizzati
- Posti Letto (P.L.) in Residenze Protette (R.P.) convenzionati nel 2006
- Posti Letto (P.L.) in RSA anziani operativi 2007
- Posti Letto (P.L.) in Case di Riposo

Anche queste variabili vanno considerate in termini relativi per ogni Zona Territoriale come percentuale di ripartizione e come incidenza del fenomeno nel singolo territorio ed anche per queste variabili sono stati calcolati i valori “relativi”.

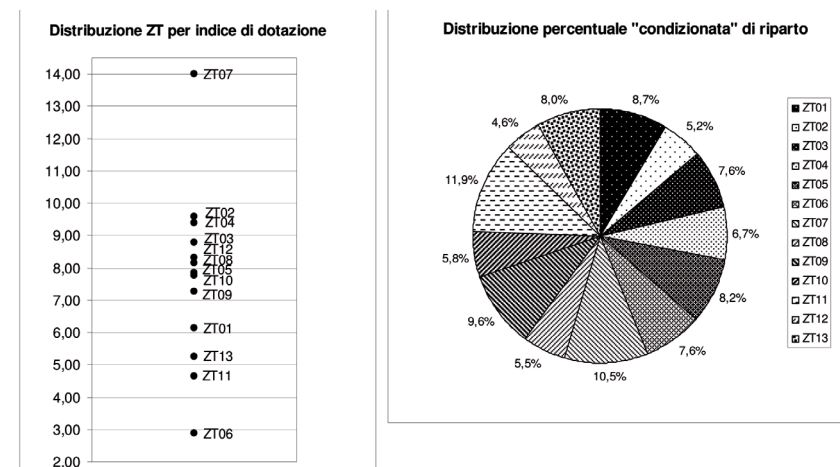
L’Allegato 2 contiene i conteggi che hanno permesso di costruire un “Indice di dotazione” rispetto ai Posti Letto per gli anziani in ogni Zona Territoriale Sanitaria, come media aritmetica dei valori relativi calcolati, cui è stato assegnato un peso diverso in relazione alla rilevanza per la non autosufficienza.

Nella Tabella 2 vengono riportati gli “Indici di dotazione” di ogni Zona Territoriale, gli “Indici di bisogno” risultanti dal condizionamento della dotazione e le corrispondenti percentuali di riparto “condizionato” per la distribuzione di risorse; il Grafico 2 esprime graficamente il primo e il terzo concetto.

Tabella 2

	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08	ZT09	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13	
Indice di dotazione o % riparto da dotazione	6,13	9,59	8,78	9,39	7,85	2,87	13,99	8,15	7,26	7,77	4,65	8,31	5,26	100,00
range	10	2	4	3	7	13	1	6	9	8	12	5	11	peso 0,5
	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08	ZT09	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13	
% di riparto condizionato da dotazione	8,71	5,19	7,61	6,68	8,18	7,57	10,54	5,53	9,59	5,85	11,89	4,62	8,05	100,00
range	4	12	7	9	5	8	2	11	3	10	1	13	6	

Grafico 2



Sulla base delle percentuali di riparto condizionato dalla dotazione la distribuzione dei 6.500.000,00 € aggiuntivi per l’assistenza agli anziani non autosufficienti per ogni Zona Territoriale è rappresentata dalla seguente Tabella 3.

Tabella 3

	Quota parte del Fondo regionale per la non autosufficienza 2008	di cui per Residenzialità	per Cure Domiciliari
ZT01	€ 565.862,27	€ 391.750,80	€ 174.111,47
ZT02	€ 337.285,85	€ 233.505,59	€ 103.780,26
ZT03	€ 494.938,26	€ 342.649,57	€ 152.288,70
ZT04	€ 433.980,04	€ 300.447,72	€ 133.532,32
ZT05	€ 531.592,03	€ 368.025,25	€ 163.566,78
ZT06	€ 491.963,35	€ 340.590,01	€ 151.373,34
ZT07	€ 684.929,17	€ 474.181,74	€ 210.747,44
ZT08	€ 359.706,46	€ 249.027,55	€ 110.678,91
ZT09	€ 623.112,09	€ 431.385,29	€ 191.726,80
ZT10	€ 380.154,74	€ 263.184,05	€ 116.970,69
ZT11	€ 772.985,82	€ 535.144,03	€ 237.841,79
ZT12	€ 300.520,46	€ 208.052,63	€ 92.467,83
ZT13	€ 522.969,46	€ 362.055,78	€ 160.913,68
TOTALE	€ 6.500.000,00	€ 4.500.000,00	€ 2.000.000,00

Residenzialità

Il Decreto n. 289/05 dei Dirigenti dei Servizio politiche sociali ed integrazione socio-sanitaria e del Servizio assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria avente ad oggetto “Approvazione della ripartizione dei posti letto in RSA e in Residenza Protetta e allocazione delle risorse aggiuntive per area vasta”, interviene a parziale modifica della

tabella già riportata sul Piano Sanitario Regionale 2003-2005, in particolare, relativamente alla distribuzione per Area Vasta dei 2500 Posti Letto convenzionabili in Residenze Protette regolarmente autorizzate ai sensi della L.R. 20/02.

La situazione della Residenzialità Protetta nella Regione Marche, in seguito: all'applicazione delle DGR 323/05 e 704/06 da parte delle Zone Territoriali dall'ASUR, ad assestamenti e consolidamenti collegati ai budget degli anni scorsi e ad una verifica recente dell'Agenzia Regionale Sanitaria su dati forniti dall'ASUR (relativi anche a convenzioni pregresse, solo in parte modificate dall'applicazione della concertazione prevista dalla DGR 323/05), si è strutturata secondo una distribuzione in qualche caso diversa da quella prevista dal percorso di concertazione previsto a livello regionale. Complessivamente i P.L. convenzionabili nel 2008 sono 2641 di cui, in base ai dati attualmente disponibili, solo 43 non convenzionati.

Come premessa alla definizione dei criteri di riparto per i fondi incrementali previsti per convenzionare P.L. aggiuntivi in Residenze Protette, garantendo assistenza quotidiana per 50' ad ospite, è utile ribadire come anche nella residenzialità va perseguito l'obiettivo di un riequilibrio territoriale dell'offerta che va declinato insieme alla necessità di ridefinire il modello organizzativo complessivo dell'accoglienza residenziale per i non autosufficienti rispetto all'asse sanitario/sociale dove si distribuiscono, con continuità, i bisogni socio-sanitari di assistenza, cura, riabilitazione, recupero...

In linea teorica le risorse di 4.500.000 € garantiscono il convenzionamento di ulteriori 770 Posti Letto in Residenze Protette per un anno (le quota sanitaria per 50' di assistenza ad ospite è pari a 16,00 € e va corrisposta per 365 giorni).

Sono stati individuati tre criteri per l'assegnazione di questi P.L. aggiuntivi convenzionabili sul territorio regionale per i quali sono stati verificati la praticabilità e l'impatto.

In tutte le strutture, vecchie e nuove, che usufruiranno di questa distribuzione integrativa di P.L. convenzionabili andrà verificato (anche attraverso specificazione nella convenzione con i valori precedenti e quelli aggiornati) che siano effettivamente abbassate le rette alberghiere a carico dei cittadini sulle quali, prima della convenzione, gravava l'assistenza sanitaria.

Il primo criterio è il rispetto della “**modularità**” nella prospettiva della “**omogeneità**”. Gli atti regionali fanno riferimento a moduli minimi di 20 P.L. anche per le R.P. in quanto questo è il livello che garantirebbe la sostenibilità economica. Nella realtà la distribuzione dei P.L. di R.P. convenzionabili non ha seguito questo criterio in tutte le Zone Territoriali.

Le verifiche fatte a livello regionale, considerando la situazione e la disponibilità per ogni Zona Territoriale, hanno permesso di conteggiare i Posti Letto aggiuntivi necessari a portare a completamento moduli da 20 P.L. nelle strutture attualmente convenzionate, ove è possibile. Oltre a 132 Posti Letto che “chiudono” il completamento del modulo è possibile considerare 47 Posti Letto relativi a strutture che hanno convenzioni per pochi Posti Letto, ma che non hanno P.L. autorizzati non convenzionati per arrivare al

modulo di 20; in una logica di “economia di scala” si considera utile favorire anche questa copertura.

Il secondo criterio individuato è il “**rafforzamento**” generalizzato della presenza delle Residenze Protette sul territorio, per cui si propone l'assegnazione di un modulo da 20 P.L. a tutte le Zone Territoriali (per un totale di 260 P.L.) privilegiando per l'allocazione i Distretti/Ambiti meno coperti dall'offerta presente e con possibilità di cogestione del personale aggiuntivo impegnato per garantire l'assistenza tra più strutture nel caso non si riuscisse a completare un modulo da 20 P.L.. Questo rafforzamento può riguardare anche le strutture residenziali autorizzate per le quali non c'è stata la possibilità di essere convenzionate ai sensi del percorso concertativo previsto dalla DGR 323/05.

La distribuzione per le Zone Territoriali con riferimento alla praticabilità dell'applicazione del criterio indica come moduli da 20 P.L. possono essere assegnati in 9 Zone Territoriali, nelle restanti, per mancanza di un congruo numero di P.L. autorizzabili, in 2 Zone è possibile assegnare un numero di posti letto inferiore a 20 (in una 13 ed in un'altra 10) e in 2 non è possibile assegnare alcun Posto Letto.

Il fatto che in alcune Zone Territoriali non è possibile applicare il criterio in questione in quanto non c'è più la “capienza” di P.L. autorizzati convenzionabili determina la necessità di prevedere una modalità di compensazione per evitare di penalizzare alcuni territori non potendo assegnare quota parte del finanziamento per la residenzialità; la possibilità proposta è quella di “rimonetizzare” i Posti Letto non assegnabili ed incrementare la quota destinata alle Cure Domiciliari dell'importo ottenuto.

Il terzo criterio è quello del “**riequilibrio**”. Rispetto all'effettivo bilanciamento territoriale dell'allocazione dei P.L. convenzionabili di R.P. è difficile individuare le Zone Territoriali maggiormente penalizzate in quanto non è possibile prendere a riferimento un bisogno “assoluto” degli anziani non autosufficienti in quanto va messo in relazione alla consistenza della dotazione di P.L. di R.P. per Zona Territoriale, sia in termini di richiesta di autorizzazione che di convenzionabilità (anche perché il numero delle persone non autosufficienti effettivamente accolte è più alto del numero dei posti letto convenzionati) e, se possibile, con gli altri interventi attivati.

In questa prospettiva si reputa opportuno utilizzare ancora l'Indice di bisogno condizionato da dotazione, citato nella prima parte del documento. La quota parte dei P.L. aggiuntivi che non è stata allocata utilizzando i parametri precedenti viene distribuita secondo la percentuale di “riparto condizionato da dotazione” di ogni Zona Territoriale. La Tabella 4 riporta la distribuzione dei “residui” 331 P.L. (770 P.L. “teorici” - 179 P.L. criterio “modularità” - 260 P.L. criterio “rafforzamento”) secondo questo criterio.

Tabella 4

	ZT 01	ZT 02	ZT 03	ZT 04	ZT 05	ZT 06	ZT 07	ZT 08	ZT 09	ZT 10	ZT 11	ZT 12	ZT 13	
	8,71	5,19	7,61	6,68	8,18	7,57	10,54	5,53	9,59	5,85	11,89	4,62	8,05	100,00
P.L. assegnati % riparto	29	17	25	22	27	25	35	18	32	19	40	15	27	331

Coerentemente con il criterio della modularità vanno individuate primariamente le strutture in cui è possibile convenzionare un intero modulo di 20 P.L. e, successivamente, una cogestione tra 2 o più strutture del personale aggiuntivo destinato all'assistenza e, infine, l'incremento di quelle convenzioni che non completano il modulo.

Questa distribuzione deve considerare anche la possibilità che in una Zona Territoriale non ci siano più P.L. autorizzati convenzionabili (come già rilevato per l'applicazione del criterio precedente) e quindi anche in questo caso si prevede una modalità di compensazione per cui la rimonetizzazione dei Posti Letto non assegnati andrà ad incrementare la quota destinata alle Cure Domiciliari.

Sulla base dei dati regionali a disposizione l'effettiva praticabilità dell'applicazione del criterio in oggetto trasformerebbe la distribuzione precedente in quella riportata dalla Tabella 5.

Tabella 5

	ZT 01	ZT 02	ZT 03	ZT 04	ZT 05	ZT 06	ZT 07	ZT 08	ZT 09	ZT 10	ZT 11	ZT 12	ZT 13	
P.L. assegnati	29	17	25	22	27	0	35	0	32	15	13	0	0	215

La Tabella 6 riporta un riepilogo generale delle operazioni di allocazione dei Posti Letto determinate dall'applicazione dei tre criteri definiti.

Alla fine di questo processo di assegnazione di fondi aggiuntivi il numero di P.L. convenzionabili nelle R.P. marchigiane ammonta a **3.238** (2.641+597)

Tabella 6

	P.L. Autorizzati a 07/2008	P.L. aggiuntivi "modularità"	P.L. aggiuntivi "rafforzamento"	P.L. aggiuntivi teorici "riequilibrio"	P.L. aggiuntivi effettivi "riequilibrio"	P.L. aggiuntivi complessivi	P.L. da compensare
ZT 01	239	1	20	29	29	50	0
ZT 02	308	0	20	17	17	37	0
ZT 03	415	25	20	25	25	70	0
ZT 04	428	25	20	22	22	67	0
ZT 05	414	0	20	27	27	47	0
ZT 06	86	0	0	25	0	0	45
ZT 07	881	48	20	35	35	103	0
ZT 08	181	1	13	18	0	14	25
ZT 09	334	38	20	32	32	90	0
ZT 10	256	8	20	19	15	43	4
ZT 11	288	33	20	40	13	66	27
ZT 12	132	0	10	15	0	10	25
ZT 13	111	0	0	27	0	0	47
Tot.	4073	179	203	331	215	597	173

						P.L. aggiuntivi teorici	
		+	+		+	770	+

La proposta di riparto del numero di P.L. aggiuntivi risultante dal combinato disposto dell'applicazione dei criteri indicati tra le diverse Residenze Protette sul territorio sarà predisposta dai competenti Direttore di Distretto e Coordinatore di Ambito Sociale; la proposta va sottoposta al parere del Comitato dei Sindaci (unico per ambito e per distretto) e viene assunta dal Direttore di Zona per le procedure connesse al convenzionamento.

Domiciliarità

L'articolazione delle modalità di assegnazione alle Zone Territoriali dei fondi aggiuntivi al budget previsti per l'incremento dell'assistenza in regime di cure domiciliari terrà conto anche delle indicazioni della classificazione del nuovo flusso ministeriale che implementerà il Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) che distingue: cure domiciliari prestazionali; cure domiciliari integrate (ADI) di I^a e II^a livello, cure domiciliari integrate a elevata intensità (III^a livello).

I fondi aggiuntivi per il 2008 dovranno essere finalizzati all'incremento delle cure domiciliari integrate di I^a e II^a livello. I dati disponibili sull'attività delle Zone Territoriali per le Cure Domiciliari non garantiscono l'attendibilità e la possibilità di comparazione necessarie perché i modelli organizzativi, le modalità operative, le professionalità impiegate... variano molto sul territorio regionale, con interpretazioni anche molto diversificate della normativa vigente (D.G.R. 606/01).

Stante la presente situazione per assegnare questi fondi si utilizzerà la già citata percentuale di "riparto condizionato da dotazione", fatta salva la compensazione tra "residenzialità" e "domiciliarità" accennata al punto precedente.

Vista la difficoltà di controllare l'effettiva destinazione dei fondi alle Cure Domiciliari si propone che ogni Zona Territoriale predisponga un progetto di utilizzo dei fondi necessari, sulla base di una modulistica definita a livello regionale, da inviare alla Regione in tempi contenuti per favorire la celere erogazione e l'utilizzo dei fondi. La titolarità dei progetti sarà della Direzione di Distretto che consoliderà forme di collaborazione con l'Ambito Territoriale Sociale.

I progetti zionali dovranno essere finalizzati a: stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita attraverso le Cure Domiciliari.

I progetti: seguiranno una modalità progettuale unitaria, gestita a livello regionale; andranno monitorati e accompagnati con modalità specifiche; dovranno considerare alcuni parametri di risultato.

I parametri che dovranno essere misurati all'inizio e alla fine dell'implementazione dei progetti e che dovranno presentare incrementi dei valori nella misura indicata, per la conferma dei fondi assegnati (o alla stabilizzazione del finanziamento nell'anno successivo?), sono i seguenti:

- numero di pazienti trattati con cure domiciliari prestazionali (crescita del 50% delle persone trattate nel proprio domicilio);
- numero di pazienti trattati con cure domiciliari integrate distinti tra I e II livello (crescita del 30% delle persone trattate nel proprio domicilio);
- percentuale degli invii dell'Unità Valutativa Integrata per la presa in carico attraverso le cure domiciliari integrate rispetto al ricovero in residenze tra le persone definite eleggibili (incremento del 10%);
- numero delle Unità territoriali di base o specialistiche (unità preposte alla gestione del percorso di cura di un paziente in ADI) e/o del personale dedicato (operatori medici, riabilitativi, infermieristici, aiuto infermieristico) impegnato nelle cure domiciliari integrate (più 20%).

Allegato 1

Soggetti portatori di bisogno

	ZS 01 - Pesaro	ZS 02 - Urbino	ZS 03 - Fano	ZS 04 - Senigallia	ZS 05 - Jesi	ZS 06 - Fabriano	ZS 07 - Ancona	ZS 08 - Civitanova M.	ZS 09 - Macerata	ZS 10 - Camerino	ZS 11 - Fermo	ZS 12 - S.Benedetto d.T.	ZS 13 - Ascoli Piceno	Totale complessivo
Residenti (al 01/01/07)	150.482	83.102	136.790	78.300	106.510	47.581	247.672	118.118	135.881	48.941	160.401	103.148	119.172	1.536.098
Residenti con 65 o più anni (al 01/01/07)	31.300	18.885	29.931	18.693	24.782	11.209	55.173	24.744	32.744	12.847	36.743	22.682	27.329	347.062
Residenti con 85 o più anni (al 01/01/07)	3.931	2.551	3.997	2.458	3.064	1.652	7.153	3.112	4.233	1.965	4.506	2.591	3.263	44.476
Stima Non autosufficienti con 65 o più anni (al 01/01/07)	3.600	2.172	3.442	2.150	2.850	1.289	6.345	2.846	3.766	1.477	4.225	2.608	3.143	39.913
Non autosufficienti in strutture per anziani (2005)	231	379	393	491	457	91	849	236	383	267	297	220	150	4.444
Non autosufficienti fuori dalle strutture per anziani	3.369	1.793	3.049	1.659	2.393	1.198	5.496	2.610	3.383	1.210	3.928	2.388	2.993	35.469

Valori relativi

% Residenti con 65 o più anni	9,02	5,44	8,62	5,39	7,14	3,23	15,90	7,13	9,43	3,70	10,59	6,54	7,87	100,00
% Residenti con 85 o più anni	8,84	5,74	8,99	5,53	6,89	3,71	16,08	7,00	9,52	4,42	10,13	5,83	7,34	100,00
% Non autosufficienti in strutture per anziani	5,20	8,53	8,84	11,05	10,28	2,05	19,10	5,31	8,62	6,01	6,68	4,95	3,38	100,00
% Non autosufficienti fuori dalle strutture per anziani	9,50	5,06	8,60	4,68	6,75	3,38	15,50	7,36	9,54	3,41	11,07	6,73	8,44	100,00
Incidenza ≥ 65 anni su popolazione %	20,80	22,73	21,88	23,87	23,27	23,56	22,28	20,95	24,10	26,25	22,91	21,99	22,93	297,51
% Incidenza ≥ 65 anni su popolazione %	6,99	7,64	7,35	8,02	7,82	7,92	7,49	7,04	8,10	8,82	7,70	7,39	7,71	100,00
Incidenza ≥ 85 anni su ≥ 65 anni %	12,56	13,51	13,35	13,15	12,36	14,74	12,96	12,58	12,93	15,30	12,26	11,42	11,94	169,06
% Incidenza ≥ 85 anni su ≥ 65 anni %	7,43	7,99	7,90	7,78	7,31	8,72	7,67	7,44	7,65	9,05	7,25	6,76	7,06	100,00
Incidenza Non autosufficienti in struttura su ≥ 65 anni	0,74	2,01	1,31	2,63	1,84	0,81	1,54	0,95	1,17	2,08	0,81	0,97	0,55	17,41
% Incidenza Non autosufficienti in struttura su ≥ 65 anni	4,24	11,53	7,54	15,09	10,59	4,66	8,84	5,48	6,72	11,94	4,64	5,57	3,15	100,00
Incidenza Non autosufficienti fuori struttura su ≥ 65 anni	10,76	9,49	10,19	8,87	9,66	10,69	9,96	10,55	10,33	9,42	10,69	10,53	10,95	132,09
% Incidenza Non autosufficienti fuori struttura su ≥ 65 anni	8,15	7,19	7,71	6,72	7,31	8,09	7,54	7,99	7,82	7,13	8,09	7,97	8,29	100,00

Indice di bisogno o % di riparto "puro"

	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08	ZT09	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13	
range	7	8	4	5	6	13	1	9	2	10	3	12	11	
	7,42	7,39	8,19	8,03	8,01	5,22	12,26	6,84	8,42	6,81	8,27	6,47	6,65	100,00

Allegato 2

	ZS 01 - Pesaro	ZS 02 - Urbino	ZS 03 - Fano	ZS 04 - Senigallia	ZS 05 - Jesi	ZS 06 - Fabriano	ZS 07 - Ancona	ZS 08 - Civitanova M.	ZS 09 - Macerata	ZS 10 - Camerino	ZS 11 - Fermo	ZS 12 - S.Benedetto d.T.	ZS 13 - Ascoli Piceno	Totale complessivo	peso
Dotazione di PL per Anziani	239	308	415	428	414	86	881	181	334	256	288	132	111	4.073	
PL in R.P. autorizzati	186	185	205	188	202	86	431	167	234	213	222	134	120	2.573	
PL in R.P. convenzionati nel 2006	58	70	81	40	40	0	158	105	60	20	20	117	70	839	
PL in RSA anziani operativi 2007	209	279	179	290	231	124	297	132	244	145	123	106	132	2.491	
PL in Case di Riposo	5,87	7,56	10,19	10,51	10,16	2,11	21,63	4,44	8,20	6,29	7,07	3,24	2,73	100,00	1
% PL in R.P. autorizzati	7,23	7,19	7,97	7,31	7,85	3,34	16,75	6,49	9,09	8,28	8,63	5,21	4,66	100,00	0,5
% PL in R.P. convenzionati nel 2006	6,91	8,34	9,65	4,77	4,77	0,00	18,83	12,51	7,15	2,38	2,38	13,95	8,34	100,00	1
% PL in RSA anziani operativi 2007	8,39	11,20	7,19	11,64	9,27	4,98	11,92	5,30	9,80	5,82	4,94	4,26	5,30	100,00	0,2
% PL in Case di Riposo	7,64	16,31	13,87	22,90	16,71	7,67	15,97	7,31	10,20	19,93	7,84	5,82	4,06	156,21	-
Indice di dotazione* PL in R.P. autorizzati	4,89	10,44	8,88	14,66	10,69	4,91	10,22	4,68	6,53	12,76	5,02	3,73	2,60	100,00	1
% Indice di dotazione* PL in R.P. autorizzati	5,94	9,80	6,85	10,06	8,15	7,67	7,81	6,75	7,15	16,58	6,04	5,91	4,39	103,10	-
Indice di dotazione* PL in R.P. convenzionati nel 2006	5,76	9,50	6,64	9,76	7,91	7,44	7,58	6,55	6,93	16,08	5,86	5,73	4,26	100,00	0,5
% Indice di dotazione* PL in R.P. convenzionati nel 2007	1,85	3,71	2,71	2,14	1,61	0,00	2,86	4,24	1,83	1,56	0,54	5,16	2,56	30,78	-
Indice di dotazione* PL in RSA anziani operativi 2007	6,02	12,04	8,79	6,95	5,24	0,00	9,30	13,79	5,95	5,06	1,77	16,76	8,32	100,00	1
% Indice di dotazione* PL in RSA anziani operativi 2008	6,68	14,77	5,98	15,51	9,32	11,06	5,38	5,33	7,45	11,29	3,35	4,67	4,83	105,64	-
Indice di dotazione* PL in Case di Riposo	6,32	13,99	5,66	14,69	8,82	10,47	5,10	5,05	7,05	10,68	3,17	4,42	4,57	100,00	0,2
% Indice di dotazione* PL in Case di Riposo															
* Indice di dotazione = PL x 1000 abitanti > 65 anni															

Indice di dotazione o % riparto da dotazione

	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08	ZT09	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13		peso dotazione
range	10	2	4	3	7	13	1	6	9	8	12	5	11		0,5
	6,13	9,59	8,78	9,39	7,85	2,87	13,99	8,15	7,26	7,77	4,65	8,31	5,26	100,00	

% di riparto condizionato da dotazione

	ZT01	ZT02	ZT03	ZT04	ZT05	ZT06	ZT07	ZT08	ZT09	ZT10	ZT11	ZT12	ZT13		peso dotazione
range	4	12	7	9	5	8	2	11	3	10	1	13	6		0,5
	8,71	5,19	7,61	6,68	8,18	7,57	10,54	5,53	9,59	5,85	11,89	4,62	8,05	100,00	

Gruppo di Progetto
Revisione atti normativi

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Predisposizione di un atto di recepimento della normativa nazionale sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle prestazioni socio-sanitarie

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII. 4 Definizione della strategia e delle linee di intervento
- DPCM 14/02/01
- DPCM 29/11/01
- D. Ivo 229/99
- Circolari ministeriali
- Delibere Giunta Regionale Marche sui LEA

Obiettivi/Prodotti

Predisposizione di una proposta di Delibera di Giunta che recepisca i DPCM sull'integrazione socio-sanitaria. La proposta di delibera deve individuare e definire: le prestazioni socio-sanitarie della Regione Marche, anche in termini di LEA socio-sanitari, i percorsi operativi, le procedure, i supporti formativi per l'implementazione dell'atto a livello territoriale.

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Alberto Carelli

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo
- Predisposizione indice provvisorio proposta di delibera
- Lavoro personale e collettivo sui vari punti della delibera
- Confronto con Cabina di Regia su struttura e contenuti della delibera
- Attivazione confronto con soggetti esterni
- Predisposizione proposta di atto definitivo alla Cabina di Regia

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Alberto Carelli*	ASUR
Alberico Marcobelli	ARS
Franco Stazio	Servizio Salute
Renato Scuterini	Servizio Politiche Sociali
Giovanni Santarelli	Servizio Politiche Sociali
Filippo Masera	Ambiti Territoriali Sociali
Riccardo Borini	Ambiti Territoriali Sociali

*Coordinatore

Attività

Le attività del Gruppo si sono sviluppate attraverso una ricognizione e analisi della documentazione legislativa nazionale e regionale esistente, con particolare riferimento al D.P.C.M. 14.02.2001 sulla integrazione socio-sanitaria, al D.P.C.M. 29.11.2001 sulla definizione dei livelli di assistenza, alla Delibera di Giunta Regionale sui LEA.

Il Gruppo si è articolato anche con attività di sottogruppi rispetto alla legislazione di settore ed ha acquisito documentazione pubblica, di livello nazionale e regionale, oltre a contributi personali dei componenti.

Il Gruppo si è incontrato in plenaria cinque volte e ha prodotto due documenti, ancora a livello di bozza, presentati alla Cabina di Regia:

- 1) Scheda di lavoro per i Gruppi di Progetto attivati dalla Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria
- 2) Documento Istruttorio: "Recepimento del D.P.C.M. 14.02.2001 in materia di integrazione socio-sanitaria richiamato nel D.P.C.M. 29.11.2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria."

Rispetto agli obiettivi definiti nella fase iniziale, il Gruppo ha ritenuto di rinviare l'elaborazione di una proposta di recepimento dei D.P.C.M. al fine di includere nel documento, oltre al Decreto ministeriale sui "nuovi" LEA del 23 aprile del 2008, che si presume, di prossima pubblicazione, anche gli eventuali suggerimenti che possono essere desunti dai documenti finali dei diversi gruppi di lavoro sui LEA ma anche sui LI-VEAS (livelli essenziali di assistenza sociale) regionali (non essendo definiti quelli di livello nazionale).

Scheda di riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto due documenti, a livello di bozza:

- 1) Scheda di lavoro per i Gruppi di Progetto attivati dalla Cabina di Regia per l'in-

tegrazione socio-sanitaria

- 2) Documento Istruttorio: “Recepimento del D.P.C.M. 14.02.2001 in materia di integrazione socio-sanitaria richiamato nel D.P.C.M. 29.11.2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria.”

Contenuti qualificanti

- Nella “scheda di lavoro” si passano in rassegna le schede obiettivo predisposte per i gruppi di progetto e vengono rilevate le carenze dei riferimenti normativi e, soprattutto, le criticità che emergono per la attuazione degli obiettivi, con riferimento a normative nazionali cogenti, non recepite o applicate a livello di Regione Marche. La “scheda” offre quindi delle indicazioni sugli elementi da tener presente per la stesura degli atti in tema di integrazione socio-sanitaria (in particolare per: non autosufficienza, governo della domanda socio-sanitaria, disabilità, salute mentale, materno infantile).
- Nel “documento istruttorio” si esplicitano correttamente le motivazioni della necessità del recepimento del D.P.C.M. 14.02.2001 anche se non si aggiunge nulla ai contenuti di quel testo rimandano a non meglio specificati “ulteriori atti di indirizzo e coordinamento regionali nelle specifiche materie” relative all’integrazione socio-sanitaria”.

Sviluppi previsti

La Cabina di Regia è chiamata a decidere quale deve essere la conclusione del lavoro del gruppo; tre potrebbero essere le possibili direttrici di sviluppo:

- Il gruppo potrebbe concludere il lavoro con la proposta di recepimento del D.P.C.M. 14.02.2001 richiamato nel D.P.C.M. 29.11.2001.
- Il gruppo potrebbe fornire il supporto alla elaborazione degli atti individuati dai Gruppi di Progetto e ritenuti necessari dalla Cabina di Regia.
- Il gruppo, eventualmente integrato o modificato nella composizione, si potrebbe mantenere come “osservatorio” permanente per la coerenza regionale e la omogeneizzazione degli atti in materia di integrazione socio-sanitaria.

Note

- Il Decreto Ministeriale sui “nuovi” LEA del 23 aprile del 2008 è, ancora, in corso di recepimento, per cui sembra necessario prevedere già ora l’aggiornamento possibile.
- La Cabina di Regia potrebbe decidere di proporre alla Giunta e al Consiglio un atto che non sia di mero recepimento dei D.P.C.M. , ma che individui livelli essenziali per la Regione Marche (anche sociali, visto che i LIVEAS nazionali non ci sono) che siano più avanzati (ad esempio per la non autosufficienza).

Gruppo di Progetto

Revisione atti normativi

Documento finale 1

Scheda di lavoro per i Gruppi di Progetto attivati dalla Cabina di Regia per l’integrazione socio-sanitaria

Indicazioni sugli elementi da tener presenti nella stesura degli atti

- **Progetto operativo sulla non autosufficienza**

I Riferimenti normativi (nazionali e regionali) della scheda menzionano varie fonti normative ma non fanno alcun riferimento alla L.R. n. 43 del 05 novembre 1988, pubblicata sul B.U.R. n. 128 del 10.11.1988 (Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenze dei comuni, per l’organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella regione).

In sintesi, si tratta della normativa quadro regionale in materia di integrazione socio-sanitaria.

L’Obiettivo del progetto: “La proposta di atto dovrà contenere indicazioni: sulla tipologia di strutture residenziali ...”

In particolare in materia di non autosufficienza rileva l’art. 41 della L.R. n. 43/1988.

- **Revisione atti normativi**

Tra le fonti normative di riferimento del progetto tener conto anche delle seguenti leggi regionali:

- la succitata L. R. n. 43/1988 sull’integrazione socio-sanitaria;
- la L. R. n. 20/2000 relativa all’accreditamento (requisiti, ecc.) delle strutture socio-sanitarie ed annessi livelli assistenziali;
- la L. R. n. 20/2002 relativa all’accreditamento (requisiti, ecc.) delle strutture sociali;
- la L. R. n. 26 del 1996 relativa al riordino del S.S.R.: l’art. 26, co. 1° di tale norma riconosce che esistono tre tipologie specifiche di interventi assistenziali: a.) sanitario; b.) socio-sanitario integrato e c.) di natura assistenziale.

Essendo la revisione (da intendere eventualmente anche come attuazione) di atti riferita agli “atti normativi”, appare imprescindibile prendere in considerazione le succitate tre Leggi Regionali.

“L’obiettivo del progetto” (che si prefigge la Regione) menziona anche le risorse.

Criticità:

1. Risorse

Il problema dell’individuazione delle risorse, in particolare sul versante dell’integrazione delle quote (compartecipazioni) di competenza dei Comuni fa sorgere delle cri-

ticità in quanto alcuni Comuni devono programmare degli stanziamenti ad hoc in via generale oppure comunque di volta in volta caso per caso, se non si tratta di forme assistenziali erogate di routine nei confronti di una pluralità di soggetti.

Possibile soluzione per l'assistenza residenziale o semiresidenziale: come è accaduto in Emilia-Romagna o in altre Regioni vi sarebbe la possibilità che i Comuni si riuniscano in consorzi intercomunali eventualmente con la partecipazione delle Zone Territoriali.

La necessità di individuare le risorse emerge anche dal seguente punto del P.S.R. 2007-2009:

“- punto VII. 4 *Definizione della strategia e delle linee di intervento.*

Le principali direttrici di cambiamento riguardano:

... *omissis*

- *finanziamento dell'integrazione sociale e sanitaria (budget socio-sanitario, politica delle tariffe).*

2. *Natura delle strutture residenziali (private) attualmente attive sul territorio:*

In questo settore l'attuazione pratica dell'integrazione socio-sanitaria presuppone un inquadramento delle strutture residenziali che sia chiaro, univoco e preciso ai fini dell'applicazione congiunta e coordinata della due succitate L.L.R.R. n. 20/2000 e 20/2002.

Si tratta pertanto di chiarire a quale delle tre categorie devono essere ricondotte le singole strutture (private) operative sul territorio. In particolare va focalizzato con estrema esattezza quali sono le strutture ad *assistenza mista*, cioè quelle che erogano l'assistenza socio-sanitaria in forma integrata e congiunta (la succitata categoria b). Infatti proprio all'intero di queste strutture è necessario attuare l'integrazione socio-sanitaria sotto anche forma di compartecipazione (in termini di quote sociali o comunque spese non sanitarie) alle spese che derivano dalle rette composte da una quota sanitaria ed una quota sociale.

Qualora non fosse possibile un preciso inquadramento delle strutture dovrebbero essere comunque individuati degli *indici significativi* (per es. standard, requisiti, programma/progetto terapeutico praticato, etc.) in base ai quali poter affermare che l'assistenza erogata da tali strutture è di natura mista e quindi *l'an debeat a carico dell'assistito (o di chi ne fa le veci) e/o del Comune di appartenenza.*

Accertata l'esistenza di un obbligo (certo) in ordine alla spese non sanitarie occorre una quantificazione delle stesse, procedimento questo il quale ai sensi dell'art. 23, 5° co. della L.R. n. 43/1988 può avvenire anche mediante una valutazione forfetaria.

Anche per questa fase occorre individuare degli *indici significativi* che permettano di focalizzare il *quantum debeat* da pagare a titolo di quota sociale. Si presta in modo particolare a tale scopo il programma/progetto terapeutico, soprattutto quello personalizzato.

La necessità di stabilire delle precise modalità di compartecipazione è stabilita pure al punto VII 4 - *Definizione della strategia e delle linee di intervento.*

... *omissis* ..

- *“regolazione del sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e delle modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini”.*

3. *Tipologia del programma/progetto terapeutico personalizzato:*

Altro elemento estremamente rilevante sul quale basare l'integrazione socio-sanitaria è rappresentato dal programma/progetto terapeutico personalizzato ai sensi dell'art. 2, 5° comma del D.P.C.M. 14.02.2001. La normativa regionale dovrebbe attribuire una maggiore rilevanza a tale programma, sia sul versante sanitario che sul versante sociale, nel senso di qualificare tale atto come indice significativo di riferimento.

Il predetto D.P.C.M. e l'art. 23 della L.R. n. 43/1988 enunciano un principio comune e di validità generale ossia che la quota sanitaria e quella sociale vanno determinate in *proporzione* all'incidenza della tutela sanitaria e sociale. La *modalità* di determinazione è costituita da una valutazione forfetaria, precisando che l'*oggetto* della valutazione sono i fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura).

• **Linee guida regionali sul governo della domanda socio-sanitaria**

Per la presente scheda possono valere in gran parte le considerazioni già fatte per la succitata scheda concernente la *“Revisione degli atti normativi”*. Infatti le linee guida concernenti la domanda socio-sanitaria, in pratica dovrebbero essere costituiti dalla disciplina specifica emanata in applicazione delle succitate Leggi Regionali.

La scheda in questione, nella parte concernente i riferimenti normativi menziona il P.S.R. 2007-2009 – VII. 4. *Definizione della strategia e delle linee di intervento – VII.5.*

Tra le strategie cui fa riferimento il P.S.R. viene menzionata l'integrazione socio-sanitaria sotto il seguenti profili, posti in ordine successivo:

- In primo luogo in termini di *recepimento* del D.P.C.M. 14.02.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza. Infatti gli Enti Locali spesso disconoscono la possibilità di applicare in via diretta il predetto D.P.C.M. salve le ipotesi in cui gli atti fanno espresso rinvio al D.P.C.M. ed anche in tali casi vengono sollevati problemi interpretativi.
- In secondo luogo in termini di *armonizzazione* della normativa regionale di settore nella prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria.
- Infine in termini di *compartecipazione* alla spesa; quest'ultimo aspetto presuppone chiariti e ben definiti sia il recepimento sia l'armonizzazione della normativa.

• **Settore di intervento Disabilità**

Questo settore più di ogni altro risente della necessità di far fronte alle criticità sopra illustrate in quanto la disabilità viene trattata con interventi riabilitativi di natura socio-sanitaria di varia natura.

Infatti tra le fonti normative in questione vanno sicuramente annoverate le *“Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione” approvate con il Provvedimento – Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – 7 maggio 1998.*

Predetta fonte risulta espressamente richiamata anche dal D.P.C.M. 14.01.2001 ed ha ricevuto un'amplissima trattazione anche nel *“Provvedimento del Ministero della Salute”* approvato nella seduta del 30 maggio 2007 dalla *Commissione Nazionale per la defi-*

nizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Predetto provvedimento composto da nr. 35 pagine ha ad oggetto le prestazioni residenziali e semiresidenziali e da pag. 16 a pag. 21 illustra in modo estremamente dettagliato l'inquadramento delle prestazioni riabilitative residenziali e semiresidenziali sotto due profili:

- il profilo clinico-assistenziale anche con riferimento alla durata dei trattamenti e le patologie per le quali sono previsti;
- da un punto di vista della compartecipazione alle spese, ossia la ripartizione delle quote sanitarie e sociali per alcuni tipi di prestazioni assistenziali: si vedano a tale riguardo le elencazioni di pag. 17 dove si enunciano dei principi in base ai quali mantenere la compartecipazione alla spesa e le prestazioni escluse.

Le succitate schede non possono pertanto prescindere dalle succitate fonti normative.

• Settore di intervento Salute Mentale

Nei riferimenti normativi concernenti tale scheda *non viene fatto alcun riferimento alla D.G.R. n. 2569 del 13.10.1997* (Linee di indirizzo per l'assistenza integrata sociale e sanitaria in soggetti malati mentali) limitatamente alle seguenti parti: pagg. 7 ed 8 dove si dispone che i pazienti psichiatrici possono essere assistiti oltre che nelle strutture psichiatriche anche nelle R.S.A. pubbliche e private. Nel predetto atto si precisano sia i criteri di individuazione delle spese sanitarie e sociali, sia le percentuali di riparto (quote) della retta con riferimento alle strutture di natura psichiatrica

Vi è la necessità che tale atto venga formalmente riconosciuto e recepito dai Comuni e che predetti enti locali eseguano degli stanziamenti al fine di finanziare in modo continuativo il 30% delle rette a titolo di quota sociale per i pazienti iscritti alle anagrafe dei rispettivi comuni.

Criticità:

1. In alcuni casi i comuni sono disposti a pagare il 30% della retta ma ritengono di poter sindacare nel merito la scelta della struttura nei casi in cui scegliendo una struttura meno costosa (con rette più basse) da tale scelta deriva un onere finanziario minore. Poiché la D.G.R. n. 2469/1997 nulla dice in merito occorre precisare che la scelta della struttura deve rimanere potestà esclusiva del S.S.R. che può eventualmente tenere conto del diritto di scelta dell'utente, ma senza essere vincolato ad proposte del Comune.
2. Occorre precisare che le fatturazioni delle quote sociali vadano fatte direttamente ai Comuni di appartenenza che si sono accollati la quota sociale.
3. Collegamenti tra D.S.M., N.P.I. e Ser.T. in particolare per situazioni concernenti i minori.

• Settore di intervento Materno-Infantile

I riferimenti normativi della scheda non contemplano il D.M. Sanità del 24 aprile 2000 con il quale è stato approvato il "Progetto Obiettivo materno-infantile" relativo al P.S.N. 1998-2000 che ancora non è stato portato ad esecuzione con il POMI regionale.

Fonte: punti 8, 9, 10 e 12 del D.M. 20.04.2000.

Criticità:

1. In ordine alle attività consultoriali devono essere definiti con chiarezza i rapporti (ossia l'integrazione socio-sanitaria) tra Consultorio, Servizi Sociali del Comune, Ser. T. e D.S.M.
Elaborazione di protocolli operativi interdipartimentali per la presa in carico di minori e genitori, in particolare modo per casi in cui vi sono disposizioni del Tribunale per i Minorenni.
2. Ruolo delle U.M.E.E. e delle strutture accreditate nonché rapporto con le Scuole in materia di allievi bisognosi di sostegno, ossia in relazione all'attuazione della D.G.R. n. 164/2007.
3. Elaborazione di idonei interventi socio-sanitari (residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali) per adolescenti affetti da ADHD e collegamento del Servizio di N.P.I. con il D.S.M. in vista di eventuali prese in carico di tali utenti. In tal senso potrebbero essere recepite le indicazioni della Consulta per la Salute Mentale che è in fase di rinnovo e che prevede al suo interno anche i rappresentanti della N.P.I.

Un problema comune a tutte le forme assistenziali succitate il quale è di estrema rilevanza è rappresentato dalle modalità di accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali.

Infatti sotto questo profilo per i settori assistenziali in cui non vi è il "filtro" dell'U.V.D. rilevano le seguenti problematiche:

- le autorizzazioni da rilasciare in via preventiva oppure le approvazioni (in sanatoria) da eseguire a posteriori da parte della Zona;
- l'adesione dei comuni ai vari inserimenti e la problematica degli inserimenti urgenti disposti dalla Zona in attesa che il comune si pronunci in modo formale, assumendo l'impegno di spesa;
- la conciliazione del potere di controllo ed approvazione delle zone con il diritto di libera scelta del cittadino.

Documento finale 2

Documento istruttorio per l'atto regionale di "Recepimento del D.P.C.M. 14.02.2001 in materia di integrazione socio-sanitaria richiamato nel D.P.C.M. 29.11.2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria"

Normative nazionali e regionali di riferimento:

Le normative di riferimento elencate qui di seguito sono le norme quadro generali.

- L.R. n. 43 del 05.11.1988 (Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenze dei comuni, per l'organizzazione del servizio sociale e per la gestione dei relativi interventi nella regione);

- L. R. n. 20/2000 relativa all'accreditamento delle strutture socio-sanitarie ed annessi livelli assistenziali;
- la L. R. n. 20/2002 relativa all'accreditamento delle strutture sociali;
- la L. R. n. 26 del 1996 relativa al riordino del S.S.R.;
- D.P.C.M. 14.02.2001 – Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie;
- D.P.C.M. 29.11.2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- P.S.R. 2007-2009 approvato con la Deliberazione di Giunta n. 62 nella seduta del 31.07.2007. n. 75;
- Piano Sociale 2008-2010 presentato con proposta di atto amministrativo n. 81/08 a iniziativa della Giunta Regionale.

Proposta di provvedimento e motivazione:

L'art. 4, 1° com. del D.P.C.M. 14.02.2001 dispone che *“La regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata”*.

Ancor prima dell'entrata in vigore del predetto D.P.C.M. 14.02.2001 gli obiettivi, le funzioni ed i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie erano disciplinate, in modo non sistematico, dalle succitate normative quadro generali.

Tra le normative successive al D.P.C.M. 14.02.2001 (concernente l'integrazione socio-sanitaria) rileva il D.P.C.M. 29.11.2001 e succ. mod. con il quale sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria.

Accanto alle succitate norme quadro generali sono state applicate numerose varie altre fonti normative speciali, tuttora in vigore, relative al settore sanitario ed al settore sociale.

Le norme speciali tra l'altro prevedono – per alcune prestazioni e per alcuni settori specifici – la ripartizione delle spese sociali e sanitarie secondo appositi criteri, tuttavia prima dell'entrata in vigore del D.P.C.M. 14.01.2001 e sotto la vigenza del precedente D.P.C.M. relativo all'integrazione socio-sanitaria non era stata approntata alcun tipo di disciplina quadro generale, condivisa sia dal S.S.R., sia dagli enti locali (comuni). In ossequio al principio della leale, ma anche fattiva cooperazione istituzionale tra gli enti prevista dalla nuova normativa sul procedimento amministrativo, occorre affrontare in modo globale il problema dell'integrazione socio-sanitaria.

Infatti, l'applicazione delle normative generali e speciali avveniva sulla base dei generici richiami fatti alle normative medesime nei Piani Sanitari Regionali in vigore oppure da richiami riportati nei Piani Sociali, nei Progetti Obiettivi Regionali, ma non vi era una base normativa certa ed univoca, comunemente condivisa dal S.S.R. e dagli enti locali.

A tale riguardo si evidenzia che l'applicazione delle normative avveniva in base ad accordi, di volta in volta definiti tra le Aziende Sanitarie ed i Comuni, in relazione ad al-

cuni settori ed alle volte anche con riferimento a casi o situazioni specifiche o interventi assistenziali settoriali.

Sintomatica ed esemplificativa in tal senso è la nota prot. n. 0454 di data 26.05.2006 del Difensore Civico Regionale relativa al regime assistenziale nelle R.S.A. della Regione Marche, dove predetto organo di tutela mette in evidenza che il regime assistenziale (socio-sanitario) risulta essere estremamente diversificato in tutta la Regione Marche, da struttura a struttura. La mancanza di una normativa uniforme è resa palese anche da alcune forme di disomogeneità riscontrate dalla Regione con riferimento ad alcuni settori assistenziali gestiti dalle singole Zone ed in particolare in materia di handicap, nel settore della riabilitazione (fisica, cognitiva, intensiva, estensiva, etc.), nell'ambito delle diagnosi multiple, etc.

Considerato quanto sopra, occorre ora recepire ad hoc con apposito provvedimento tutta quanta la normativa relativa al D.P.C.M. 14.02.2001 sull'integrazione socio-sanitaria, successivamente riconfermata dal D.P.C.M. sui L.E.A., ciò per i seguenti ordini di motivi:

- La necessità di un recepimento del D.P.C.M. è imposta dal succitato art. 4, 1° com. del D.P.C.M. 14.02.2001 in quanto le linee generali ed imprescindibili relative agli obiettivi, alle funzioni ed ai criteri di erogazione risultano già tracciati dal D.P.C.M. 13.02.2001 e dal D.P.C.M. 29.11.2001.
- Il fatto imprescindibile che la disciplina sull'integrazione socio-sanitaria sia basata su punti di riferimento certi e chiari è ulteriormente imposta dal 4° com. dell'art. 4 del D.P.C.M. dove si dispone che *“La programmazione degli interventi socio-sanitari avviene secondo principi di omissisomogeneità”*
- La necessità di individuare un provvedimento che disciplini in modo univoco gli aspetti di integrazione socio-sanitaria è imposta dal fatto che le succitate LL.R.R. 20/2000, 20/2002 e 26/1996 non contengono delle disposizioni di raccordo tra la disciplina del settore sanitario e quella del settore sociale.
- La possibilità di raggiungere il risultato della omogeneità, uniformità, armonizzazione nonché certezza della disciplina mediante l'adozione di un provvedimento amministrativo è espressamente consentita dall'art. 23 della L.R. N. 43/1988 intitolato *“Integrazione delle funzioni sociali e sanitarie”*.
- La possibilità di adottare atti specifici di indirizzo e di coordinamento regionali (per materia) è ulteriormente sancita dall'ultimo co. dell'art. 23 della L.R. n. 43/1988 nel quale espressamente si dispone l'adozione di *“.... omissis.atti di indirizzo e di coordinamentoin materia”*.
- Infine la necessità di definire con apposito provvedimento amministrativo il recepimento del D.P.C.M. 14.02.2001 e del D.P.C.M. 29.11.2001 risulta espressamente sancita nell'allegato 4 del predetto D.P.C.M. sui L.E.A. e precisamente al 3° paragrafo dell'allegato dove viene espressamente richiamata *“la necessità di una metodologia omogenea ..”* in materia di servizi socio-sanitari e soprattutto al penultimo paragrafo

del D.P.C.M. sui L.E.A. dove si dispone che “... *omissis* ... prevedere la necessità che la programmazione regionale proceda, nell'applicazione dei criteri per l'erogazione dei LEA, alla opportune specificazioni delle condizioni di erogabilità, per assicurare un più pieno rispetto del principio dell'appropriatezza, considerando i criteri più volte ricordati nel presente documento ...”

Premesso quanto sopra rappresentato con riferimento alla situazione di fatto ed alle norme di diritto, si propone l'adozione di un provvedimento in base al quale possa essere data una più compiuta applicazione al D.P.C.M. 14.02.2001 – Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie e pertanto si

- chiede*
1. di recepire ai sensi e per gli effetti dell'art. 4, 1° e 4° co. del D.P.C.M. 14.02.2001 e s.m.i. il predetto il decreto medesimo intitolato (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie), il quale accluso al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale unitamente alle tabelle allegate al decreto medesimo, le quali definiscono le aree di intervento socio-sanitario;
 2. di disporre che il presente provvedimento venga applicato in via diretta in materia di integrazione socio-sanitaria da parte di tutti gli enti della Regione Marche i quali ai sensi di legge debbano definire procedimenti e questioni concernenti l'integrazione socio-sanitaria;
 3. di dare atto che ai sensi e per gli effetti del 5° co. dell'art. 23 della L.R. n. 43/1988 verranno adottati ulteriori atti di indirizzo e coordinamento regionali nelle specifiche materie tra le quali rilevano quelle indicate nelle tabelle allegate al D.P.C.M. 14.02.2001, ossia le materie concernenti le seguenti aree: l'area Materno-Infantile; l'area Disabili; l'area Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative; l'area dipendenze da droga, alcool e farmaci; l'area Patologie psichiatriche; l'area Patologie per infezioni da HIV e l'area Pazienti terminali;
 4. di dare atto che nei singoli atti di indirizzo e coordinamento regionali concernenti ciascuna specifica area di intervento verranno affrontate anche le problematiche socio-sanitarie integrate a livello interdisciplinare tra le singole aree;
 5. di trasmettere il provvedimento da assumere a l'ASUR Marche, a tutte le Zone Territoriali della Regione Marche ed ai Comuni della Regione Marche affinché adempiano alle incombenze di rispettiva competenza, in attesa che vengano definiti gli atti di indirizzo regionali specifici inerenti a ciascuna delle succitate aree assistenziali.

Gruppo di Progetto Piani comunitari per la salute (PCS)

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Ridefinizione, rispetto a contenuti e metodologie, dei Piani Comunitari per la Salute che, per il nuovo Piano Sanitario Regionale (PSR) “possono rappresentare un livello di programmazione in area vasta, così da raccordare sia le analisi della condizione di salute dei cittadini nei territori e da armonizzare gli strumenti programmatori locali”.

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII.2.5 - Strumenti di supporto alla programmazione sociale e sanitaria
- DGR 1670/04 - Indicazioni per Piani Comunitari per la Salute
- PSR 2003/2006 - Paragrafo 2.1.1.

Obiettivi/Prodotti

Predisposizione di una proposta di Delibera di Giunta che ridefinisce significato, contenuti e metodologia dei PCS, alla luce delle indicazioni del nuovo PSR. La proposta di delibera deve individuare i percorsi operativi, le procedure, i supporti formativi e documentali per la predisposizione dei PCS entro il 2008, così da orientare i Piani sociali di Ambito e i Programmi delle Attività Distrettuali per l'anno seguente

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Giovanni Santarelli e Giuseppe Andrisani

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo
- Raccolta di esperienze, materiali e documenti prodotti in questi anni a livello territoriale sui PCS
- Predisposizione indice provvisorio proposta di delibera
- Lavoro personale e collettivo sui vari punti della delibera
- Attivazione confronto con soggetti esterni
- Predisposizione proposta di atto definitivo alla Cabina di Regia

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Giovanni Santarelli*	Servizio Politiche sociali
Giuseppe Andrisani*	ASUR
Francesca Testoni	ARS
Anna Lucia Fratesi	ASUR
Giordano Grilli	ASUR
Augusto Melappioni	ASUR
Sabina Paci	ASUR
Bice Previtiera	ASUR
Mauro Mariottini	ARPAM
Giuliano Tacchi	Ambiti Territoriali Sociali
Stefano Cordella	Ambiti Territoriali Sociali
Franco Pesaresi	Ambiti Territoriali Sociali
Daniela Alessandrini	Ambiti Territoriali Sociali

*Coordinatore

Attività

Il gruppo di progetto con l'obiettivo di predisporre una proposta di DGR che ridefinisca significato, contenuti e metodologia dei *Piani Comunitari della Salute* ha approfondito, innanzitutto, ed alla luce le indicazioni del nuovo Piano sanitario su cui si individuano percorsi operativi, procedure, supporti informativi e documentali per la predisposizione dell'atto così da orientare i Piani sociali di ambito e i Programmi attuativi di Distretto per l'anno seguente.

Il Gruppo ha effettuato anche una ricognizione di documenti extra regionali approfondendo l'esperienza toscana delle "Società della salute".

Sulla base delle indicazioni emerse ed alla luce di alcune esperienze avviate in alcuni ambiti territoriali sono stati evidenziati ed approfonditi dai componenti del Gruppo elementi di criticità e alcune strategie possibili in ordine ad alcune questioni essenziali circa l'identità e le funzioni dei PCS.

Il Gruppo ha effettuato sei incontri producendo un documento dal titolo "I Piani Comunitari per la Salute (P.C.S.)" che non è strutturato come proposta di D.G.R. ma come possibile allegato "parte integrante" di una D.G.R., allo stesso modo della D.G.R. n. 1670/04, che approvava le indicazioni per la implementazione dei P.C.S.

Il documento, partendo dal concetto di salute, tende ad attivare tutte le dinamiche intersettoriali, che coinvolgano in senso partecipativo i soggetti detentori della responsabilità sociale in tema di salute. L'obiettivo è quello di validare un percorso che possa concretizzare tali dinamiche che realizzino le condizioni necessarie per un adeguato governo locale, di promozione e tutela della salute dei cittadini.

La Cabina di Regia ha accolto il documento ed ha dato disposizioni di trasformare l'atto in delibera di Giunta, ed indicare le procedure da mettere in atto, al fine di permettere l'implementazione dei PCS.

Scheda riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto un documento dal titolo "I Piani Comunitari per la Salute (P.C.S.)" che non è strutturato come proposta di D.G.R. ma come possibile allegato "parte integrante" di una D.G.R., allo stesso modo della D.G.R. n. 1670/04 che approvava le indicazioni per la implementazione dei P.C.S.

Contenuti qualificanti

Il documento, partendo dal concetto di salute, tende ad attivare tutte le dinamiche intersettoriali, che coinvolgano in senso partecipativo i soggetti detentori della responsabilità sociale in tema di salute. L'obiettivo è quello di validare un percorso che possa concretizzare tali dinamiche che realizzino le condizioni necessarie per un adeguato governo locale, di promozione e tutela della salute dei cittadini.

Il documento indica, quindi, possibili orientamenti regionali per la realizzazione dei PCS in grado di:

- determinare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e gli ostacoli e/o le opportunità che influenzano la realizzazione del benessere collettivo;
- creare una politica intersettoriale di promozione alla salute;
- individuare i settori determinanti ed interessati alla strategia di realizzazione del benessere pubblico;
- promuovere un ruolo più attivo della popolazione e delle loro associazioni nella scelta di politiche della propria salute;
- sperimentare un modello innovativo di pianificazione in ambito socio sanitario derivante dall'applicazione di metodologie epidemiologiche quantitative e tecniche di analisi qualitative;
- definire obiettivi di salute attraverso gli strumenti sopra descritti;
- implementare una programmazione concertata e negoziata tra tutti gli attori del sistema salute;
- sviluppare la metodologia operativa secondo la logica degli obiettivi;
- sperimentare e sviluppare forme di comunicazione e coinvolgimento a/dei cittadini sulle problematiche inerenti la salute.

Sviluppi previsti

La Cabina di Regia valuta se le scelte e le indicazioni del documento del gruppo rispondono alle necessarie coerenze di sistema e agli orientamenti generali della programmazione regionale (ambito del PCS, responsabilità, collegamenti...) e, conseguen-

temente, indica le procedure per l'adozione dell'atto che permetta l'implementazione dei PCS

Note

Poiché il Servizio Politiche Sociali ha attivato un gruppo di lavoro per la predisposizione delle Linee guida per i Piani triennali di ambito sociale, sembra necessario e urgente prendere decisioni in merito ai PCS e anche, vista la necessità del raccordo e dell'integrazione socio-sanitaria, le decisioni del Servizio Salute in relazione a possibili Linee guida per i Programma delle Attività di Distretto (PAD), ferme al 2005.

Gruppo di Progetto **Piani comunitari per la salute** **(PCS)**

Documento finale

I Piani Comunitari per la Salute (P.C.S.) ***Indicazioni per la realizzazione***

Indice

- 1) Introduzione/ cornice concettuale
- 2) Motivazione del PCS
- 3) Definizione del PCS
- 4) Obiettivi del PCS
- 5) PCS e gli altri strumenti di pianificazione
- 6) Contenuti del PCS
- 7) Territorio di riferimento e struttura operativa
- 8) Partners coinvolti
- 9) Strumenti per la realizzazione del PCS
- 10) Rilevazione dei bisogni... "l'elaborazione del profilo di salute della comunità"
- 11) Fasi per l'elaborazione del PCS

Allegati

- 1) Gli indicatori per l'elaborazione del profilo di salute
- 2) Griglia di progettazione operativa per la realizzazione dei progetti

1) Introduzione/cornice concettuale

L'evoluzione socio-economica degli ultimi decenni del mondo industrializzato ha profondamente modificato la percezione dello stato di salute nell'individuo, e di conseguenza della collettività dei paesi sviluppati.

La sola assenza di malattia non è più sufficiente ad indurre la percezione di salute nell'individuo, in quanto la sola integrità psico-fisica non è più in grado di soddisfare le aspettative, in termini di qualità di vita.

Questa evoluzione ha allargato il perimetro delle aspettative individuali del benessere, dove l'integrità psico-fisica è solo la preconditione necessaria allo sviluppo del benessere che si è caratterizzato di fattori di ordine prevalentemente psicologico ed economico che sono determinanti nello sviluppo della *capacità sociale dell'individuo*.

Infatti l'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia la complessità del concetto

di salute definendo quest'ultima come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità" (*Alma Alta 1978*).

Tale definizione rimanda il concetto di salute alle tre dimensioni di cui si compone la vita degli individui che sono: la dimensione fisica, la dimensione psichica e quella relazionale, è nell'equilibrio e nella relazione tra queste tre dimensioni che il concetto di salute o benessere trova la sua massima espressione.

La salute dipende, quindi, da molti determinanti, gran parte dei quali risiedono e sono condizionati da scelte economiche, ambientali, dall'organizzazione sociale complessiva, dall'integrazione sociale e culturale, ecc.

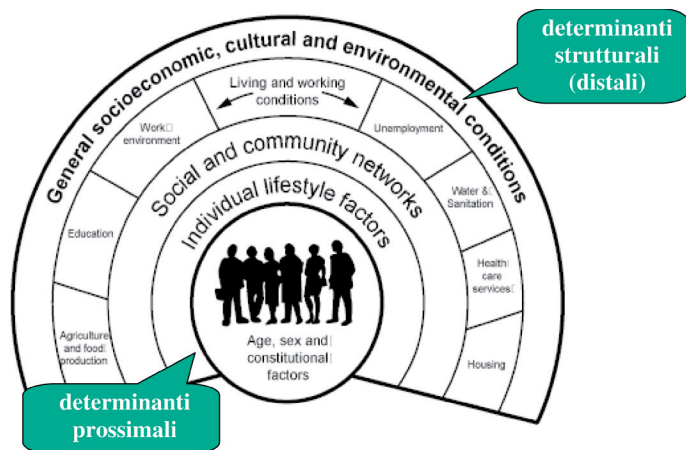
Tali fattori interagiscono tra loro, non agiscono singolarmente, ma si intrecciano.

I determinanti di salute possono essere, così, classificati in:

- NON MODIFICABILI (ad esempio l'età, il sesso, la genetica, ecc. influenzano notevolmente la nostra salute, ma noi siamo in grado di agire poco su di loro; possiamo tuttavia provare a modificare alcune delle loro prevedibili conseguenze)
- MODIFICABILI quali:
 - i FATTORI AMBIENTALI (ad esempio la qualità dell'aria, dell'acqua, degli alimenti, del territorio, della città, della casa, ecc.)
 - i FATTORI SOCIALI ed ECONOMICI (ad esempio la povertà, la disoccupazione, l'emarginazione, ecc.)
 - gli STILI DI VITA (ad esempio l'alimentazione, l'attività fisica, l'abitudine a fumare e a bere, ecc.)
 - la DISPONIBILITÀ DI SERVIZI DI QUALITÀ (ad esempio i servizi sociali, sanitari, educativi, ricreativi, ecc.)

Figura 1

I determinanti della salute



Si comprende quindi, da quanto sopraddetto, che il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione sia perseguibile solamente agendo sui diversi determinanti della salute e che alla tutela della salute concorrono diversi sistemi oltre a quello sanitario.

Di conseguenza, le politiche per la salute si sono trovate a dover spostare l'attenzione dalla rimozione della malattia alla promozione della salute, valorizzando approcci umanistici, meno medicalizzati e più olistici, che tengano conto della persona nel suo insieme, che integrino i diversi saperi e gli ambiti disciplinari promuovendo dialogo e interazione tra i professionisti, che agevolino la diffusione di politiche intersettoriali che, attraverso la collaborazione dei diversi attori chiamati in causa, consentano la messa in atto di azioni multidimensionali.

Si assiste al passaggio da modalità di pianificazione basate su prospettive di BIG Government a forme dialogiche e collaborative che valorizzano il modello della governance (se il governo si fonda sull'esercizio di una autorità, la governance si caratterizza per l'esercizio dei poteri effettivi in una struttura di relazioni che appare di tipo poliarchico in quanto fondata su un gioco di equilibri fra una pluralità di soggetti).

Ponendo l'accento sulla interazione, sulla collaborazione, e sugli accordi tra i diversi soggetti chiamati in causa, il modello di governance si basa sul principio secondo il quale non esiste una soluzione o un metodo in assoluto migliore per definire obiettivi e priorità di una politica in uno specifico settore di intervento. Ciò presuppone il perseguimento e il raggiungimento di una soluzione approssimativamente razionale, frutto del confronto tra gli attori interessati alla soluzione del problema. Confronto che consente di valorizzare la ricchezza dei diversi punti di vista, delle competenze delle conoscenze, di trattare problemi complessi senza doverli standardizzare, di sviluppare forme di dialogo e di interazione che evitino l'insorgenza di conflitti. In questa accezione la governance fa sì che si ridefiniscano i confini di un welfare state che necessita della responsabilizzazione di tutti gli attori e si fonda sempre più su processi di programmazione concertata resi possibili dalla partecipazione comunitaria.

Il concetto di governance fa riferimento alla partnership tra pubblica amministrazione e cittadini e sottende un'ottica di partecipazione comunitaria ai processi di programmazione.

La partecipazione è qualcosa di diverso sia dall'ascolto (consultazione), sia dal coinvolgimento.

La partecipazione della comunità è da intendersi quale costruzione di mondi condivisi sia in sede progettuale, sia in sede di realizzazione, ma soprattutto, anche in sede di valutazione di progetti, dando origine così ad un processo circolare e democratico che rappresenta il presupposto ineludibile per far sì che il PCS possa realmente configurarsi quale Patto locale di solidarietà per la salute, secondo una logica di programmazione negoziata.

Il legislatore regionale nella consapevolezza di tutto questo ha inserito nel Piano Sanitario Regionale 2003-2005 "Un'alleanza per la salute" e 2007-2009 "Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del Servizio sanitario regionale per la salute dei

cittadini marchigiani”, la costruzione dei Piani Comunitari di Salute (PCS) che rappresentano le opportunità per costruire quell’atto di pianificazione finalizzato ad avvicinare le comunità ai percorsi di programmazione della salute.

2) Motivazione del Piano Comunitario per la Salute

La salute, quale benessere fisico, psichico e sociale e quindi non solo assenza di malattia, non è il mero prodotto dell’amministrazione sanitaria ma deve rappresentare, piuttosto, un obiettivo perseguito da tutte le istituzioni che, pur non avendo una diretta competenza sanitaria, esercitano funzioni che possono incidere sullo stato di salute della popolazione (Piano Sanitario Nazionale 2006-2008).

Questo concetto espresso nel PSN e ripreso dai PSR 2003-2005, 2007-2009 rappresenta la principale ragione per la formulazione del pcs.

Difatti, il complesso contesto sociologico che sottende ai processi di formazione della domanda di salute rende necessario il coinvolgimento operativo di tutti i settori detentori delle “responsabilità sociali” insieme ai cittadini e alle loro associazioni per la promozione e la tutela dello stato di salute della popolazione.

Il Servizio Sanitario e Sociale intervenendo, esclusivamente, sui fattori legati all’erogazione di prestazioni, ha poca probabilità di risolvere il problema, perché agisce solo su una parte dei fattori determinanti la salute, assorbendo di contro una quota rilevante di risorse.

Pertanto, una strategia operativa unitaria può permettere di coagulare le limitate risorse disponibili in programmi comuni, che da un lato evitino inutili e diseconomiche duplicazioni di interventi e dall’altro creino i sinergismi interdisciplinari finalizzati all’incremento dell’efficacia delle azioni che verranno poste in essere anche nell’ottica della continuità assistenziale.

Il PCS erige la propria motivazione nella stringente necessità di attivare quelle dinamiche intersettoriali, che coinvolgano in senso partecipativo la pluralità dei soggetti detentori della responsabilità sociale in tema di salute, per consentire il presidio del welfare locale. Si basa inoltre sul principio e la necessità di favorire un maggiore orientamento delle politiche per la salute rispetto ai bisogni dei cittadini attribuendo ad essi una nuova e maggiore centralità come partner del sistema sanitario locale.

L’obiettivo finale è quello di validare un percorso che possa concretizzare tali dinamiche, in quanto troppo spesso analoghi intenti si sono ridotti ad una mera espressione di volontà dei soggetti chiamati in causa. Non basta il consenso, servono anche dei forti vincoli in base ai quali creare le condizioni necessarie, altrimenti qualsiasi intento, per quanto encomiabile, resta una idea inerte.

Il “Patto” implica un vincolo tra i contraenti, esattamente come avviene in qualsiasi tipo di pattuizione.

3) Definizione del Piano Comunitario per la Salute

Il Piano Comunitario per la Salute è definito come *“piano pluriennale di azione ela-*

borato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento della assistenza sanitaria”.

Si tratta di una nuova modalità di promozione e tutela della salute dei cittadini che, a partire dalla individuazione dei bisogni, giunge alla definizione delle azioni da realizzare per conseguire il benessere degli individui e della comunità a cui appartengono, in un arco di tempo che va dai 3 ai 5 anni, seguendo una logica di integrazione socio-sanitaria.

L’integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie è necessaria per incrementare il grado di autonomia del singolo e valorizzare le sue capacità di realizzarsi nella sua interezza, come essere umano.

Il D.Lgs.n.229/99 ha riportato l’attenzione su tale necessità, ripristinando una cultura di servizi alla persona rispetto ad un approccio di intervento assistenziale dei servizi. Se il dettato normativo del decreto 502/92 puntava alla regionalizzazione, all’aziendalizzazione, alla responsabilizzazione dei costi e all’introduzione di logiche di mercato, oggi le riforme 229/1999, 328/2000 consentono di ridefinire il sistema incentrando sulla persona l’offerta delle prestazioni integrando il sociale con il sanitario e consentendo quindi un’applicazione organica dei principi della legge 833/78 che aveva introdotto parole chiave in sanità: prevenzione, programmazione, partecipazione in un’ottica di sistema integrato, universalistico e decentrato.

È chiaro quindi che l’integrazione tra il *sociale* ed il *sanitario* è ritenuta dal livello di governo regionale un obiettivo prioritario, sul quale, in primis, Enti Locali e Zone Territoriali dovranno impegnare le loro capacità di riformulazione delle attività di programmazione e di riconfigurazione dei relativi assetti organizzativi.

4) Obiettivi del Piano Comunitario per la Salute

Il Piano Comunitario per la Salute vuole conseguire importanti obiettivi come:

- determinare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e gli ostacoli e/o le opportunità che influenzano la realizzazione del benessere collettivo;
- creare una politica intersettoriale di promozione alla salute;
- individuare i settori determinanti ed interessati ad una strategia di realizzazione del benessere pubblico;
- promuovere un ruolo più attivo della popolazione e delle loro associazioni nella scelta di politiche della propria salute.

Oltre che perseguire i seguenti obiettivi specifici:

- sperimentare un modello innovativo di pianificazione in ambito socio sanitario derivante dall’applicazione di metodologie epidemiologiche quantitative e tecniche di analisi qualitative;
- definire obiettivi di salute attraverso gli strumenti sopra descritti;

- implementare una programmazione concertata e negoziata tra tutti gli attori del sistema salute;
- sviluppare la metodologia operativa secondo la logica degli obiettivi;
- sperimentare e sviluppare forme di comunicazione e coinvolgimento a/dei cittadini sulle problematiche inerenti la salute.

5) Piano Comunitario per la Salute e gli altri strumenti di pianificazione

Presupposto per il confronto è l'esplicito riconoscimento della differenza concettuale esistente tra il livello di formulazione di politiche e quello dello sviluppo conseguente e coerente di azioni attuative, queste ultime ricomprendono, generalmente, anche le politiche dei servizi, siano esse di tipo sanitario che non, la cui formulazione e gestione è affidata solitamente a precisi settori istituzionali.

Politiche sociali, sanitarie, educative e formative, del lavoro, culturali, urbanistiche, abitative, ecc., sono politiche settoriali che possono ricomporsi, in tutto o in parte, in politiche sovrasettoriali laddove, per la natura delle complesse dinamiche legate ai determinanti in gioco, le azioni settoriali non risolverebbero il problema posto.

In questa ottica si muove la predisposizione del Piano Comunitario per la Salute, che si pone come strumento per la formulazione e attuazione di politiche per la salute, intendendo per quest'ultima non come mera assenza di malattia.

Le politiche per la salute possono essere intese quindi come politiche sovrasettoriali messe in campo per rispondere a bisogni di primario interesse, di natura complessa, catalizzando i settori in grado di dare loro risposta. La diversità di oggetti, di competenza, di punti di vista, appartenenti a diversi settori è condizione per la integrazione e contestuale mantenimento di un proprio e distinto spazio di azione.

Il PCS è uno strumento di "politica di salute", perciò generale e di ampio respiro, che si colloca più a monte rispetto agli altri strumenti di "politica dei servizi".

Il PCS deve poter sostanziare politiche per la salute in grado di massimizzare i contributi settoriali, senza inficiare l'autonomia programmatoria dei singoli settori, ma integrandola ed indirizzandone il potenziamento su priorità di salute individuate in modo partecipato e condiviso, alla cui risposta, tutta la comunità si impegna.

Il PCS pertanto valorizza e rafforza gli impegni di programmazione profusi da tutti i singoli settori di attività istituzionale e non.

Favorisce quindi lo sviluppo di sinergie operative rispetto alle attività di indagine dei bisogni e di partecipazione della comunità.

La promozione della salute, in particolare nelle comunità evolute, ove i suoi molteplici determinanti dispiegano le interrelazioni più complesse, è uno degli ambiti che meglio si presta allo sviluppo di programmi di comunità, cui si affida la capacità di migliorare lo stato di salute ed incidere sulle disuguaglianze.

Ecco che i Piano di Ambito possono essere inquadrati come parte della risposta ai bi-

sogni di salute di genesi sociale, i Piano delle Attività Distrettuali come risposta sanitaria e socio sanitaria, l'Agenda 21 per le azioni in campo ambientale, Città sane per azioni civiche. È evidente, quindi, che tali programmazioni non esauriscono la loro sfera di azione contribuendo a dare risposta a specifici bisogni di salute.

Pertanto laddove gli strumenti di programmazione settoriali risultano esistenti ed approvati, costituiscono una prima base di natura informativa per il percorso di costruzione del PCS con riguardo sia alle elaborazioni del Profilo di Salute (in quanto in tali documenti è stata esplicitata una valutazione dei bisogni) sia per quanto riguarda la stesura del piano di azione.

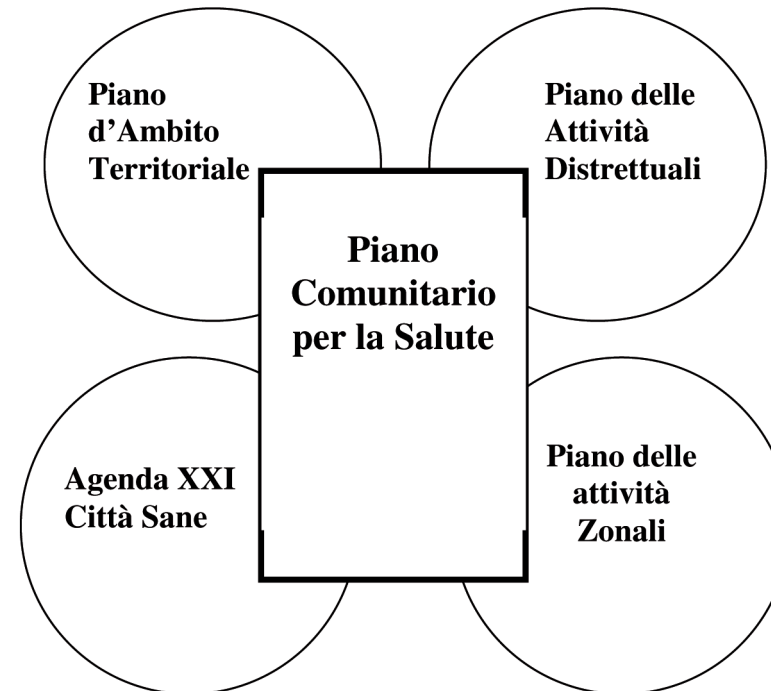
Tuttavia una volta elaborato, il PCS potrà essere la fonte di aggiornamento delle parti delle programmazioni settoriali già esistenti nel territorio.

Laddove tali programmi non siano esistenti o siano in fase di elaborazione il PCS una volta approvato potrà essere una delle basi informative di costruzione delle programmazioni settoriali.

In estrema sintesi si deve tendere a realizzare un percorso di osmosi programmatoria dinamica e continua tra programmazioni settoriali e PCS.

Figura 2

Possibile comunione tra più macro programmazioni



Riepilogo sintetico delle caratteristiche degli strumenti di programmazione territoriali

Variabili	Piani di ambito sociale	Piani di Distretto sanitario e Zonale	Piano comunitario di salute
Focus	Servizi socio sanitari	Servizi sanitari e socio sanitari	Bisogni
Punto di vista privilegiato	Istituzioni/comunità	Istituzioni	Società
Approccio conoscitivo	Top down/interattivo	Top down	Interattivo top down e bottom up
Soggetti coinvolti attivamente nelle misure di intervento	Istituzioni e comunità locali	Istituzioni	Istituzioni e comunità locali
Risorse	Pubbliche e comunitaria	Pubbliche	Pubbliche e comunitarie

6) Contenuti del PCS

Il PCS individua sulla base della situazione demografica, socio-economica, ambientale ed epidemiologica:

1. i più importanti bisogni di salute della popolazione locale e le risposte in termini di promozione della salute e prevenzione della malattia che gli EE.LL. e le altre organizzazioni coinvolte si impegnano a dare su di un vasto fronte intersettoriale, interdisciplinare ed interprofessionale;
2. i principali bisogni di assistenza sanitaria e sociale della popolazione locale e le modalità di risposta in termini di offerta di servizi socio-sanitari da parte di Zone Territoriali, EE.LL., terzo settore e privato accreditato;
3. la programmazione degli interventi conseguenti per rispondere ai bisogni della popolazione sopra identificati come prioritari;
4. la natura degli impegni nei vari settori ed attività, compreso il settore sanitario, necessari a rispondere ai bisogni della popolazione locale sopra identificati;
5. le modalità di interconnessione fra le azioni di competenza dei vari enti e organizzazioni con indicate risorse e tempi;
6. le modalità di monitoraggio e di valutazione dell'esito degli interventi.

7) Territorio di riferimento e struttura operativa per la costruzione e gestione del PCS

La dimensione geografica organizzativa ottimale per lo sviluppo sia del Profilo di Salute che successivamente del Piano Comunitario per la Salute è la Zona Territoriale e i suoi Ambiti Sociali.

La responsabilità politica della realizzazione del piano è della Conferenza dei Sindaci che ne dà mandato al Direttore di Zona.

L'elaborazione del Piano Comunitario per la Salute è una attività caratterizzata da:

- necessità di condivisione del progetto da parte di tutti gli attori coinvolti;
- necessità di competenze multi professionali;

- necessità di condivisione delle attività con soggetti esterni;
- pluralità di fonti informative;
- pluralità di soggetti interni (Zone Territoriale e degli Enti Locali);
- necessità di coinvolgimento dei fruitori del prodotto finale.

Tali caratteristiche rendono immediatamente comprensibile la necessità di prevedere una struttura operativa che soddisfi i seguenti requisiti:

- capacità di coinvolgere istituzioni differenti con comuni obiettivi;
- mettere in rete soggetti diversi;
- disponibilità di competenze professionali diverse.

La struttura operativa per la costruzione e gestione del PCS è descritta, con ruoli e funzioni, nella seguente tabella:

DENOMINAZIONE	RUOLO	FUNZIONI
Conferenza dei Sindaci	Organo committente e promotore	<ul style="list-style-type: none"> • commissiona il PCS • favorisce la partecipazione della comunità e l'integrazione fra i diversi attori • nomina la struttura operativa per il PCS (ufficio di coordinamento del Piano Comunitario per la Salute) • sceglie le priorità di salute su cui intervenire • valuta la proposta di PCS ed approva la stesura definitiva sulla base delle priorità di scelta • dispone le necessità attuative del PCS • valuta i risultati raggiunti • riattiva il processo di programmazione – attuazione • favorisce lo sviluppo del PCS all'interno della Zona attraverso un ruolo cerniera tra il livello politico e tecnico
Direttore della Zona Territoriale		
Ufficio di coordinamento del PCS (formato da un nucleo di figure individuate sulla base di elevate competenze professionali/ dirigenziali)	Organo di coordinamento	<ul style="list-style-type: none"> • coordina tutte le fasi di elaborazione del PCS • vigila sul processo attuativo del PCS • propone la valutazione del PCS
Gruppi tecnici di lavoro formulati a seconda delle aree di intervento del percorso (formato da un nucleo di figure individuate sulla base delle competenze specifiche)	Organo tecnico	<ul style="list-style-type: none"> • elaborano il profilo di salute di zona ed individuano i problemi di salute emergenti • analizzano bisogni selezionati di salute • elaborano la proposta di PCS • monitorano la regolare attuazione degli interventi previsti nel PCS

La Regione favorisce e monitora annualmente lo sviluppo del PCS ed eroga i finanziamenti di sua competenza, previa approvazione dei medesimi, per l'implementazione del PCS.

L'Agenzia Sanitaria Regionale svolge un ruolo di raccordo delle analisi delle condi-

zioni di salute dei territori, omogeneizzando il processo di elaborazione del profilo di salute nelle singole Zone dell'area, attraverso un processo di specificazione di contenuti epidemiologici comuni.

8) Partner coinvolti nella elaborazione del PCS

Il metodo della programmazione partecipata che è alla base dell'elaborazione del Piano Comunitario per la Salute, non può prescindere da un processo di coinvolgimento *a tutto tondo* degli attori del progetto salute di una comunità.

I partner che vengono ad interagire nell'elaborazione di un PCS sono:

- professionalità del sistema sanitario e sociale
- organismi di partecipazione dei cittadini
- organismi istituzionali di riferimento (INAIL, INPS, Uffici scolastici, Distretti scolastici, Ufficio del lavoro, Centri di formazione professionale ecc)
- enti a rilevanza sanitaria (ARPAM, Sistema di protezione sociale, Organizzazioni assistenziali)
- servizi sanitari privati locali (case di cura, cliniche, laboratori)
- associazionismo strutturato (organizzazioni di volontariato socio sanitario, organizzazioni di rappresentanza e tutela)
- organizzazioni sindacali
- organizzazioni non profit (cooperative sociali e centrali cooperative)
- persone fisiche
- persone giuridicamente rappresentate (società professionali e scientifiche, organizzazioni di categoria ad es. artigiani)
- imprenditoria locale (industriale, commerciale, di servizio, ecc...)

9) Strumenti per la realizzazione del PCS

La realizzazione del Piano si caratterizza per il coinvolgimento di numerosi attori, coinvolgimento che assume caratteristiche diverse in ciascuna delle fasi che lo attraversano. Sono, generalmente, le fasi di rilevazione dei bisogni e di selezione delle priorità che connotano le modalità partecipative di un piano.

È il grado di coinvolgimento dei cittadini nelle scelte che determina il livello partecipativo della comunità ed è l'utilizzo dei diversi strumenti di rilevazione delle opinioni che consente di realizzare la partecipazione e di conseguire gli obiettivi del piano. Ciò porta ad identificare gli strumenti di realizzazione del Piano Comunitario per la Salute con gli strumenti e le modalità di ascolto e di partecipazione.

Sinteticamente si può affermare che gli strumenti e le modalità che consentono la costruzione di un PCS sono:

- raccolta di dati statistici ed epidemiologici
- questionari
- interviste e colloqui in profondità
- tecniche di gruppo (focus group, gruppi nominali, ecc)

- gruppi di lavoro
- organi di governo e comitati
- corsi e laboratori informativi
- siti web

10) Rilevazione dei bisogni "l'elaborazione del Profilo di Salute della comunità"

La rilevazione dei bisogni è un ineludibile atto propedeutico alla fase di programmazione delle azioni da porre in essere per migliorare lo stato di salute della popolazione.

L'analisi dei bisogni deve necessariamente basarsi sulle tecniche di rilevazione epidemiologiche sociali e sanitarie quantitative e qualitative.

Definizione di Profilo di Salute

Il profilo di salute di una comunità è una descrizione quantitativa e qualitativa della salute dei cittadini e dei fattori che la influenzano.

Identifica problemi, propone aree d'intervento e stimola l'azione (OMS, 1995).

Ha la duplice funzione di strumento per la pianificazione di politiche e di interventi finalizzati al miglioramento della salute della popolazione, di punto di avvio di processi partecipativi di progettazione e di gestione comunitaria della salute.

Il profilo è un ritratto dell'attuale stato di salute della popolazione. Proprio per questo, esso è lo strumento base per l'individuazione delle priorità, il ponte tra i cittadini ed i produttori di dati da un lato ed i decisori dall'altro. La realizzazione del profilo rappresenta quindi la fase antecedente alla scelta delle aree su cui è prioritario intervenire.

La partecipazione comunitaria è l'elemento fondativo del Profilo di Salute. Partecipazione significa prendere parte alla vita politica e sociale della comunità all'interno della quale si vive.

Rientra nel tema della partecipazione politica e sociale ogni azione che direttamente o indirettamente miri a proteggere determinati interessi o valori o sia diretta a conservare o a mutare gli equilibri di forza nei rapporti sociali.

Quindi dalla "parola della cittadinanza" (ascolto) e da quella "del professionista" (indagini strutturate) nasce il Profilo di Salute.

Questa attività di ascolto e di ricognizione dei bisogni è permanente per tutta la durata del Piano Comunitario per la Salute.

I destinatari del Profilo di Salute

Il profilo consente ai decisori politici (Conferenze dei Sindaci, Enti Locali), al mondo sanitario (Zona Territoriale e sue articolazioni distrettuali, Az. Ospedaliera, sanità privata), al mondo extra-sanitario (Terzo Settore, Scuola, Forze dell'Ordine, ecc.), a tutta la cittadinanza, di "avere il polso della situazione" sulla condizione di benessere della collettività

- la *Direzione Generale delle Zone Territoriali*, sia perché dà il mandato per la sua elaborazione e sovrintende a quei servizi che frequentemente ne curano la reda-

zione e coordinano la sua realizzazione sia perché il profilo influisce sull'allocazione delle risorse.

- gli *Enti Locali* (Provincia/Comuni - assessori/funzionari) in quanto attori principali della politica sanitaria locale
- i *Direttori dei Distretti Sanitari* responsabili delle attività sanitarie distrettuali realizzate integrate col Piano di Zona.. Il profilo è anche un riferimento per la redazione del Piano delle Attività Distrettuali (ad esempio, per il contesto di salute);
- i *Gruppi di lavoro Piani Comunitari per la Salute*. Essi sono infatti incaricati della definizione delle attività e degli obiettivi nell'ambito delle aree tematiche individuate come prioritarie dalla Conferenza dei Sindaci. Il profilo di salute dovrebbe pertanto fornire loro una base conoscitiva, che andrà poi sviluppata dalla documentazione mirata;
- *tutti i potenziali attori del PCS (sanitari ed extra-sanitari)*. Rappresentano un possibile destinatario, in quanto attori e partecipi del PCS. In questo gruppo sono compresi anche tutti coloro che, pur non svolgendo attività strettamente riconducibili al PCS, sono comunque impegnati nella tutela e promozione della salute;
- la *popolazione generale*, in quanto una delle finalità del PPS è proprio far diventare il cittadino consapevole e partecipe delle scelte e degli interventi che riguardano la sua salute.

Le tematiche del Profilo di Salute

- **Demografia**
la composizione e la struttura della popolazione residente influenza in misura rilevante i suoi bisogni socio-sanitari. Ad esempio, il progressivo invecchiamento della popolazione rende conto dell'aumento delle malattie cronico-degenerative (come quelle cardio-vascolari e neoplastiche) e della necessità di rispondere ai bisogni sociali delle persone anziane che spesso vivono sole ed in condizioni di non autosufficienza.
- **Territorio**
le caratteristiche morfologiche e geografiche del territorio influenzano il modo di vivere, come ad esempio gli spostamenti, le attività del tempo libero, il clima, l'alimentazione.
- **Ambiente**
esiste una profonda e reciproca interazione tra l'uomo e l'ambiente. Molte attività umane (attività lavorative, traffico veicolare, riscaldamento, gestione dei rifiuti ...) producono un aumento del carico di inquinanti, modificando il naturale equilibrio ambientale ed inducendo delle alterazioni che poi possono, a loro volta, influenzare lo stato di salute dell'uomo (ad esempio, l'inquinamento dell'aria può comportare un aumento di diverse malattie, tra cui quelle respiratorie).
- **Contesto sociale, culturale, ricreativo**
ad esempio, il livello di istruzione, una vita sociale attiva, avere amici, svolgere atti-

vità ricreative (come andare al cinema o a teatro) concorrono in misura rilevante al benessere.

- **Contesto economico**
la salute delle persone è influenzata dalla situazione finanziaria e lavorativa. Diversi studi, condotti sia a livello internazionale che in Italia, hanno infatti osservato che le persone più svantaggiate (povere, senza lavoro, con basso livello di istruzione) si ammalano di più e muoiono prima: è il fenomeno delle disuguaglianze socio-economiche di salute, che è in aumento anche in Italia.
- **Offerta di servizi sanitari e sociali**
esercitano rilevanti influenze sullo stato di salute. Hanno un effetto positivo, in quanto servizi di elevata qualità sono in grado di fornire una risposta adeguata alla domanda socio-sanitaria della popolazione. Qualora però vengano utilizzati in modo inappropriato, essi possono avere anche effetti negativi, quali ad esempio i rischi "iatrogeni" (si pensi agli effetti collaterali conseguenti all'uso inappropriato di farmaci e di procedure diagnostiche) e l'utilizzo inefficiente delle risorse
- **Stili di vita**
costituiscono un'importante determinante di salute: stili di vita non salutari (come il tabagismo, l'eccessivo consumo di alcolici, la sedentarietà ed un'alimentazione eccessiva e non equilibrata) minacciano la salute e favoriscono l'insorgenza di patologie
- **Morbosità e mortalità**
costituiscono il negativo della fotografia dello stato di salute della popolazione. Conoscere le cause di morte e la morbosità è importante per identificare eventuali fonti di minaccia per la salute e quindi possibili aree di intervento. Le malattie mortali o invalidanti comportano poi un carico sociale, come la necessità di assistenza per le persone non autosufficienti e l'elevato numero di anni di vita persi nel caso delle morti giovanili. Particolare attenzione dovrebbe essere quindi rivolta allo studio della disabilità (anche tramite l'utilizzo degli anni di vita residui liberi da disabilità), oltre che di particolari gruppi di popolazione quali bambini, donne e anziani. Ove possibile, è inoltre opportuno descrivere mortalità e morbosità anche in relazione alle condizioni sociali, economiche e culturali, in modo da evidenziare eventuali disuguaglianze di salute in gruppi di popolazione
- **Percezione soggettiva della qualità della vita e dello stato di salute**
ciò che soggettivamente viene ritenuto importante, non sempre coincide con l'opinione dei tecnici, ma, proprio perché il benessere e la qualità della vita riguardano principalmente la sfera della soggettività, "la parola della cittadinanza" deve rappresentare un elemento imprescindibile nella definizione delle principali aree d'intervento. Benché soggetto a possibili forti distorsioni, si tratta di un elemento informativo di assoluta rilevanza ove si consideri l'importanza dell'elemento psicologico soggettivo nello stato di salute.

Il dettaglio territoriale

Il Profilo di Salute ha un'articolazione territoriale globale coincidente con quella della Zona Territoriale di riferimento. È opportuno che per alcune aree tematiche, nei profili vengano riportati anche indicatori riferiti ai singoli Distretti/Ambiti Sociali.

Al fine di contestualizzare meglio le informazioni, è inoltre consigliabile che nel profilo siano presenti confronti con altre realtà geografiche: con i valori medi nazionali e regionali, con i dati di altre province e Zone Territoriali.

I riferimenti temporali e la periodicità

L'anno di riferimento dei dati dovrebbe essere possibilmente compreso negli ultimi 5 anni.

È di notevole utilità riportare i trend, per valutare il fenomeno in esame nel suo andamento temporale. Andrebbero analizzati nel tempo non solo i fenomeni patologici, ma anche i determinanti che li hanno provocati. Spesso non è disponibile il trend per la specifica area geografica in esame, ma è opportuno riportare comunque un trend anche se nazionale o regionale.

È opportuno provvedere ad un aggiornamento periodico dei dati, proprio perché il profilo è uno strumento di lavoro che consente il monitoraggio dei risultati conseguiti, l'individuazione di eventuali nuovi problemi di salute e di ulteriori aree di intervento. L'aggiornamento del profilo deve avvenire con cadenza medio-lunga (ad esempio, ogni 3-5 anni) perché i fenomeni di salute raramente si modificano velocemente.

Le fonti ed il flusso delle informazioni quantitative

- per la *demografia*: ISTAT; Regione, Provincia, Comuni, Atlante della Sanità Italiana (Prometeo);
- per l'*ambiente*: ARPA, Regione, Provincia, Comuni, OMS, Ministero dell'Ambiente;
- per gli *aspetti socioeconomici*: Camera di Commercio, Unioncamere, OECD, ISTAT e Istituto Tagliacarne, CENSIS, Regione, Provincia, Comuni, Ministero dell'Istruzione, Università. Un'ulteriore fonte accessibile è costituita dai rapporti che diversi quotidiani pubblicano annualmente (es. Il Sole 24 Ore, Italia Oggi, ecc.);
- per gli *stili di vita*, le pubblicazioni di: ISTAT, Annuario Statistico Italiano, Regione, indagini ad hoc svolte da Az. USL, Enti Locali e Università;
- per la *mortalità* e la *morbosità*: Registri e Banche Dati di: cause di morte, notifiche malattie infettive, Schede di Dimissione Ospedaliera, Registro Tumori, altri registri di patologia, invalidità civile, denunce malattie professionali, denunce infortuni, Pronto Soccorso, Centrale Operativa del 118, attività specialistica, farmaceutica esterna, screening oncologici, assistenza domiciliare, vaccinazioni, assistenza psichiatrica, a tossicodipendenti, a portatori di handicap, ecc.

I dati qualitativi

Finora la maggior parte dei Profili di Salute elaborati non hanno dato il giusto rilievo

all'analisi qualitativa dei bisogni.

Tale carenza va senz'altro corretta in quanto le scienze sociali hanno dimostrato che queste tipologie di indagine aumentano la capacità interpretativa dello stato di bisogno.

Inoltre il coinvolgimento della popolazione nelle attività di rilevazione favorisce in modo significativo il livello dell'empowerment collettivo che è un elemento di assoluta rilevanza strategica per l'efficacia dell'intero processo.

Obiettivi:

- Suggestiscono nuovi aspetti e aggiungono profondità e significato ai numeri
- Cercano di valutare atteggiamenti/percezioni/preferenze
- Documentano aree non accessibili alle fonti quantitative ma di pari importanza per la definizione dei profili
- Si ricavano da indagini qualitative

Metodi per raccogliere i dati:

- Interviste individuali in profondità
- Questionari auto-compilati
- Focus group
- Riunioni pubbliche
- Sondaggi di opinione
- Analisi dei documenti e studio di casi
- Gruppi di lavoro

Soggetti da coinvolgere:

- Amministratori
- Operatori sanitari e sociali
- Giovani
- Immigrati
- Anziani
- Meno abbienti
- Imprenditori
- Sindacati
- Associazioni
- Insegnanti
- Politici ecc

Le tappe per la costruzione di un Profilo di Salute

- Definire e descrivere la comunità (quadro di riferimento)
 - a. Storia, valori dominanti, credenze significative
 - b. Contesto: ambiente naturale, ambiente creato dall'uomo (abitazioni, presenza di fonti di inquinamento) che potenzialmente possono avere influenza sulla salute
 - c. Aspetti economici: occupazione, aspetti trainanti e critici dell'economia
 - d. Strutture comunitarie: famiglia, sistema assistenziale, sistema educativo, sistema religioso, sistema politico, nella misura in cui si collegano con la salute
 - e. Punti di forza e debolezze della comunità: capacità di cambiare, di recupero, di sviluppare soluzioni locali, potenzialità di collaborazione, presenza di organizzazioni comunitarie
- Raccogliere i dati

Due tipi di dati necessari: quantitativi e qualitativi

- a. Quantitativi: grandezza del problema e sua significatività statistica, si riferisco-

- no a indicatori misurabili. Ottenuti da censimenti, statistiche demografiche, SDO, ISTAT, sistemi di sorveglianza, registri, indagini, altre fonti locali (ACI)
- b. **Qualitativi:** aggiungono profondità e significato ai numeri, cercano di valutare attitudini/credenze, per comprendere i fenomeni e confrontare la percezione diversa tra gruppi (*“come” e “perché”*). Ottenuti da focus group, expertise del personale, interviste a persone chiave dell'informazione, resoconti comunitari, opinioni professionali, sondaggi d'opinione, analisi dei giornali locali/argomenti delle lettere al direttore, ecc
- Analizzare i dati
Organizzare i dati per categorie o problemi o argomenti
Esaminare i dati in dettaglio (importante per il processo di assegnazione di priorità)
 - a. Quanto è grande il problema
 - b. Quanto è serio il problema
 - c. La sua incidenza/prevalenza sta cambiando nel tempo
 - d. Chi ne è colpito (diseguaglianze)
 - e. In quale misura il problema è prevenibile e quali sono le azioni da fare per risolverlo
 - Confrontare i propri dati con quelli di altri
 - a. Altre province/regioni/paesi
 - b. Periodi precedenti nella stessa area
 - c. Obiettivi di sanità pubblica (per es., 95% di copertura vaccinale)
 - d. Standard di comunità (livelli accettabili di esiti)
 - e. Obiettivi del programma
 - Tradurre i dati in problemi valutando i fattori che vi contribuiscono
 - a. individuare i fattori che contribuiscono al problema
 - b. individuare il problema o condizione che la sanità pubblica sta cercando di prevenire o promuovere
 - Scrivere e divulgare i risultati
Elaborare e diffondere un rapporto contenente affermazioni riguardanti i problemi di salute rilevati e le misure di intervento.

11) Le Fasi di sviluppo del Piano comunitario per la salute

Il Piano Comunitario per la Salute deve svilupparsi attraverso 8 fasi

1. Attivazione del processo

Rappresenta il momento iniziale del percorso in cui la Conferenza dei Sindaci assume il coordinamento complessivo, dotandosi di un organo di supporto che possa fornire i contributi multidisciplinari al progetto e di un modello organizzativo- gestionale.

2. Identificazione dei soggetti aderenti al PCS

Questa fase comprende l'identificazione di tutti i soggetti che in qualche modo hanno titolo per partecipare. La finalità principale è quella di informare, sensibilizzare, coinvolgere la Comunità locale - istituzionale e non - al fine di creare una base di ascolto e di partecipazione, cui fare riferimento nelle tappe future.

3. Rilevazione dei bisogni/ problemi di salute “lavorazione Profilo di Salute” (vedi paragrafo 10)

Il prodotto di fase da raggiungere , è l'elaborazione del profilo di Salute della zona: quadro sintetico e connotato dei problemi e delle opportunità che caratterizzano le condizioni sociali, sanitarie e ambientali del territorio e della popolazione e che la comunità riconosce come pertinenti al proprio stato di salute.

Il profilo di salute emerge dalla collaborazione realizzativa di soggetti tecnici e politici:

- strutture tecniche della Zona Territoriale,
- strutture tecniche delle amministrazioni locali,
- amministratori locali,
- soggetti della partecipazione: forze sociali, volontariato sociale, gruppi di popolazione, singoli cittadini.

Il Profilo di Salute svolge le funzioni:

- di archivio integrato dei dati relativi ai fenomeni demografici, sociali, sanitari, ambientali, espressi mediante numeri assoluti, proporzioni, tassi;
- di occasione di integrazione delle attività informative;
- di supporto alla costruzione dell'Immagine di Salute, fornendo le evidenze epidemiologiche e dei risultati di specifiche indagini su cui basare le valutazioni condivise.

Poiché l'Immagine di Salute è una rappresentazione problematica connotata, che ipotizza o chiarisce i nessi tra i vantaggi ed i problemi e le loro cause, essa, in riferimento al grado di definizione di tali nessi, già indica la tipologia degli interventi necessari.

In particolare l'Immagine di Salute può segnalare la necessità di attivare ricerche locali partecipate con l'obiettivo di approfondire la conoscenza di un problema.

Il quadro delle esigenze locali di ricerca è uno degli elementi dell'Immagine di Salute.

In generale ad ogni problema è associata una ipotesi di soluzione.

4. Selezione delle priorità

La scelta delle priorità ha l'obiettivo di definire una gerarchia tra le coppie problema-soluzione, vantaggi-sviluppo, espresse dall'Immagine di salute. La fase ha valenza tecnica e politica, ad essa partecipano sia soggetti tecnici sia politici, intendendo tra questi ultimi oltre ai soggetti istituzionali del governo locale anche i soggetti della partecipazione.

I criteri della selezione ordinativa possono essere:

- rilevanza sul territorio, gravità e frequenza del problema nella popolazione;
- risolvibilità tecnica del problema;

- possibilità di consolidamento e sviluppo delle cause che generano vantaggi;
- disponibilità sul territorio di competenze adeguate agli interventi;
- grado di condivisione degli obiettivi da parte dei soggetti che operano la selezione;
- fattibilità economica dell'intervento;
- misurabilità dei risultati attesi;
- dimensione temporale degli effetti previsti dell'intervento;
- effetti sistemici dell'intervento, conseguenze prevedibili su altri settori del sistema locale.

Le priorità individuate dovranno essere tradotte in obiettivi di salute.

La decisione relativa alle Azioni da programmare e attivare consegue all'ordinamento gerarchico dei problemi-soluzioni, tale decisione è compito dei soggetti politici (*Conferenza dei Sindaci della Zona Territoriale*)

Alcune soluzioni possono non competere alle amministrazioni locali, in questo caso si dovrà attivare una procedura di interlocuzione o concertazione col livello amministrativo competente.

5. Individuazione delle risorse disponibili

Le risorse economiche del PCS sono identificabili nei bilanci di riferimento degli enti competenti alla gestione delle attività e derivano da risorse proprie nonché risorse conferite agli enti dallo Stato, dalla Regione, da enti o organismi che partecipano alla realizzazione dei progetti, e da altre eventuali fonti anche private.

Le risorse di competenza degli enti (sanità e sociale) derivano dalle quote capitarie storiche assegnate a livello zonale per i servizi sanitari e per le attività socio-assistenziali dei comuni.

L'insieme delle risorse individuate costituisce vincolo per ciascuno dei soggetti coinvolti e per il complesso delle attività sia della Zona Territoriale che per i Comuni.

6. Progettazione operativa

Ogni azione presuppone la definizione di programmi articolati in progetti operativi.

La stesura dei programmi e dei progetti operativi è compito delle strutture tecniche delle amministrazioni comunali e delle Zone Territoriali.

I programmi, secondo le compatibilità economiche, sono orientati a coordinare l'insieme delle risorse disponibili per la realizzazione del PCS, secondo le indicazioni contenute negli obiettivi di salute.

I progetti operativi sono orientati alla realizzazione degli interventi necessari a conseguire

i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento.

Ogni progetto operativo contiene:

- un responsabile tecnico per la sua stesura e realizzazione;
- obiettivi generali e obiettivi operativi;

- le risorse tecnologiche umane e finanziarie allocate e loro provenienza;
- le attività necessarie, la loro successione temporale i risultati attesi, i soggetti realizzatori;
- il tipo e la scansione temporale delle verifiche in itinere;
- modalità operative degli interventi, organizzate in un piano di lavoro che identifichi le fasi logiche e temporali, delle attività;
- indicatori di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

7. Attuazione del PCS

La fase attuativa del PCS segue la sua approvazione da parte della Conferenza dei Sindaci della Zona.

L'attuazione del PCS richiede che gli obiettivi di salute vengano articolati in programmi e progetti operativi e che tali attività vengano realizzate e gestite sulla base di patti territoriali tra le amministrazioni locali, Zona Territoriale e altri soggetti pubblici e privati che partecipino all'attuazione del PCS.

Trova efficacia amministrativa in un atto specifico, individuato dalla Conferenza dei Sindaci che impegna le strutture gestionali dei singoli soggetti firmatari del patto ad assumere i programmi ed i progetti previsti dal PCS ed i relativi oneri.

L'attuazione del PCS rappresenta l'occasione per esperire forme di integrazione operativa intersettoriale e fra strutture pubbliche e private.

La conclusione di fase prevede un report che, per ciascuna azione progettata, indichi:

- gli interventi realizzati, o il grado di realizzazione, e per quelli non realizzati i motivi;
- la valutazione del grado di integrazione della operatività;
- il consuntivo economico;
- i fattori che hanno ostacolato la realizzazione degli interventi;
- i fattori che hanno favorito la realizzazione degli interventi.

8. Valutazione dei risultati

Il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi generali del PCS.

La valutazione dei risultati è competenza della Conferenza dei Sindaci e trova fondamento sia sulla percezione che i soggetti istituzionali e della partecipazione hanno dei mutamenti intervenuti per effetto del PCS sia sui valori quantitativi assunti dagli indicatori appositamente progettati per la valutazione.

È importante che valutazione scientifica e percezione sociale dei risultati del PCS trovino una sintesi comune. Il raggiungimento di tale sintesi ha, da una parte, un significato metodologico e, dall'altra, aumenta le probabilità di rendere continuo il processo di costruzione partecipata dei PCS.

La valutazione risponde alle domande:

- cosa è cambiato in termini di salute nell'ambito territoriale della zona?;

- quali problemi, nonostante gli interventi messi in atto con il PCS, non sono stati risolti?;
- cosa è cambiato in termini di integrazione informativa e operativa nella zona?.

Le risposte a queste domande sono il risultato di un processo di interazione tra soggetti di governo, tecnici e della partecipazione. Tale processo si sviluppa attraverso momenti di:

- analisi tecnica dei risultati e delle modalità realizzative del PCS;
- informazione e comunicazione con la popolazione.

Le occasioni di comunicazione riguardano innanzitutto i soggetti della partecipazione che hanno contribuito alla costruzione del PCS.

La "Relazione sugli esiti del PCS" viene inviata alla Regione, e agli altri soggetti pubblici e privati che hanno partecipato all'attuazione del PCS.

Allegato 1

Gli indicatori per l'elaborazione del profilo di salute

N.B. Da definire con il sotto gruppo di progetto

Allegato 2

GRIGLIA DI PROGETTAZIONE OPERATIVA PER LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI		
Inizio Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
1. ANALISI DEL CONTESTO	Sono gli elementi contenuti in tutte le fasi precedenti del PCS	
2. DISEGNO DELLA ORGANIZZAZIONE DI PROGETTO (DA SOTTOPORRE ALL'APPROVAZIONE DELLA CONFERENZA DEI SINDACI)	<ul style="list-style-type: none"> • Composizione del Team di Progetto L'ufficio di coordinamento del PCS definisce un organigramma di progetto (es: "cabina di regia", soggetti di coordinamento, soggetti di riferimento, soggetti coinvolti e soggetti collegati - tutti gli altri ruoli di supporto alla realizzazione del progetto -) • Ruoli e Responsabilità del Team di Progetto Descrivere ruoli e responsabilità per ogni soggetto o team illustrati nell'organigramma di progetto • Ruoli e Responsabilità di altri Gruppi Descrivere ruoli e responsabilità di altri gruppi di supporto al lavoro di progetto 	<p>Disegno dell'organizzazione di progetto</p> <p>Descrizione Ruoli e Responsabilità per ogni membro del Team di Progetto</p>

Pianificazione Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTO
3. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI FINALI DEL PROGETTO	Individuazione degli obiettivi finali del progetto e dei relativi indicatori per la misurazione del loro raggiungimento	Piano degli obiettivi ed indicatori
4. SCOMPOSIZIONE DEL PROGETTO IN ATTIVITÀ E DEFINIZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO	<ul style="list-style-type: none"> • Descrivere attraverso un diagramma di flusso le fasi/attività da sviluppare per il perseguimento degli obiettivi finali (COSA bisogna fare) • Identificare per ciascuna fase gli esiti operativi (output) e predisporre l'opportuno sistema di monitoraggio tramite indicatori • Elencare gli obiettivi intermedi da raggiungere alla fine di ogni fase del progetto. • Per ciascuna fase individuare il responsabile di ogni attività (CHI FA - CHE COSA) 	<p>Diagramma di flusso delle attività</p> <p>Elenco output</p> <p>Set indicatori di monitoraggio</p> <p>Matrice delle responsabilità</p>
5. STIMA DELLA DURATA DELLE ATTIVITÀ E DEI COSTI	<ul style="list-style-type: none"> • Stimare la durata di ogni attività • Stimare le risorse necessarie (competenze ed impegno) al completamento di ogni attività (COME - con quali risorse) • Stimare i costi per il completamento di ogni attività 	
6. CALENDARIZZAZIONE DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> • Collocare le attività su un calendario solare. (QUANDO fare ciascuna attività). 	Temporigramma (Diagramma di Gantt)
7. ACQUISIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE RISORSE INTERNE/ESTERNE	<ul style="list-style-type: none"> • Fare un piano di acquisizione delle risorse esterne necessarie alla realizzazione del progetto 	
Esecuzione Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
8. ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> • Eseguire le attività previste nel piano di lavoro con particolare riferimento alla "scomposizione del Progetto in Attività" e alla "calendarizzazione" delle attività 	Documentazione di servizio
Controllo Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
9. MONITORAGGIO DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare l'andamento del progetto rispetto al piano di lavoro in termini di: tempi, costi, scadenze del progetto (obiettivi intermedi) • Monitorare l'ottenimento degli esiti previsti (output) • Attuare eventuali azioni correttive nel caso di scostamenti 	Report periodici sullo stato di avanzamento del progetto
Chiusura Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
10. CHIUSURA DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare le performance del progetto • Diffondere i risultati finali del progetto 	Report finale di progetto

Gruppo di Progetto Governo della domanda socio-sanitaria

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Predisposizione di un atto di regolamentazione di: accesso (PUA), valutazione (UVI), presa in carico e continuità assistenziale integrati tra i servizi sanitari e i servizi sociali

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII.4 Definizione della strategia e delle linee di intervento - VII.5 Pianificazione delle azioni
- PSR 2007-2009 - VIII.3 Elementi di criticità e punti di forza
- DGR 606/01 - Linee Guida cure domiciliari

Obiettivi/Prodotti

Predisposizione di una proposta di atto amministrativo (Delibera di Giunta o di Consiglio) con Linee guida regionali sulle tre dimensioni del governo della domanda: Punto Unico di Accesso - Unità Valutativa Integrata Presa in carico e continuità dell'assistenza. La proposta di atto deve individuare le procedure, i percorsi operativi, i supporti formativi e documentali per l'attuazione, la implementazione, il monitoraggio e la verifica della applicazione delle linee guida sull'intero territorio regionale

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Giuseppe Andrisani – Gilberto Gentili

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo - Predisposizione indice provvisorio atto amministrativo
- Divisione del Gruppo in tre sottogruppi rispetto agli "argomenti":
 - Accesso e accoglienza territoriale integrati tra sociale e sanitario (Da SdS e UPS a PUA)
 - Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria
 - Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria
- Ricognizione materiali e documenti prodotti in questi anni a livello regionale sugli argomenti (ARS, Servizio salute, Servizio Politiche sociali, Manifestazioni Interesse ASUR...)
- Lavoro per sottogruppo secondo indici omogenei e scambio continuo per favorire lo sviluppo unitario, eventuali contatti con soggetti competenti esterni al gruppo

- Verifica delle coerenze e delle complementarità tra i tre "sottodocumenti"
- Confronto con Cabina di Regia su struttura e contenuti della proposta di atto amministrativo
- Attivazione confronto con soggetti esterni su struttura e possibili contenuti dell'atto
- Predisposizione proposta di atto definitivo alla Cabina di Regia

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Gilberto Gentili*	Servizio Salute
Giuseppe Andrisani*	ASUR
Claudio Bocchini	ARS
Romina Simonetti	ARS
Giovanni Santarelli	Servizio Politiche sociali
Gabriella Beccaceci	ASUR
Giovanni Guidi	ASUR
Maria Teresa Nespeca	ASUR
Antonio De Santis	Ambiti territoriali sociali
Alessandro Ranieri	Ambiti territoriali sociali

*Coordinatore

Attività

Le attività del Gruppo hanno preso avvio dall'analisi della situazione organizzativa esistente e delle normative di interesse, in merito al percorso di accesso valutazione e presa in carico.

Per poter sviluppare tutti gli oggetti di analisi relativi al mandato del Governo della domanda, l'organizzazione delle attività ha previsto la suddivisione in tre sottogruppi. Ciascuno ha approfondito uno dei tre aspetti relativi a: Punto Unico di Accesso, Valutazione e Presa in carico; cercando di rendere complessivamente il lavoro strutturato e coerente nei contenuti.

Rispetto a tali obiettivi, il Gruppo ha preso in esame lo stato dell'arte dell'attuale organizzazione sociosanitaria regionale, la possibilità di introduzione di nuove modalità organizzative (accesso integrato sociosanitario) e il cambiamento/miglioramento di quelle esistenti (unità di valutazione, gestione dei processi di presa in carico); mante-

nendo una comune prospettiva volta a definire percorsi di integrazione sociosanitaria e continuità delle cure.

L'analisi si è sviluppata secondo le attuali indicazioni programmatiche del PSR 2007-2009; assumendo una prospettiva di eventuale rivisitazione della normativa precedente, in merito a percorsi di valutazione integrata e presa in carico nelle cure domiciliari (DGR 606/01).

Il Gruppo ha illustrato e condiviso i lavori dei tre sottogruppi in sette incontri e in tale sede ha progressivamente approvato i tre documenti finali realizzati dai sottogruppi di lavoro.

Scheda di riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto tre documenti che sono stati portati all'attenzione dei componenti della Cabina di Regia nell'aprile del 2008:

- 1) Unità di Valutazione Integrata
- 2) Punto Unico d'Accesso
- 3) Linee guida regionali sul governo della domanda socio-sanitaria

Contenuti qualificanti

1) Il documento "Unità di Valutazione Integrata" è stato predisposto in modo estremamente essenziale per dare l'opportunità di svilupparlo in forma più ampia e completa se vengono condivise dalla Cabina di Regia l'impostazione e le indicazioni, anche per le implicazioni successive (ad esempio la prevista rivisitazione della D.G.R. 606/01 "Linee guida cure domiciliari"). Il documento, predisposto nell'ottica del PSR, ha focalizzato l'attenzione in particolare sulla necessità di arrivare alla messa in opera di una tipologia di Unità Valutativa Integrata (UVI) che ricomprenda, almeno logicamente, le diverse unità valutative multidisciplinari. In particolare vengono evidenziate:

- la criticità del personale sociale all'interno delle unità valutative legata a valutazioni di tipo contrattuale ed economico;
- la necessità di attivare una sensibilizzazione a livello di Distretto e di Ambito Territoriale Sociale al fine di integrare l'unità valutativa con figure professionali del sociale;
- l'opportunità di rafforzare la capacità gestionale dei Coordinatori degli ATS: determinante a tal proposito la scelta del Servizio Politiche Sociali di orientare le risorse del fondo regionale non più ai singoli Comuni, ma agli Ambiti Territoriali;

2) L'atto predisposto dal gruppo sul "Punto Unico d'Accesso (PUA) deriva da un documento del progetto di ricerca nazionale (Uniformità dei diritti del cittadino nel Punto Unico di Accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari: sperimentazione di modelli organizzativi per la presa in carico delle persone fragili e la continuità assistenziale) e prefigura la realizzazione di un unico punto di accesso per gli interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria attraverso la istituzione di luoghi in grado di fornire informazioni e risposte ai bisogni dei cittadini.

3) Il documento su "Linee guida regionali sul governo della domanda socio-sanitaria" focalizza tutta una serie di azioni ed interventi nella gestione dei processi attribuendo responsabilità ai diversi soggetti che concorrono alla realizzazione dei percorsi al fine di garantire una maggiore uniformità di risposta. In particolare il lavoro prende in esame i processi relativi alla "presa in carico" ed alla "continuità assistenziale".

Sviluppi previsti

Questi documenti, se trasformati in atti normativi, modificheranno in maniera strutturale l'organizzazione dell'integrazione socio-sanitaria sui territori regionali, in applicazione coerente delle indicazioni della recente programmazione regionale sanitaria e sociale.

La Cabina di Regia dovrebbe valutarne le implicazioni e le conseguenze con la necessità di predisporre adeguate forme di accompagnamento per l'implementazione di "servizi" e "procedure" sostanzialmente innovative, finalizzate, tra l'altro, a dare unitarietà all'organizzazione territoriale che anche nell'ambito del governo della domanda è assolutamente eterogenea e squilibrata.

Successivamente alla valutazione dei contenuti e del possibile impatto sul sistema integrato dei servizi sanitari e sociali regionali dell'adozione dei tre documenti la Cabina di Regia dovrebbe definire le modalità ed i percorsi per la formalizzazione in atti, individuando le responsabilità dei procedimenti.

Note

- Una riorganizzazione così impegnativa del settore del "governo della domanda" non è possibile svilupparla e implementarla a "costi 0" per cui si reputa necessario:

- > prevedere nel budget delle Zone Territoriali uno stanziamento specifico, incrementale rispetto alla dotazione attuale e vincolato all'acquisizione e all'incentivazione di risorse professionali da dedicare alle tre aree logiche del governo della domanda;
- > inserire le diverse dimensioni affrontate come obiettivi di budget per le Zone Territoriali dal livello regionale a quello più decentrato (Distretto/Ambito Territoriale);
- > integrare il lavoro del Gruppo di Progetto con una modulistica regionale finalizzata alla progettazione e realizzazione omogenea dei servizi e delle procedure previste (PUA, UVI, "presa in carico" e "continuità assistenziale").

- In considerazione della delicatezza e del valore strategico delle problematiche collegate al "governo della domanda" si reputa indispensabile affiancare agli atti di organizzazione uno o più specifici percorsi di accompagnamento formativo del personale sociale e sanitario che sarà interessato dalla riorganizzazione, coinvolgendo anche i portatori di interessi qualificati nel settore.

Gruppo di Progetto Governo della domanda socio-sanitaria

Documento finale 1

Unità di Valutazione Integrata (UVI)

Al momento attuale nei distretti marchigiani sono presenti diverse unità valutative multidisciplinari:

- UVD unità di valutazione distrettuale
- UVA unità di valutazione Alzheimer
- UMEE unità multidisciplinare età evolutiva
- UMEA unità multidisciplinare età adulta

Obiettivo:

L'obiettivo del piano sanitario regionale consiste nel portare ad unitarietà l'attività di Valutazione nell'ambito del distretto attraverso la costituzione dell'UVI convogliando tutte le richieste per interventi assistenziali complessi

Definizione e finalità

La Unità Valutativa Integrata (UVI), la cui responsabilità va ricondotta al Direttore di Distretto e al coordinatore di Ambito:

- è **unica** nelle sue molteplici articolazioni
- svolge **tutte** le funzioni di valutazione collegate alle prestazioni complesse erogate sul territorio
- svolge **tutte** le attività valutative seppur diversamente articolate per aree di intervento (fasce d'età, patologie, discipline mediche)

Funzioni

- Esamina la situazione clinica e sociale di un singolo caso
- Valuta le necessità assistenziali sociali e sanitarie
- Individua il referente formale della presa in carico "care manager"*
- Predisporre il progetto individuale di intervento
- Monitora l'evoluzione dell'intervento e stabilisce eventuali variazioni del progetto di cura

* Si preferisce utilizzare il termine "care manager" che individua colui che si assume la funzione di responsabile del percorso assistenziale mentre identifichiamo il "case manager" nel Medico di Medicina Generale in quanto responsabile clinico della persona. Nella letteratura e soprattutto nella esperienza italiana vi sono diverse definizioni di "case manager" e di "care manager". In genere, le funzioni del case-manager sono individuate come "responsabile del caso" o anche come "responsabile della presa in carico" e anche

nei vari documenti regionali si attribuiscono queste funzioni al Medico di medicina generale o al Pediatra di libera scelta.

Tuttavia, se è indubbio che il Medico di famiglia sia il responsabile clinico del percorso sanitario elaborato per il singolo paziente, diventa più difficoltoso pensare che lo stesso medico si assuma, nella pratica quotidiana e costante, le "funzioni di regia rispetto al progetto personalizzato, interconnettendo tutte le risorse della rete formale ed informale, per rispondere adeguatamente alla complessità di situazioni assistenziali compromesse". Per questo motivo, alcune Regioni individuano il MMG/PLS come responsabile della presa in carico, ma lo affiancano ad un'altra figura per il percorso di cura (care manager), spesso un Infermiere o un Assistente Sociale, in relazione alla prevalenza del bisogno, con il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. È fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con l'utente e la sua famiglia.

Responsabile

Il Responsabile della UVI è nominato dal Direttore di Distretto sentito il Coordinatore d'Ambito. Al Coordinatore d'Ambito spetta la nomina degli operatori sociali provenienti dall'ambito territoriale e dai comuni.

Composizione

È costituita da un **nucleo fisso** (formato da operatori sanitari provenienti dal distretto o dai Dipartimenti clinici, dal Medico di Medicina Generale dell'assistito o dal MMG facente parte di forme associative di MG o dell'Equipe territoriale e da operatori sociali provenienti dall'ambito territoriale e dai comuni) e da un **nucleo mobile** composto da professionalità attivate per problemi specifici in funzione delle specifiche competenze.

Attivazione

La UVI si attiva:

- Nel caso di bisogni assistenziali complessi che richiedano l'intervento delle strutture di riferimento distrettuali, l'erogazione di Cure Domiciliari o di servizi residenziali (un **bisogno assistenziale complesso** non è riferito tanto alla gravità della patologia, ma alla multidisciplinarietà dell'intervento)
- Quando si evidenzia il caso di un utente che necessita di una presa in carico congiunta e/o coordinata da parte di diversi servizi interni ed esterni alla Zona Territoriale
- Nel caso di bisogni socio-sanitari complessi che necessitino l'intervento degli interventi locali o di strutture del terzo settore
- Quando non è chiaro il servizio competente di una presa in carico
- Quando è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget (ad esempio nuovi farmaci o presidi protesici non in tariffario)
- Modifiche del piano di intervento

Documento finale 2

Modalità di funzionamento

La segnalazione può giungere da vari soggetti (medico di Medicina Generale, medico ospedaliero, servizi sociali del comune), l'attivazione necessita della richiesta del MMG.

È possibile che l'utente o un familiare si rivolga direttamente al Punto Unico di Accesso sanitario o sociale nel qual caso gli operatori di sportello dovranno sottoporre la richiesta al Medico di Medicina Generale per l'attivazione.

La UVI ha una Segreteria Organizzativa presso la sede del Distretto

Metodologia di lavoro

Predisposizione di documentazione, incontri, riunione e Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

- Ogni componente acquisirà la documentazione necessaria all'acquisizione delle conoscenze specifiche del caso (cartelle cliniche, sociali, attestazioni di handicap...)
- L'UVI effettuerà incontri con il richiedente e i suoi familiari (l'incontro può essere fatto anche a domicilio o in ospedale) nel corso del quale si individuerà, laddove necessario, il *care giver* familiare in caso di cure domiciliari
- Riunione UVI in cui si presenterà tutta la documentazione del caso e ogni professionista contribuirà con gli elementi conoscitivi di propria competenza. Dopo la discussione si individua un progetto di intervento che tenda a conseguire i migliori obiettivi di salute per l'utente compatibilmente con le risorse disponibili.
- Redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Piano Assistenziale Individualizzato

Nella sua predisposizione verranno individuati:

- obiettivi di salute
- le azioni da realizzare
- gli operatori coinvolti
- i tempi di attivazione
- la durata prevista
- la data della rivalutazione (in ogni caso non oltre i 12 mesi)
- il *care manager*

Il *care manager*:

- cura la regia della presa in carico
- risulta da quel momento il riferimento principale dell'utente
- è responsabile della proposta di riattivazione della UVI nel caso di sostanziali modifiche per la revisione del progetto di cura

Monitoraggio e verifiche

Report periodici di attività e indicatori

Punto Unico di Accesso (PUA)

Il *Punto Unico di Accesso* (PUA) prefigura l'organizzazione di un unico punto di accesso per gli interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria attraverso la costituzione di luoghi, ben individuabili dai cittadini, capaci di offrire informazioni e risposte ai bisogni complete e orientate alla domanda specifica.

Il Punto Unico di Accesso costituisce il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a favorire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto, a ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi, a favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi, a semplificare le procedure burocratiche a carico del cittadino.

L'attivazione dello stesso è elemento importante per l'incremento e la misurazione dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'intero sistema dei servizi territoriali e prima di tutto per le cure domiciliari.

1. Descrizione delle caratteristiche e del funzionamento del PUA

Il PUA¹ si **definisce** come modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone fragili con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza. Il Punto unico di accesso è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere.

Una importante finalità del PUA consiste nella razionalizzazione/riorientamento dell'utilizzo di servizi interventi e prestazioni afferenti l'offerta sociosanitaria. Pertanto gli obiettivi che sottendono la realizzazione del PUA sono volti a realizzare i principi di equità di accesso e di appropriatezza della risposta assistenziale e la relativa implementazione sul territorio non dovrebbero portare ad un incremento dei livelli di erogazione dell'offerta ma ad una più appropriata riorganizzazione della stessa, rispondendo in modo più congruo ed efficace ai bisogni sia dell'utenza che del sistema di servizi sociali e sanitari integrati.

I **destinatari** del Punto Unico di Accesso sono tutti i cittadini che esprimono un bisogno di salute, con particolare attenzione alle condizioni di fragilità che caratterizzano situazioni di maggiore difficoltà per l'accesso ai servizi.

¹ In accordo a quanto definito dal Gruppo di ricerca finalizzata Progetto di ricerca finalizzata 2006-2007 ex art. 12 del D.Lgs. 502/92 e modificazioni: Uniformità dei diritti del cittadino nel Punto unico di accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari: sperimentazione di modelli organizzativi per la presa in carico delle persone fragili e la continuità assistenziale.

Le **funzioni** che contraddistinguono principalmente l'accesso integrato sono:

- Accesso
- Accoglienza (ascolto, informazione, accompagnamento)
- Orientamento
- Raccolta di segnalazioni
- Gestione della domanda: Il PUA non è un semplice punto informativo, in quanto la sua funzione principale è l'attivazione di un servizio per rispondere al bisogno di salute.
- Attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici tramite l'erogazione di alcune prestazioni di base assieme alla gestione delle pratiche e procedure amministrative.
- Avvio della presa in carico e integrazione con i servizi della rete territoriale e ospedaliera.

In relazione a questo, le **attività** svolte si declinano nel seguente modo:

- analisi del bisogno
- registrazione dell'accesso
- risposte informative e di orientamento
- apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni, per bisogni complessi
- segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione informazioni, all'UVI, tramite il MMG, e/o il Servizio sociale professionale per la successiva valutazione del bisogno di salute.

Pertanto nel PUA si realizza la raccolta di informazioni sul caso e azioni valutative, per la distinzione tra bisogni semplici/complessi.

Una ipotesi di distinzione dei livelli di complessità dei bisogni riguarda:

- bisogni semplici, la cui risposta assistenziale risulta di natura perlopiù monospecialistica;
- bisogni complessi, la cui risposta assistenziale richiede l'intervento sociale e/o sanitario di due o più operatori.

Successivamente esso prevede la messa in atto di primi interventi, anche esaustivi, in presenza di bisogni semplici; mentre di fronte a bisogni complessi, esso attiva, tramite il MMG e/o il Servizio sociale professionale, la valutazione multidimensionale per mobilitare risorse del sistema sanitario, sociosanitario o sociale.

Rispetto alle modalità di **attivazione del PUA**, occorre distinguere tra segnalazione ed attivazione degli interventi:

- *La segnalazione* può giungere al PUA da vari soggetti (medico di medicina generale, medico ospedaliero, servizi sociali del comune, diretto interessato, familiari o supporti informali, come i volontari ed altri); se la segnalazione rileva un bisogno, la cui risposta è ottenibile a livello di PUA, sarà fornita la risposta o si attiverà la UVI, previo coinvolgimento del medico curante.

- *L'attivazione* si basa sulla richiesta del medico² (prelievo a domicilio, ciclo programmato riabilitativo, semplice sostituzione di catetere vescicale etc.). Generalmente esso viene identificato nel medico di medicina generale o nel pediatra di libera scelta.

La richiesta pervenuta verrà gestita dallo sportello o, in autonomia, dalla rete territoriale che comunque dovrà trasmettere allo sportello la modulistica (scheda di segnalazione e/o impegnativa del medico) al fine di centralizzare in questa sede la determinazione della domanda ed il numero di utenti accolti nel sistema, con lo scopo evidente di rendere omogeneo il percorso della raccolta dati.

L'attivazione del PUA implica anche una **riorganizzazione delle procedure amministrative e burocratiche per semplificare i numerosi passaggi** che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere, con l'individuazione di responsabilità certe per lo svolgimento coordinato di tutte le prestazioni necessarie³.

In questo senso, l'obiettivo del PUA è quello di offrire i servizi adeguati a fronte di bisogni sociosanitari semplici o complessi, senza fare sostenere al cittadino percorsi faticosi e ripetute presenze presso i vari uffici preposti per la presentazione di richieste, peraltro predisposte spesso dal medico di famiglia.

Il PUA svolge la sua attività avviando la **presa in carico dell'utenza** che perviene al servizio, con l'obiettivo di fornire una corretta risposta assistenziale in modo tempestivo ed efficace. Il tentativo di riduzione dei tempi di attesa per bisogni semplici/complessi e la semplificazione dei passaggi amministrativi dovrebbe essere accompagnata da un atteggiamento proattivo degli operatori del Punto unico di accesso; infatti, in tal senso, sarebbe opportuno che essi con adeguata formazione, acquisissero la capacità di:

- garantire preferibilmente risposte tempestive ed appropriate di valutazione del bisogno e orientamento ai servizi,
- in caso contrario, di tentare di limitare il più possibile il numero di accessi in sede da parte del cittadino-utente, prevedendo tempi e modalità di contatto opportune per comunicare la risposta individuata al problema di salute.

2. Articolazione organizzativa del PUA

Lo svolgimento delle funzioni del PUA richiede l'articolazione in due livelli: **Sportello informativo** (*di accoglienza e ascolto*), e **Promozione di una rete Socio-sanitaria**.

In tal senso si potrebbe prevedere un punto di riferimento semplice ed efficace, un sistema di "front-office", che garantisce accoglienza e prima risposta al cittadino (sportello informativo) e che apre le porte ad un sistema più articolato e complesso al quale il cittadino possa rivolgersi con fiducia. Richiede, poi, un sistema di "back office" (promozione

² La richiesta di attivazione è in genere affidata al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta. Secondo le scelte regionali e locali, il MMG/PLS può essere l'unico soggetto competente a presentare la richiesta di attivazione, oppure vi possono essere più soggetti, quali il medico specialista per le dimissioni protette.

di una rete sociosanitaria), che comprenda l'insieme delle procedure, delle modalità organizzative e gestionali e dei rapporti per collegare le diverse interfacce della rete dei servizi.

Un primo livello organizzativo di *front office* interviene sul miglioramento qualitativo del sistema di "Informazione ai cittadini e decodificazione della domanda di salute" ed è chiamato a svolgere le funzioni di:

Sportello informativo (*di accoglienza e ascolto*):

- Costituisce il vero e proprio "punto unico di accesso" a cui il cittadino può rivolgersi per ogni tipo di problema ed è quindi di facile raggiungibilità, privo di barriere architettoniche, accogliente e dotato di ogni tipo di informazione sui servizi esistenti, sulla caratteristiche e qualità degli stessi, sulle procedure per accedervi;
- È gestito da operatori specializzati con compiti di: accoglienza – ascolto, informazione, orientamento e accompagnamento, servizio disbrigo pratiche (prenotazioni, modulistica, etc.) ed infine di registrazione dati;
- Il personale svolge funzioni di primo ascolto e ha capacità generali di decodificazione dei bisogni e di individuazione di percorsi possibili e concreti per intervenire immediatamente sulla domanda (orientamento);
- A fronte di domande semplici fornisce risposte immediate e dirette mentre a fronte di domande complesse deve poter offrire informazioni dettagliate ed esaustive sulla rete territoriale dell'offerta dei servizi e collegamenti con servizi pubblici e del personale specializzato capaci di offrire supporto specialistico in grado di affrontare con serietà il bisogno;
- Offre servizi di "disbrigo pratiche": assistenza per la compilazione delle domande di accesso ai servizi e modulistica varia.
- Può essere dotato di un sistema di prenotazioni unico per tutte le strutture e fornisce informazioni sulle modalità per il contributo e la retta relativi alle prestazioni ed ai servizi richiesti ed in ogni caso semplifica il sistema di accoglienza da parte di diversi enti con cui si definiscono partnership strategiche di collaborazione
- Accoglie le segnalazioni e le orienta agli uffici competenti dei cittadini sulle disfunzioni e inadempienze della rete dei servizi;
- Supporta attraverso il monitoraggio dei dati la lettura delle trasformazioni della domanda e delle necessarie innovazioni da apportare alla rete dei servizi in collaborazione con il livello di "promozione di una rete sociosanitaria" successivamente descritto.

Un secondo livello organizzativo di *back office* interviene sul livello della:

Promozione di una rete Sociosanitaria

In un'ottica di sussidiarietà territoriale questo servizio di maggiore vicinanza al cittadino e ai suoi bisogni svolge i seguenti compiti:

- mappatura delle risorse individuali e comunitarie presenti nel territorio;
- attivazione e sviluppo della rete sociale comunitaria;
- comunicazione sulle iniziative territoriali intraprese;
- supporto al monitoraggio dei bisogni del territorio

Questo avviene attraverso lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- fornire informazioni, aggiornate (e possibilmente disponibili on line per gli operatori sanitari), relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema di offerta, prima di tutto per la domiciliarità, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi ed eventualmente inoltrarle ai servizi competenti;
- effettuare una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- attivare un percorso per il cittadino/utente all'interno del sistema dei servizi territoriali. Tale funzione pertanto:
 - fornisce alcune prestazioni di base e se necessario garantisce risposte dirette a bisogni semplici, con l'eventuale attivazione dei servizi di natura sociale o sanitaria, tramite l'Assistente sociale o il Medico di medicina generale del cittadino/utente;
 - attiva l'UVI, tramite il MMG e/o il servizio sociale professionale, quando necessario, per rispondere a bisogni complessi.

3. Operatività

La **fase di attivazione** del PUA presuppone che sia definita una "rete" di servizi sociosanitari, che potrà perfezionarsi gradualmente e continuamente in relazione ai bisogni e alla capacità dei servizi.

Inoltre occorre che siano previamente messi in campo gli strumenti indispensabili di supporto per un reale superamento delle attuali difficoltà attraverso:

- coinvolgimento degli Enti coinvolti e predisposizione di una **programmazione specifica delle funzioni/attività**;
- **formazione del personale** coinvolto, individuazione delle competenze dei singoli operatori, individuazione dei referenti per l'attuazione del progetto assistenziale individualizzato;
- diffusione di una adeguata conoscenza di questa nuova modalità organizzativa da parte di operatori e utenti, attraverso programmi ed **iniziative informative** che diffondono nella cultura sociale e professionale del territorio la conoscenza e il senso di affidamento nei confronti di questa nuova modalità di accesso (ad esempio informazioni relative all'ubicazione, funzioni, orari di apertura e modalità di accesso);
- individuazione delle **strutture idonee e organizzazione di strumenti** procedurali, amministrativi, telematici.
- progettazione del **sistema informativo gestionale**, di accompagnamento e di presa in carico.

Il **Distretto e l'Ambito Territoriale Sociale** ridefiniscono percorsi integrati di accesso, per semplificare e migliorare l'accessibilità alle prestazioni individuando:

- **figure professionali** che possono essere inserite nel PUA: assistente sociale, personale infermieristico e unità amministrative;
- somministrazione di una **scheda "triage"** che costituisce uno strumento proprio della fase di valutazione di accesso/accoglienza/orientamento, per la registrazione di un data-set minimo di informazioni, utili sia alla gestione di un bisogno semplice che all'avvio di un percorso, per un bisogno di natura complessa. A questo si aggiunge l'applicazione di procedure concernenti il trattamento dei dati personali e sensibili in applicazione del D.lg. n.196/2003 Codice in Materia di Protezione dei Dati.
- **orari di accesso al pubblico** (compatibile con l'attivazione di percorsi integrati con altri uffici distrettuali)
- **modalità di comunicazione** con i diversi servizi (cure primarie, servizi specialistici, dipartimenti, presidi ospedalieri, etc.)
- **sistema informativo di supporto.**

Il PUA risponde al **Direttore di distretto e al Coordinatore d'ambito** del proprio territorio.

La **programmazione/pianificazione** del PUA perviene da una valutazione congiunta tra Direttore di Distretto e Coordinatore di Ambito ed è ratificata in termini di legge.

- In questo senso il corretto funzionamento del Punto Unico di Accesso è garantito da:
- una regia organizzativa per l'attivazione del PUA e per il raccordo con gli altri soggetti del governo della domanda;
 - il coordinamento dei professionisti del PUA;
 - la predisposizione di procedure e di strumenti strutturali e telematici.

3.1. Attività e strumenti di supporto all'operatività del PUA

In relazione agli obiettivi descritti sopra si ipotizza di realizzare un sistema gestionale mirato alle specifiche esigenze della realtà territoriale, che:

- consenta di dare un supporto operativo a tutte le funzioni del PUA svolgendo una preziosa "funzione di collante" per gli operatori impegnati nel sistema dei servizi territoriali;
- costituisca, al contempo, uno strumento gestionale.

Il sistema potrà essere progettato e realizzato per rendere disponibili le seguenti funzioni:

- *data entry guidato per l'immissione di tutte le informazioni necessarie;*
- *consultazione del sistema a supporto alla funzione di informazione e orientamento (quali servizi e quali Enti operano sul territorio, dove sono ubicati, cosa fanno, come si accede, iter burocratici, stampa moduli);*
- *supporto alla prenotazione e alla richiesta di accesso: registrazione richieste e prenotazioni;*

- *supporto all'attività di monitoraggio del sistema; in prima approssimazione:*
 - analisi di dotazione dei servizi;
 - analisi dell'utenza servita;
 - analisi delle liste di attesa e della domanda inevasa;
 - analisi dei bisogni emersi;
 - analisi dell'impegno del personale;
 - analisi dei costi;
- *supporto all'alimentazione del sito web: predisposizione di informazioni e dati da consultare sul sito.*

In prima approssimazione si ipotizza di organizzare il sistema informativo in una serie di "archivi concettuali", tra cui ad esempio:

- Archivio dei servizi territoriali: (sub-archivi: Archivio "carta dei servizi", Archivio "modulistica").
- Archivio degli Enti, pubblici e privati, che operano nel settore.
- Archivi dell'utenza dei servizi (sub-archivi: Archivio dei contatti con l'utenza, Archivio anagrafico dell'utenza che prenota, presenta domanda di accesso o utilizza la rete dei servizi, Archivio prenotazioni e registrazione domande di accesso. Archivio della fruizione dei servizi da parte dell'utenza).

Relazione con altri contesti: il PUA come sopra definito presuppone la collocazione all'interno di un "sistema" che si avvale di più risorse e di "reti" clinico-terapeutiche, psico-sociali, solidaristiche, per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone che accedono ai servizi. È indubbia, in tal senso l'importanza delle reti nei confronti delle fragilità e della cronicità, con particolare riferimento a:reti familiari, reti della solidarietà sociale, reti sociosanitarie, reti sanitarie.

3.2. Sede

In ogni sede Ambito/Distretto deve essere realizzato almeno un Punto Unico di Accesso.

Secondo la programmazione congiunta Ambito/Distretto, esso può avvalersi di sedi decentrate presso gli "sportelli distrettuali" o gli "sportelli di cittadinanza" presenti nei Comuni e nelle associazioni intercomunali.

Ogni sede deve garantire visibilità e facile raggiungibilità da parte degli utenti; inoltre deve possedere requisiti opportunamente regolamentati sotto il profilo strutturale, organizzativo e di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

È utile prevedere spazi "riservati" per colloqui, nonché spazi per funzioni di "ufficio" in cui siano raccolte informazioni, segnalazioni, archivi, dotati dei necessari mezzi di comunicazione telefonica e telematica. In particolare dovrà essere collegato on line almeno con i servizi a favore della domiciliarità organizzati dall'Azienda USL, con i servizi sociali dei Comuni e con le segreterie delle UVI.

La programmazione aziendale e regionale individua le principali sedi del Punto unico di accesso, le risorse a ciò destinate (operatori, attrezzature, spazi), le modalità di co-

pertura dei costi legati al suo funzionamento.

3.3. Fasi di implementazione

Per facilitare la strutturazione di questa nuova modalità organizzativa, si prevedono eventuali fasi e tempi di progressiva implementazione (es. ampliamento progressivo del target di utenza servita) che vanno previste e definite in fase di avvio.

Documento finale 3

Linee guida regionali sul governo della domanda socio-sanitaria

La rete dei servizi integrata

Il Distretto e l'Ambito Sociale devono riqualificarsi come luoghi fisici ed organizzativi nei quali avviene la "presa in carico" dei bisogni del Cittadino, attraverso la strutturazione di percorsi di cura e assistenza che utilizzino al meglio tutta l'offerta socio-sanitaria (servizi, progetti assistenziali, "progetti di vita", prestazioni di base e specialistiche, intensive ed estensive, sanitarie e socio-assistenziali).

La complessità dei percorsi di cura comporta specializzazioni e parcellizzazione di capacità e competenze che rendono difficile la strutturazione di un processo unitario capace di risposte univoche, integrate e con standard di qualità omogenei. Occorre, pertanto, ri-costruire una rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio capace di informare, orientare e accompagnare l'accesso, governare i percorsi di cura, lo sviluppo di percorsi condivisi e l'interazione professionale tra i diversi attori del sistema.

Al fine di "ricomporre" l'unitarietà del processo, la parola chiave è "interazione".

Interazione fra:

- Ospedale, Cure Primarie e Servizi Sociali
- professioni e professionisti operanti nei diversi contesti socio-sanitari
- discipline, competenze e specialità
- procedure e processi
- Istituzioni, volontariato, Terzo Settore.

In questi anni si è ampiamente sperimentato che lo sviluppo di un insieme, anche articolato di Servizi, da solo non riesce a garantire:

- l'*equità* nell'accesso
- l'*appropriatezza* dei livelli assistenziali e delle prestazioni
- la *presa in carico* e la *continuità assistenziale*.

Le principali criticità si sono evidenziate in:

- difficoltà di interazione tra operatori/professionisti che lavorano in contesti differenti e che seguono percorsi formativi settoriali;
- frammentazione e molteplicità dei punti di accesso ai servizi e/o informativi;
- necessità di presa in carico e continuità delle cure per persone che richiedono l'ac-

cesso a più servizi;

- mancata individuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale e socio-sanitaria.

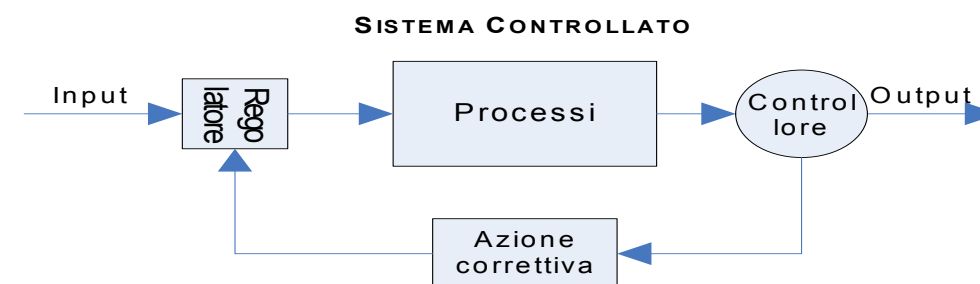
Le organizzazioni sociale e sanitaria hanno focalizzato, nel passato, la loro attenzione sulle regole professionali, elementi determinanti del bagaglio culturale e professionale di ogni operatore, ma, in genere, rivolte alla gestione di uno specifico bisogno o fase della malattia di un singolo soggetto. Le Linee Guida, i Protocolli, i Profili di Cura, per quanto condivisi e applicati, da soli non riescono a garantire la coerenza operativa dei singoli nodi della rete ed il loro collegamento funzionale.

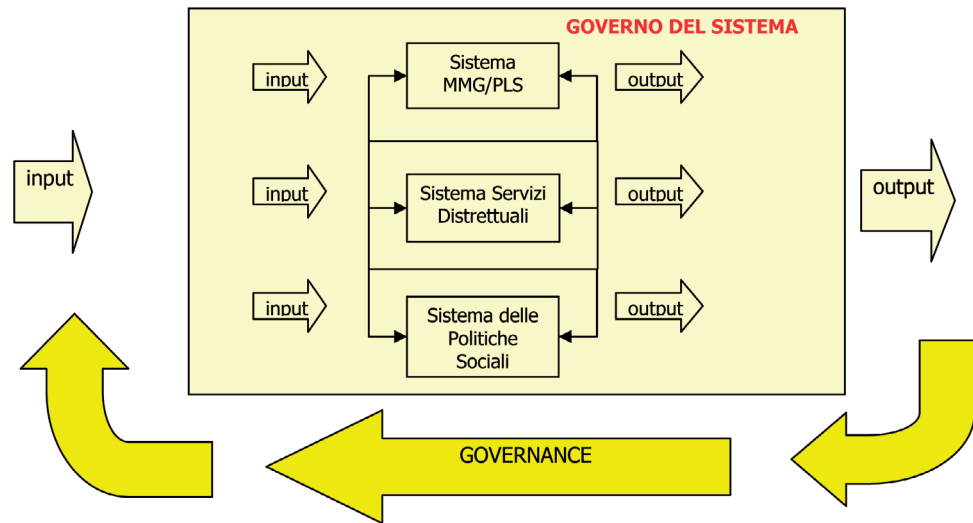
Su come debba essere costruita la rete e sulla definizione dei suoi nodi vi è una diffusa condivisione e si è anche sperimentato che una buona qualità del servizio e la gestione del singolo nodo della rete sono condizioni necessarie, ma non sufficienti, per garantire una corretta informazione, l'orientamento, l'accompagnamento all'accesso e la continuità assistenziale.

Il responsabile clinico (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) e l'assistente sociale possono essere in grado di sostenere la presa in carico e la continuità terapeutica dei propri assistiti solo con l'utilizzo appropriato del complesso dei servizi (sociali e socio-sanitari) derivante da una revisione organizzativa. In questa prospettiva è strategico il potenziamento e l'efficienza della comunicazione tra professionisti e tra questi e tutte le articolazioni del sistema di assistenza e di cure.

Una Rete di Servizi, per quanto estesa e professionale nelle singole articolazioni non compie la sua funzione potenziale se non agendo come un *Sistema*, anche quando si tratta di semplice orientamento o di risposte a bisogni di bassa complessità.

Un modello gestionale capace di seguire percorsi di cura e l'integrità dell'intero percorso assistenziale richiede *sistemi attivi di controllo* delle attività svolte.





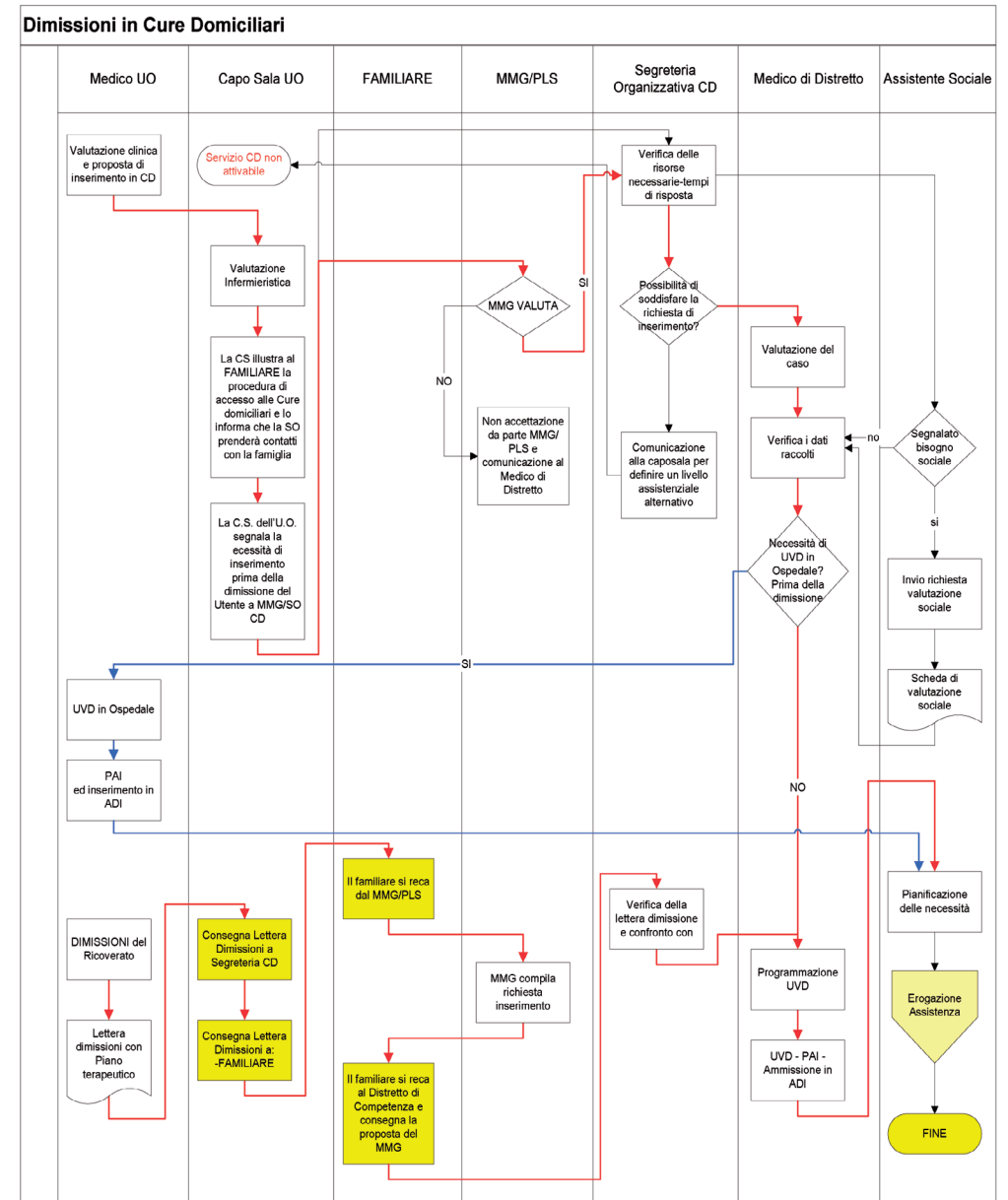
Integrare la rete dei servizi significa creare dei percorsi (insieme di processi) che attraversano i nodi della rete in modo pianificato e controllato.

Un vantaggio dell'approccio per *processi* è quello che permette, nell'ambito del sistema, di mantenere con continuità un controllo sui legami fra i singoli processi, sulle loro combinazioni e interazioni e sulla capacità di controllare le risposte (*output*) e attivare azioni di modifica (*retroazione*) nei casi in cui il processo assistenziale non è adeguatamente garantito.

Il flusso che segue descrive come per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale di un assistito da inserire in cure domiciliari sia necessaria un'attività programmata e coordinata di più professionisti, appartenenti anche a livelli istituzionali diversi.

L'analisi del flusso evidenzia che per garantire il risultato non può essere posta al centro dell'attenzione l'organizzazione del singolo servizio o l'attività del singolo professionista ma i bisogni dell'assistito e la sincronizzazione delle attività (assicurate da più operatori appartenenti a più servizi) che permettono il realizzarsi della continuità assistenziale.

La *gestione per processi* prevede oltre alla suddivisione dei compiti tra i professionisti, con l'attribuzione di precise responsabilità a tutti i soggetti che gestiscono i processi, anche il governo delle interazioni e delle linee di comunicazione sia interne che esterne. Ciò permette la riduzione della variabilità della qualità del servizio offerto, troppo collegata alle caratteristiche individuali, a favore di una maggiore uniformità di risposta.



Il governo del processo deve prevedere anche i soggetti titolari di tale funzione da individuarsi nel Direttore di Distretto e nel Coordinatore d'Ambito. La "gestione del processo" deve invece essere affidata al "case manager", quale responsabile clinico della persona assistita, e al "care manager" quale responsabile del percorso assistenziale che,

attraverso il coinvolgimento della persona e del suo nucleo familiare nel percorso della presa in carico, ne curano la definizione del Piano Personalizzato e la sua valutazione.

Per rispondere agli obiettivi della “presa in carico” e della “continuità assistenziale” è indispensabile:

- Azione 1

Individuare e riprogettare i processi di accesso e di erogazione delle attività assistenziali con l'obiettivo di riorientare e qualificare il sistema dell'offerta per sostenere la presa in carico e la continuità assistenziale:

- individuazione delle attività e dei processi
- individuazione dei punti di interazione tra due o più processi
- individuazione dei punti di controllo e di monitoraggio all'interno dei processi
- individuazione dei punti di controllo e di monitoraggio tra i diversi processi
- individuazione dei ruoli e responsabilità che sottendono l'accesso e l'erogazione dei servizi e le loro interrelazioni.

La crescita del sistema territoriale impone il consolidamento dei risultati raggiunti. Il consolidamento riguarda la capacità del sistema di controllare le attività e monitorare in modo oggettivo e sistematico i risultati. Ciò comporta una revisione gestionale dell'intero sistema. Non si affronta il tema della centralità del Cittadino necessariamente introducendo nuovi servizi, ma revisionando l'attuale sistema di gestione e attribuendo un nuovo ruolo alle risorse.

Per far questo occorre codificare e condividere i processi in una complessiva rilettura dell'organizzazione esistente e della gestione dell'attività attraverso le seguenti azioni:

- individuare gli obiettivi dei singoli servizi
- individuare le risorse professionali
- individuare le risorse tecniche
- individuare le risorse economiche
- individuare ruoli e responsabilità
- individuare profili di competenza
- individuare i processi assistenziali attivi
- individuare i punti di criticità e punti di forza.

La rilettura dell'attività in termini di processi (chi fa che cosa, a chi e quando) permette di ridefinire anche le interrelazioni tra i diversi nodi della rete che devono garantire la presa in carico rispetto ad uno specifico percorso assistenziale.

- Azione 2

Individuare un sistema informatico-gestionale che consenta/sostenga la comunicazione, la cooperazione e l'inter-operatività in sicurezza fra i professionisti coinvolti ed i cittadini e sia *in grado di attivare un sistema di gestione, verifica e controllo dei processi socio-sanitari*. L'utilizzo di un sistema informatico può favorire, con la sua capacità di monitoraggio e controllo, l'efficienza e l'efficacia di processi clinici e percorsi assistenziali.

li. I modelli socio-sanitari integrati e la cooperazione clinica possono essere garantiti solo da professionisti che hanno la possibilità di seguire in modo *continuativo* un cittadino fragile e/o multi-patologico e che *condividono* informazioni sociali, sanitarie, percorsi e procedure.

Gli elementi principali che il sistema informativo territoriale deve garantire sono:

- anagrafica territoriale alla quale tutti i sistemi sono collegati e che garantisca univocità del dato riferito all'assistito
- raccolta di tutte le informazioni sanitarie necessarie all'erogazione delle cure primarie
- organizzazione del dato sociale, sanitario e amministrativo
- integrazione delle informazioni di presa in carico del cittadino in altri livelli assistenziali
- sistema condiviso di comunicazione tra gli operatori (MMG/PLS, Distretto, Assistente Sociale, Medico Ospedaliero)
- strumenti di pianificazione delle attività
- strumenti per il controllo del percorso di cura/assistenza al di fuori dei servizi distrettuali/territoriali
- erogazione di informazioni sanitarie e sociali per la presa in carico
- sistema di controllo degli accessi (ricoveri, pronto soccorso, assistenza)
- ricostruzione del processo assistenziale
- collegamento con il MMG/PLS per la gestione delle cure domiciliari e residenziali
- la gestione delle attività di screening
- gestione dei reclami e segnalazioni.

Il sistema, a differenti profili di accesso, deve essere inoltre fruibile dai vari attori distribuiti sui nodi della Rete dei servizi, ovvero:

- MMG/PLS
- Specialisti Territoriali e Ospedalieri
- Servizi Distrettuali
- UU:OO di degenza
- Enti locali, Assistenti Sociali, Operatori di sportello e Responsabili di servizio
- Associazioni
- Cittadini
- Privato sociale, Strutture socio-sanitarie e Presidi Socio assistenziali.

Le fasi di realizzazione vengono pertanto individuate in:

- traduzione delle specifiche e progettazione data base
- realizzazione della infrastruttura tecnologica
- realizzazione di un *data repository* che raccoglie le informazioni socio-sanitarie al fine di consentire il ricongiungimento attorno al singolo Cittadino
- sviluppo informatico dei processi di erogazione e gestione dei servizi
- realizzazione di un prototipo informatico integrato.

La specifica del sistema non è nella quantità dei dati che viene messa a disposizione dai professionisti ma nel modo in cui questi vengono organizzati e resi disponibili per garantire al singolo professionista/struttura operatore la presa in carico dell'Assistito attivando, in quello specifico momento, il percorso assistenziale appropriato per rispondere a quel determinato bisogno.

Il sistema consente di ricomporre le informazioni di interesse socio-sanitario e gestionale a disposizione dell'intero sistema territoriale.

L'insieme dei processi che gestiscono le attività socio-sanitarie vengono ricondotte a "moduli" basati su una nuova anagrafe assistito, un fascicolo salute e un fascicolo socio-sanitario.

- Azione 3

Adottare atti propedeutici e consecutivi in grado di incidere sulle singole organizzazioni (accordi di programma, convenzioni, ecc.).

La principale finalità degli atti adottati è la semplificazione del rapporto tra pubbliche amministrazioni e cittadinanza tramite lo sviluppo della capacità programmatica e progettuale degli enti, in materia di servizi sociali e socio-sanitari.

Occorre infatti attivare tutte le azioni necessarie a ridurre in modo significativo gli oneri e gli adempimenti che il sistema della pubblica amministrazione locale pone a carico del cittadino ma anche nei confronti degli operatori da promuovere sempre più quale forza lavoro competente, qualificata e adattabile.

Negli strumenti adottati è necessario prioritariamente individuare una linea di azione per avviare attività di sostegno verso i piccoli comuni, al fine di garantire la loro piena partecipazione ai processi di innovazione e di sviluppo superando i limiti che le ridotte dimensioni organizzative impongono a questi enti e ispirando, pertanto, la propria azione al rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza incentivando la gestione associata dei servizi.

Inoltre diventa fondamentale individuare strumenti che possano incidere, circa la definizione di politiche integrate, tra parte sociale e parte sanitaria. In questo senso, non è più sufficiente curare, in maniera sinergica, il livello della pianificazione, attraverso Progetti integrati ed accordi di programma. Diventa fondamentale, definire ed adottare strumenti (vedi: protocolli operativi e soprattutto Convenzioni), capaci di intervenire in maniera efficace, nell'ambito del *livello gestionale*, delineando così l'opportunità di costituire Equipé integrate, realmente costituite da personale sociale e personale sanitario.

Gruppo di Progetto Area Materno Infantile

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Verifica dello stato dell'arte degli atti programmatori regionali, sociali e sanitari, del settore di intervento Materno-infantile, adolescenti e giovani e avvio della loro armonizzazione

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII.6.2 Area materno-infantile, adolescenti e giovani
- Normativa nazionale di settore e leggi regionali di settore
- DGR 1896/02 - Equipe integrate adozione internazionale
- DGR 869/03 - Equipe integrate affidamento familiare
- DGR 643/04 - Piano infanzia e adolescenza
- Per quanto residuale Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale Regionale precedenti

Obiettivi/Prodotti

Ricognizione sull'attuazione della normativa regionale sociale e sanitaria per la parte dell'area comune socio-sanitaria con l'individuazione delle criticità e la definizione di una proposta complessiva di armonizzazione sui piani normativo/istituzionale, programmatico, organizzativo, gestionale. Prodotto previsto report alla cabina di regia con eventuali allegati proposta di atti da assumere

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Anna Mandolini

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo - Predisposizione indice provvisorio report - Divisione del lavoro tra i partecipanti rispetto agli "argomenti": Assistenza alla gravidanza e alla nascita; Consulenti Familiari; Modalità integrate di lettura del bisogno, programmazione e gestione degli interventi; Equipe integrate per i "minori fuori dalla famiglia"...
- Ricognizione materiali e documenti prodotti in questi anni a livello regionale sugli argomenti (ARS, Servizio salute, Servizio Politiche sociali, Manifestazioni Interesse ASUR...)
- Lavoro personale secondo indici omogenei e scambio continuo per favorire lo sviluppo unitario, eventuali contatti con soggetti competenti esterni al gruppo
- Predisposizione report intermedio e ipotesi atti normativi da assumere

- Attivazione confronto con soggetti esterni
- Predisposizione report finale alla Cabina di Regia

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto (tavoli della Presidenza del Consiglio Regionale e del Gabinetto del Presidente della Giunta, Ombudsman regionale) oltre che con la Magistratura minorile.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Anna Mandolini*	ASUR
Claudio Bocchini	ARS
Patrizia Carletti	ARS
Stefano Ricci	ARS
Marco Nocchi	Servizio Politiche Sociali
Elena Pellegrini	Servizio Politiche Sociali
Anna Grazia Cerioni	ASUR
Rita Gatti	ASUR
Vincenzo Luciani	ASUR
Anna Mandolini	ASUR
Lorena Mombello	ASUR
Carmen Pedretti	ASUR
Antonio De Santis	Ambiti Territoriali Sociali
Brunetta Formica	Ambiti Territoriali Sociali
Laura Giombini	Ambiti Territoriali Sociali
Cesare Rapagnani	Ambiti Territoriali Sociali

* Coordinatore

Attività

I lavori del Gruppo materno-infantile, adolescenti e giovani sono stati avviati effettuando:

- una ricognizione conoscitiva sulla normativa regionale e nazionale sociale, sanitaria e socio-sanitaria;
- un approfondimento sul progetto del Ministero della Famiglia di riqualificazione delle attività sociali in ambito consultoriale;
- una presentazione di alcune esperienze e buone prassi di riorganizzazione dei servizi territoriali.

Il Gruppo, dopo una prima fase di approfondimento dei materiali, ha evidenziato le

seguenti osservazioni relativamente alla prosecuzione dei lavori:

- definire i destinatari ed le azioni che comportano processi di integrazione socio-sanitaria;
- predisporre percorsi ed iniziative nel confronto dei soggetti esterni, che possano promuovere uno scambio ed una verifica delle proposte elaborate dal gruppo;
- attivare una riflessione ed indicare una modalità organizzativa relativamente alla tutela giudiziaria minori individuando un "luogo" istituzionale, formalizzato attraverso un atto della Regione Marche, che tratti la materia e istituisca un tavolo di confronto tra operatori del sociale, del sanitario, nonché della magistratura minorile;
- partire dalle "buone prassi" attivate nei territori individuando gli interventi base che devono essere garantiti, nel rispetto delle diversità territoriali, su tutto il territorio regionale;
- predisporre una ipotesi di "strumento" (convenzione e/o accordo di programma...) che tracci delle linee guida generali relativamente ai processi integrati socio-sanitari da attivare territorialmente nei confronti dei "minori fuori dalla famiglia o a rischio di allontanamento".

Il Gruppo decide di istituire un sottogruppo che partendo dalla documentazione disponibile potesse predisporre una prima bozza di "proposta di atto normativo".

Il Gruppo di lavoro si è incontrato in plenaria sette volte e nell'ultima riunione ha validato il documento finale.

Il Gruppo ha prodotto il documento: Salute e tutela dell'infanzia dell'adolescenza e della genitorialità, che è stato portato all'attenzione della Cabina di Regia nell'aprile 2008.

Successivamente alcuni aspetti del documento sono stati sviluppati nella proposta di delibera avente per oggetto: "Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità" ed una ipotesi di "Schema convenzione tipo per l'organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità".

Scheda di riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto il documento: Salute e tutela dell'infanzia dell'adolescenza e della genitorialità, che è stato portato all'attenzione della Cabina di Regia.

Successivamente alcuni aspetti del documento sono stati sviluppati nella proposta di delibera avente per oggetto: "Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità" e in un'ipotesi di "Schema convenzione tipo per l'organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità".

Contenuti qualificanti

Il Gruppo è intervenuto su alcune necessità con proposte a breve e medio termine in riferimento a:

- 1) Salute e tutela dell'infanzia dell'adolescenza e della genitorialità - Il documento presenta le principali criticità del settore e prima fra tutte la mancanza di un modello organizzativo ed operativo regionale unificato e di una progettualità specifica del settore.
- 2) Proposta di delibera avente per oggetto: "Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità - La proposta prevede la riorganizzazione degli interventi integrati socio-sanitari per l'infanzia l'adolescenza e la famiglia, individuando due livelli organizzativi di intervento (locale e regionale) e definendo nello specifico aree di competenza e funzioni.

Viene individuato in particolare il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori" - livello locale ed il "Tavolo Permanente di Coordinamento" livello regionale, nonché il "tavolo di rappresentanza" che possa essere rappresentativo delle Associazioni del territorio. È stata fatta anche un'ipotesi di "Schema convenzione tipo per l'organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità" a livello locale tra Comitato dei Sindaci e Zona Territoriale.

Sviluppi previsti

La proposta dovrebbe essere trasformata in delibera anche perché risponde ad uno degli obiettivi del Piano Sanitario e del Piano Sociale regionali. L'atto modificherebbe l'assetto attuale di molti territori per cui sarebbe necessario affiancare alla delibera di organizzazione uno specifico percorso di accompagnamento formativo del personale sociale e sanitario, coinvolgendo anche le realtà del terzo settore impegnate in questo ambito.

Note

- Una delibera di questo tipo comporta la stabilizzazione di un servizio anche dal punto di vista del personale per cui risulta necessario prevedere sul budget uno stanziamento specifico.
- L'adozione di un atto su questo settore va a incidere anche sull'organizzazione dei Consultori Familiari per cui va valutata l'opportunità di adottare questo atto come prima parte di un riordino complessivo di rilancio e valorizzazione dei Consultori.

Gruppo di Progetto Materno Infantile

Documento finale 1

Salute e tutela dell'infanzia dell'adolescenza e della genitorialità

Premessa

Il capitolo VII "Rete socio-sanitaria" del "Piano Sanitario 2007/2009 - Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute dei cittadini marchigiani" prevede:

- la coincidenza tra Ambiti territoriali e Distretti sanitari in attuazione della L.R. 13/03 ed individua nell'asse Ambito/Distretto il luogo preposto alla realizzazione dei processi di integrazione socio-sanitaria attraverso gli strumenti a loro disposizione e cioè il Piano di ambito sociale e il Programma delle Attività Distrettuali (PAD);
- la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale e il raccordo dei servizi sanitari territoriali a livello di Distretto Sanitario;
- la centralità del territorio quale luogo privilegiato di programmazione integrata della rete dei servizi sociali e sanitari a livello di ambito/distretto affidando competenze forti di programmazione al livello politico locale in base al concetto di sussidiarietà verticale e orizzontale;
- la promozione complessiva dello sviluppo locale favorendo integrazioni più ampie tra i vari settori del welfare con particolare riferimento alle politiche attive del lavoro, alla formazione e all'istruzione,
- che il Coordinatore ATS e il Direttore di Distretto sono le due figure professionali che promuovono e garantiscono il percorso di integrazione ed hanno il compito di attivare percorsi condivisi tra Ambito sociale e Distretto sulle aree ad integrazione socio-sanitaria, costruendo un linguaggio "comune" e una modalità di intervento omogenea.
- e che, in questa prospettiva va prevista la costituzione di uno "staff" unico (Ufficio di Piano e Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali - UCAD) per i temi congiunti di integrazione socio sanitaria.

Il Piano sanitario attesta inoltre che:

- le responsabilità nel sistema integrato dei servizi sociali e sanitari devono trovare, soprattutto a livello territoriale, una definizione puntuale. .. Tali responsabilità saranno progressivamente assegnate all'asse Ambito Territoriale Sociale - Distretto Sanitario (corresponsabilità).
- la progressiva implementazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari delle Marche comporterà la definizione di disposizioni sull'integrazione nelle fasi

di intervento: l'informazione, la prevenzione, l'intervento e il reinserimento anche attraverso la definizione di protocolli territoriali, su basi comuni regionali che definiscono la soglia minima dell'integrazione.

- la progressiva implementazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari delle Marche comporterà l'indicazione certa e definita del finanziamento dell'area socio-sanitaria. La "tappa" dei bilanci integrati è propedeutica al bilancio "unico" per le prestazioni socio-sanitarie.

Il Piano sanitario promuove l'attivazione di:

- accesso e accoglienza territoriale integrati tra sociale e sanitario (SdS - UPS) sulla base dei seguenti criteri:
 - garantire unitarietà di accesso per le prestazioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie: (definire la composizione, la metodologia di lavoro, l'organizzazione strutturale e la dipendenza funzionale del PUA);
 - garantire ascolto del cittadino per una opportuna e accurata decodifica della domanda;
 - garantire attivazione del percorso a seconda delle necessità (bisogni semplici o complessi).
- Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria, sotto la responsabilità del Direttore di Distretto e del Coordinatore di Ambito quale:
 - Unità Valutativa Integrata (UVI) "unica" nelle sue molteplici articolazioni comprensiva di tutte le funzioni di valutazione collegate alle prestazioni complesse erogate sul territorio e di tutte le attività valutative seppur diversamente articolate per aree d'intervento (fasce d'età, patologie, discipline mediche).
 - Per ciò che riguarda la salute e tutela dell'infanzia, dell'adolescenza e della genitorialità le funzioni di valutazione vengono svolte dalle équipe integrate che si occupano di tutte le problematiche inerenti l'area.
- Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria:
 - rafforzando la gestione multidisciplinare e multidimensionale del paziente;
 - migliorando l'esperienza complessiva del paziente, in termini di qualità percepita;
 - riducendo le maggiori inefficienze di processo e migliorando la qualità di processo;
 - aumentando la produttività, in termini di numero di casi trattati con successo;
 - potenziando e razionalizzando l'integrazione lungo la sequenza di processo;
 - favorendo il coordinamento degli interventi lungo il processo di cura/presa in carico (case management);
 - verificando continuamente il sistema di comunicazione reciproca.

La Cabina di regia socio-sanitaria

Al fine di favorire un governo integrato socio sanitario la Giunta Regionale ha dotato il sistema di una "Cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria (DGR

n.720/07) composta da dirigenti sociali e sanitari e integrata, nelle varie attività e a seconda delle necessità, dai funzionari dei servizi regionali e territoriali competenti.

Spetta alla Cabina di regia proporre agli organi regionali competenti gli atti formali di programmazione.

La Cabina di regia ha attivato, tra gli altri, un Gruppo di progetto per l'area "materno-infantile, adolescenti e giovani" con l'obiettivo di produrre la revisione e l'armonizzazione della normativa ed un modello organizzativo dei servizi territoriali che deve esplicitare tra l'altro:

- l'integrazione tra attività sociali e sanitarie, che significa integrare le politiche, la programmazione, le progettualità;
- l'integrazione operativa tra il consultorio ed servizio sociale professionale che deve avvenire attraverso protocolli operativi dettagliati nei quali definire "chi fa cosa e come" evitando sovrapposizioni e duplicazioni dell'intervento;
- definire le aree strategiche del modello integrato che si possono individuare come prioritarie: il percorso nascita ed il sostegno alla genitorialità, la salute e la tutela dei minori, l'adolescenza, l'IVG;
- la riqualificazione, attraverso la definizione di un modello organizzativo e di una metodologia condivisa a livello regionale, delle équipes integrate d'Ambito per l'adozione e per l'affidamento (sia a famiglie che a comunità). Particolare attenzione deve essere rivolta al modello organizzativo dell'équipe specialistica integrata d'ambito sul maltrattamento/abuso, attualmente pressoché inesistenti, in considerazione del carattere di maggior novità che essa riveste nella realtà marchigiana.

Necessita inoltre sperimentare modalità integrate di lettura del bisogno, programmazione e gestione degli interventi per l'infanzia, l'adolescenza, i giovani e la famiglia tra i servizi sanitari e i servizi sociali per le attività socio-sanitarie attraverso la definizione di percorsi e atti specifici per:

- rendere specificamente competenti per l'infanzia, l'adolescenza, i giovani e la famiglia gli operatori degli sportelli di accesso ai servizi sociali e sanitari del territorio prevedendo percorsi facilitati e protetti per l'accesso dei bambini e delle bambine, degli adolescenti, dei giovani e del nucleo familiare ai servizi sociali e sanitari del territorio secondo un criterio di ascolto ed accompagnamento del cittadino nel percorso della valutazione del bisogno e della presa in carico;
- coordinare l'azione delle attività del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale con le realtà Dipartimentali con particolare attenzione riguardo al Dipartimenti materno-infantile ospedale-territorio, coinvolgendo anche le Istituzioni scolastiche, nella definizione dei programmi di intervento per la popolazione adolescenziale e giovanile e per i nuclei familiari, con particolare attenzione alle problematiche relative al disagio psico-emotivo, sociale e comportamentale.;
- attivare costanti collaborazioni con l'Ufficio di Promozione della Salute per quanto riguarda gli interventi di Educazione e promozione della salute nelle Scuole di ogni ordine e grado.

Il Gruppo di progetto ha preso atto delle norme emanate dalla Regione Marche quali:

- il Piano Sanitario regionale 2007-2009 “Il governo, la sostenibilità, l’innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute dei cittadini marchigiani”. Il Piano, soprattutto nel capitolo VII “Rete socio-sanitaria” delinea lo scenario all’interno del quale sviluppare la programmazione integrata tra sociale e sanità. L’atto risulta, per il lavoro del Gruppo, la linea guida per eccellenza nell’ambito della quale sviluppare la riorganizzazione dei servizi territoriali dell’area in questione;
- la DGR 202/98 “Indirizzi per l’organizzazione dei servizi e delle attività consultoriali pubbliche e private” ritenuta a tutt’oggi valido strumento normativo, anche se spesso disatteso, per la qualificazione delle attività consultoriali;
- la D.G.R. 643/04 “Sistema dei servizi per l’infanzia e l’adolescenza della regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo”. L’atto si propone come uno strumento che, disegnando il sistema in forma quanto più possibile chiara e compiuta, aiuti gli operatori nella loro pratica quotidiana. Il documento rappresenta una rivisitazione delle politiche adottate dalla Regione Marche, assumendo come focus la qualità della vita dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie. L’attenzione è puntata in particolare sugli aspetti qualificanti delle politiche regionali in materia sociale e sanitaria;
- le due D.G.R. sui “minori fuori dalla famiglia”: D.G.R. 1896/02 “Linee d’indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati d’intervento in materia di adozione internazionale” e D.G.R. 869/03 “Indirizzi in materia di interventi socio-sanitari territoriali relativi all’affidamento familiare di cui alla legge 4 maggio 1983, n.184, e successive modifiche”. Riorganizzazione delle équipe integrate e individuazione di un percorso metodologico fra le équipe stesse, gli enti autorizzati e gli organi giudiziari minorili. Sono questi gli obiettivi centrali per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati d’intervento in materia di adozioni nazionali ed internazionali, affidamento familiare e residenziale espressione della integrazione socio-sanitaria in riferimento ai minori.

Il Gruppo evidenzia le seguenti criticità:

- mancata adozione di un modello organizzativo ed operativo regionale efficace: finora ha prevalso la carenza di integrazione operativa tra gli interventi sociali e sanitari destinati a minori e giovani, a causa della disomogeneità territoriale nella predisposizione, nei contenuti e nella applicazione dei protocolli d’intesa tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali. Infatti nelle realtà meno organizzate risulta notevolmente compromesso il funzionamento dei gruppi di professionisti (spesso psicologo e assistente sociale soltanto), lasciati senza specifica funzione di coordinamento delle risorse umane, senza responsabilità precise e senza una cornice istituzionale gerarchica tale da assicurarne la solidità e la continuità di lavoro.
- Insufficienza, precarietà e disomogeneità sul territorio regionale dei Servizi dedicati alla tutela minori, con operatori che spesso ottengono incarichi a tempo parziale, con contratti di lavoro atipici che provocano un frequente *turn over* del personale.

- La scarsa integrazione con altre realtà organizzate del sistema Sanitario Regionale: ad esempio con i reparti ospedalieri materno infantili, con il Dipartimento di Salute Mentale, con il Dipartimento delle Dipendenze.
- L’insufficiente integrazione con altre istituzioni: Tribunale per i Minorenni e Ordinario, Forze dell’ordine, Istituzioni scolastiche, etc. A questo proposito risulta necessaria l’attivazione di specifici protocolli con le Istituzioni sopra menzionate.
- Criticità nei processi di valutazione e di presa in carico, con particolare riferimento ai minori a rischio di allontanamento dalla famiglia.
- L’aumento del disagio diffuso e la difficoltà di una corretta interpretazione dei bisogni di bambini e adolescenti, della donna, della coppia e della famiglia.
- La difficoltà di accesso ai servizi sociali e sanitari da parte di minorenni e delle loro famiglie.

In quest’ottica il Gruppo di Progetto propone:

- che l’integrazione per la tutela minori avvenga attraverso l’integrazione tra ambito sociale ed il distretto sanitario da attuare attraverso la fattiva collaborazione tra le professionalità del consultorio familiare distrettuale, il servizio sociale professionale dell’ATS e comunale ed i servizi ad alta integrazione socio-sanitaria del distretto.
- individuare per gli ATS la dotazione organica degli operatori, necessari a garantire le risposte in forma integrata con i Distretti Sanitari ed aumentare il numero degli operatori addetti dei Consultori familiari indispensabili a garantire le risposte in forma integrata con gli Ambiti territoriali sociali;
- l’équipe integrata socio-sanitaria tutela minori deve essere intesa come il luogo dell’integrazione operativa tra le realtà consultoriali, del servizio sociale professionale e dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria distrettuali.
- In quest’ottica occorre individuare un modello operativo definito da Protocolli di intesa Distretto Sanitario – Ambito Territoriale Sociale che preveda:
 - un’azione di tutela minori che deve avere un luogo strutturato e organizzato all’interno dell’asse socio-sanitario idoneo allo svolgimento delle funzioni di valutazione diagnostica e prognostica alla elaborazione di progetti di intervento e presa in carico di bambini, giovani e loro famiglie;
 - una gestione coordinata dell’équipe tale da garantire la continuità d’azione, la quantità adeguata di risorse umane, la precisazione minuta di compiti e responsabilità, un sistema informativo che consenta la verifica dei risultati ed un sistema di obiettivi definito e certo. La quantità di risorse umane da assegnare all’équipe verrà concordata all’interno del protocollo di intesa.
- nell’ambito dell’integrazione socio-sanitaria di cui sopra risulta prioritaria l’attivazione dei consultori ai sensi della D.A. 202/98 in tutte quelle realtà distrettuali in cui ancora non siano stati attivati.
- orientare la programmazione territoriale degli interventi alla deistituzionalizzazione dei minori, individuando e condividendo soluzioni alternative all’allonta-

namento del minore dal proprio nucleo familiare anche con azioni di sostegno delle competenze genitoriali;

- potenziare e sviluppare la rete delle famiglie affidatarie attraverso l'informazione e la promozione dell'affido, la formazione dei nuclei familiari, il sostegno ai nuclei familiari affidatari;
- realizzare pienamente le Equipes integrate d'Ambito multidisciplinari tutela minori a corresponsabilità Distretto sanitario/Ambito territoriale sociale per l'affidamento familiare, sia a famiglie che a Comunità, per le adozioni nazionali e internazionali
- promuovere l'istituzione di Equipes integrate d'Ambito per l'abuso e il maltrattamento
- definire un percorso di gestione al ricovero urgente psichiatrico del minore che favorisca un corretto assetto istituzionale e un coordinamento operativo fra strutture ospedaliere e strutture territoriali e la individuazione di strutture intermedie per la fascia di età adolescenziale;
- qualificare, in attinenza a quanto previsto dalla L.R. 20/02, la rete delle strutture residenziali;
- potenziare la formazione degli operatori per qualificare l'offerta dei servizi;
- monitorare e valutare costantemente la situazione dei servizi territoriali sociali e sanitari rivolti all'infanzia, all'adolescenza, ai giovani e ai nuclei familiari con l'adozione di appositi sistemi informativi e di valutazione.
- appare pertanto indispensabile effettuare una ricognizione delle esperienze già in atto nella nostra ed in altre regioni, con l'intento di mutuare da esse elementi utili alla elaborazione delle prassi migliori e più funzionali per la nostra realtà territoriale.

Il Gruppo di progetto propone che la prosecuzione della attività debba essere orientata alla:

- definizione di un modello regionale di accesso, valutazione e presa in carico dei minori e delle famiglie partendo da una analisi qualitativa delle esperienze in atto sul territorio regionale. Potrebbe risultare utile in tal senso un incontro congiunto con il Gruppo di progetto "Governo della domanda" che sta producendo indicazioni in merito all'accesso, alla valutazione ed alla presa in carico socio-sanitaria (PUA, UVI...)
- definizione di un protocollo tipo regionale per configurare i rapporti tra l'equipe socio-sanitaria tutela minori e le altre istituzioni territoriali, autorità giudiziarie, istituzioni scolastiche, ecc.
- rivisitazione e coordinamento della normativa regionale di settore in vigore per renderla coerente con la realizzazione di un compiuto sistema di servizi territoriali socio-sanitari, in particolare le: D.A. 202/98, DGR 1896/02, DGR 869/03.

Documento finale 2

Proposta di "delibera" avente ad oggetto:

Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità

Note preliminari:

- Il dispositivo della DGR dovrebbe approvare l'Allegato seguente e lo Schema di convenzione tipo, anch'esso allegato, da stipularsi tra il Sindaco del Comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale e il Direttore di Zona.
- La DGR dovrà prendere in considerazione anche l'impatto economico di questa nuova organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità. Dovrà quindi prevedere le modalità di stabilizzazione dei servizi anche dal punto di vista del personale prevedendo un adeguato stanziamento specifico aggiuntivo rispetto al budget 2009.
- Per il documento istruttorio e le motivazioni dell'atto vanno riprese le parti del documento, prodotto dal Gruppo di Progetto sul Materno infantile e approvato dalla Cabina di Regia nell'aprile 2008, che trattano della normativa regionale, delle indicazioni operative e delle criticità evidenziate.
- La proposta di DGR ipotizza (*Strumento organizzativo* del punto 2.1) l'utilizzo di una convenzione ex art. 30 Dlgs 267/00 "T.U. enti locali", che fa riferimento alla dizione "enti locali". Attraverso l'Ufficio legale va verificato se questo tipo di convenzione può essere utilizzata tra Comune e Azienda Sanitaria Locale. In alternativa va richiesto all'Ufficio legale quale possa essere il riferimento normativo per la convenzione in oggetto (Ad esempio l'art. 15 - Accordi organizzativi tra soggetti pubblici della L.241/90).
- Nel documento istruttorio e nel dispositivo va esplicitato che le D.G.R. 869/03 (Affidamento familiare) e 1896/02 (adozione internazionale) sono abrogate (i concetti e le indicazioni compatibili con questo atto sono stati ripresi).

Allegato

Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità

1. Corrispondenza tra i livelli regionale e locale di programmazione e organizzazione

La D.G.R. 720/07 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali" che istituisce la Cabina di regia per l'integrazione socio-sanitaria afferma, tra l'altro,

che «rispetto all'assetto specifico dell'organizzazione e delle relazioni nel “modello marchigiano” di integrazione socio-sanitaria lo schema di riferimento individua due livelli di programmazione e gestione, quello “amministrativo-istituzionale” e quello “tecnico-operativo” che sono corrispondenti, correlati e coerenti per il territorio regionale e per i territori locali. Il raccordo e il coordinamento di comunità (...) è distribuito tra le azioni di ognuno sia dei livelli territoriali che dei tipi di competenze previsti.»

Questa impostazione orienta anche la riqualificazione, attraverso la definizione di un modello organizzativo e di una metodologia condivisa a livello regionale, dell'organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità, anche in riferimento alle équipes integrate d'Ambito per l'adozione e per l'affidamento (sia a famiglie che a comunità) di cui alle D.G.R. 1896/02 e 868/03.

2. Organizzazione

Si individuano due livelli, correlati e collegati, di organizzazione: il livello locale ed il livello regionale.

2.1. Livello locale

Organizzazione istituzionale - I riferimenti istituzionali diretti degli interventi oggetto del presente atto sono da un lato i Comuni (che hanno la responsabilità istituzionale verso i minori) con il proprio Servizio Sociale Professionale, collegati a livello di Ambito Territoriale Sociale per garantire coordinamento e unitarietà di azione e dall'altro i Distretti Sanitari (che “costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali”) con il compito di garantire la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia attraverso tutti i suoi servizi e, in particolare, il Consultorio Familiare.

Definizione e Funzioni - A livello di ogni Ambito Territoriale Sociale/Distretto Sanitario viene istituito un “Coordinamento socio-sanitario tutela minori”, inteso come il luogo dell'integrazione operativa tra le realtà consultoriali, del servizio sociale professionale e dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria distrettuali. Il Coordinamento non è una nuova struttura organizzativa, ma il supporto funzionale di un modello organizzativo ed operativo, omogeneo sui territori locali regionali, finalizzato a garantire il consolidamento dei servizi di tutela dei minori e l'integrazione operativa tra gli interventi sociali e sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità.

Aree di competenza e funzioni - Le aree di competenza e le funzioni del Coordinamento sono le seguenti:

- Aree di competenza

- benessere e salute dell'infanzia e dell'adolescenza
- maltrattamento psicologico, abuso e sfruttamento sessuale dei minori
- maltrattamento fisico
- incuria, discuria, ipercuria, incapacità educativa
- interventi per minori soggetti a provvedimenti penali

- interventi per minori soggetti a provvedimenti civili e amministrativi
- benessere e salute della donna
- conflittualità e interruzione della convivenza/matrimonio
- mediazione familiare
- controllo della fertilità e procreazione
- assistenza in gravidanza
- assistenza alla puerpera e al neonato
- prevenzione dell'IVG
- sostegno della funzione genitoriale
- adozione nazionale ed internazionale
- affidamento etero familiare

- Funzioni

- assunzione congiunta di impegni organizzativi relativi agli interventi, anche attraverso il coordinamento dei team di lavoro strutturati sul territorio: quelli individuati dal presente atto (“Equipe integrata territoriale”, “Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale”, “Equipe integrata adozione”) e da futuri atti regionali e quelli attivati dai territori per coprire specifiche e specialistiche aree di competenza (ad esempio Maltrattamento e abusi o Mediazione familiare...),
- programmazione congiunta delle attività sociali e sanitarie di tutela, anche per il necessario raccordo con il percorso di “governo della domanda socio-sanitaria” indicato dal Piano Sanitario Regionale, ed in particolare con le funzioni di: accoglienza territoriale integrata (PUA) con riferimento all’“Equipe integrata territoriale”; valutazione, con la partecipazione all’UVI dei competenti operatori delle Equipe; presa in carico e continuità dell’assistenza, che sono nelle responsabilità delle tre Equipe, relativamente ai minori presi in carico,
- raccordo del rapporto con gli operatori dei servizi sociali comunali e del Consultorio Familiare che fanno la presa in carico di minori e famiglie.
- contributo alla definizione delle modalità e delle procedure operative comuni all’intero territorio regionale e applicazione dei Protocolli metodologico-operativi che saranno approvati dalla Regione,
- ricognizione e allocazione delle risorse esistenti e necessarie per le attività di tutela di infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità,
- promozione, in raccordo con la Regione e i territori limitrofi, di iniziative di formazione e aggiornamento del personale operante nel settore dei minori,
- promozione, in raccordo con la Regione e i territori limitrofi, di azioni di informazione e sensibilizzazione presso la cittadinanza.

Ubicazione - La collocazione operativa del “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” e delle sue articolazioni in “Equipe integrate”, va prevista all'interno di strutture sociali o sanitarie di un Comune dell'Ambito Territoriale Sociale/Distretto Sanitario, con provvedimento del Comitato dei Sindaci (unico per ambito e per distretto), su proposta del Direttore di Distretto e del Coordinatore di Ambito Sociale, sentito il Di-

rettore di Zona.

Composizione - Il “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” è così strutturato:

- > Direttore di Distretto o suo delegato
- > Coordinatore d'Ambito o suo delegato
- > Responsabile del consultorio familiare
- > Responsabile “Equipe integrata territoriale”
- > Responsabile “Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale”
- > Responsabile “Equipe integrata adozione”
- > Responsabili di eventuali specifiche “equipe” dedicate (abuso e maltrattamento, mediazione familiare...)
- > Un rappresentante per tipologia di soggetti indicato rispettivamente da: Associazioni di famiglie affidatarie, Enti autorizzati per l'Adozione internazionale, Enti gestori di Comunità residenziali per minori che hanno sede sul territorio

Il “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” individua il soggetto di riferimento locale per i rapporti con la Magistratura minorile.

Referente - La funzione di Referente del “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” viene svolta da uno dei suoi componenti di parte pubblica, nominato dal Comitato dei Sindaci (unico per ambito e per distretto), che fissa anche l'indennità economica (a carico dell'Ente da cui dipende) per l'impegno di programmazione e organizzazione dei lavori del Coordinamento.

Il Referente partecipa al Tavolo permanente di coordinamento regionale.

Strumento organizzativo - Lo strumento amministrativo per il funzionamento del “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” è una convenzione ex art. 30 Dlgs 267/00 “T.U. enti locali”) da stipularsi tra il Sindaco del Comune capofila dell'Ambito Territoriale Sociale e il Direttore di Zona, utilizzando come base lo Schema di convenzione tipo allegato al presente atto.

Il “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” si può dotare di un regolamento di funzionamento interno.

Protocolli metodologico-operativi - Il “Coordinamento socio-sanitario tutela minori”, le “Equipe integrate”, i Servizi sociali e sanitari impegnati nell'ambito degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità organizzeranno progressivamente il proprio lavoro in base ai protocolli metodologico-operativi elaborati dal Tavolo permanente di coordinamento del livello regionale.

Gestione territoriali flussi informativi di settore - Al “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” spetta anche la responsabilità della gestione territoriali dei flussi informativi collegati alle materie di propria competenza, fungendo da interfaccia con il competente livello regionale.

2.2. Livello regionale

Tavolo permanente di coordinamento - Presso la Regione Marche viene istituito il “Tavolo permanente di coordinamento” composto:

- dai 24 Referenti dei “Coordinamenti socio-sanitari tutela minori”;
- dai referenti istituzionali di settore del Servizio Salute, del Servizio Politiche sociali e dell'Agenda Regionale Sanitaria;
- dal Direttore del Presidio di Alta Specializzazione Materno Infantile “G. Salesi” o suo delegato permanente.

Un decreto a firma congiunta dei Dirigenti del Servizio Salute e del Servizio Politiche sociali stabilirà il funzionamento del “Tavolo permanente di coordinamento” e ne indicherà il responsabile operativo.

Almeno due volte all'anno alle riunioni del Tavolo permanente di coordinamento partecipano:

- I Dirigenti (o loro delegati) degli Assessorati regionali: Istruzione, Formazione e lavoro, Politiche Giovanili...
- I rappresentanti della Magistratura minorile (Presidente del T.p.M., Procuratore della Repubblica per i minorenni, Dirigente del Centro per la Giustizia Minorile)
- I I Direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale

Il Tavolo permanente di coordinamento:

- svolge le funzioni di:

- coordinamento delle attività dei 24 “Coordinamenti socio-sanitari tutela minori”
- coordinamento dei flussi informativi del settore in collegamento con il sistema informativo integrato (cfr. Banca dati minori fuori dalla famiglia)
- elaborazione e proposta alla Giunta Regionale di atti che riguardano la programmazione, la organizzazione e la gestione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità
- elaborazione e proposta alla Giunta Regionale di Protocolli metodologico-operativi in tema di infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità;
- opera sia con riunioni plenarie sia con articolazione in gruppi di lavoro, anche aperti ad operatori territoriali del settore infanzia, adolescenza e famiglia, sia del pubblico che del privato sociale;
- mantiene i rapporti istituzionali ed operativi della Regione Marche con la Magistratura minorile e l'Ufficio Scolastico Regionale.

Tavoli di rappresentanza - Collegati al Tavolo permanente di coordinamento si istituiscono tre Tavoli di rappresentanza: delle Associazioni delle famiglie affidatarie, delle Comunità residenziali ex L.R. 20/02, degli Enti autorizzati ex L. 476/98, composti dai rappresentanti delle realtà del terzo settore che operano nelle Marche.

I Tavoli di rappresentanza hanno una funzione di partecipazione e consultazione e nelle riunioni periodiche (almeno tre all'anno) vengono affrontate le problematiche relative alla condizione dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie in situazioni di fragilità e agli interventi integrati socio-sanitari destinati a queste fasce di popolazione.

Presso la regione Marche viene istituito un registro per ognuna delle tre tipologie di soggetti. Possono richiedere di essere iscritti al registro di propria competenza e, quindi di essere inviati ai Tavoli di rappresentanza i soggetti collettivi che hanno i seguenti re-

quisiti:

- Associazioni delle famiglie affidatarie - Associazioni formalmente costituite di famiglie affidatarie con esperienze ed attività associative almeno quinquennali.
- Comunità residenziali ex L.R. 20/02 - Enti titolari di strutture di accoglienza residenziale per minori in regola con la normativa di autorizzazione e accreditamento di cui alla L.R. 20/02 e atti successivi.
- Enti autorizzati ex L. 476/98 - Organizzazioni iscritte all'albo degli Enti autorizzati ex L. 476/98 che hanno una sede operativa nella regione Marche.

3. Funzioni ed interventi integrati a livello territoriale

Pur garantendo l'unitarietà dei processi e delle procedure degli interventi di tutela dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia in situazioni di fragilità vanno mantenute le competenze specifiche dei Comuni e dell'Ambito Territoriale Sociale da un lato e quelle dell'Azienda Sanitaria (Consultorio-Distretto) dall'altro.

Su questa linea si riepilogano per ente le Competenze istituzionali:

Spetta ai *Comuni dell'Ambito Territoriale*, con personale in servizio presso i propri Enti o presso l'Ambito Territoriale Sociale:

1. Attuare, attraverso l'“Equipe integrata territoriale”, interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazioni di disagio, di disadattamento o di devianza, garantendo prestazioni di servizio sociale professionale ed economico alle famiglie, di supporto educativo ai minori.
2. Attuare, attraverso l'“Equipe integrata territoriale”, interventi per minori soggetti a provvedimenti civili e amministrativi garantendo prestazioni di supporto sociale, economico ed educativo e l'accoglienza in comunità educative o familiari e/o presso famiglie affidatarie.
3. Occuparsi, attraverso l'“Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale”, di tutta l'attività relativa alla sensibilizzazione, informazione, valutazione delle coppie e/o singoli aspiranti all'affido etero familiare e al sostegno della funzione genitoriale, dell'abbinamento minore-famiglia, della consulenza tecnica delle situazioni qualora venga richiesta dagli operatori sociali titolari dei casi, della implementazione della Banca Dati Regionale.
4. Occuparsi attraverso l'“Equipe integrata adozione”, di tutta l'attività relativa alla sensibilizzazione, informazione, valutazione delle coppie all'adozione nazionale ed internazionale, del sostegno al nucleo adottivo, della implementazione della Banca Dati Regionale.
5. Redigere la valutazione sociale sulla situazione della famiglia per problematiche relative a minori che si trovano in situazioni di disagio, devianza, abuso e maltrattamento.
6. Assicurare la protezione del minore in stato di abbandono nei casi di cui all'art. 403 C.C..
7. Predisporre, attraverso l'“Equipe integrata territoriale”, interventi nei confronti

dei minori stranieri non accompagnati e relativi procedimenti per il ricongiungimento familiare (T.U. D.lg 286/98, L.189/2002).

8. Effettuare, attraverso l'“Equipe integrata territoriale”, la preventiva indagine sociale sulla famiglia e l'eventuale presa in carico delle situazioni richieste dal Tribunale per i Minorenni dei minori stranieri non accompagnati e dei minori stranieri accompagnati da familiari irregolari o clandestini.
9. Collaborare, attraverso l'“Equipe integrata territoriale”, con il Servizio Sociale del Ministero di Grazia e Giustizia ai sensi degli artt. 6 e D.P.R. 448/88, nei confronti di minori sottoposti a procedimento penale.

Spetta alla *Zona Territoriale dell'ASUR* provvedere, con personale in servizio presso il Distretto Sanitario e le altre articolazioni dell'Ente:

1. Erogare le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutiche, d'indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie.
2. Fornire l'assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità e ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche.
3. Fornire attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a tutela della maternità per la procreazione responsabile.
4. Prestare collaborazione, attraverso l'“Equipe integrata territoriale”, nella protezione del minore in stato di abbandono compresi i minori stranieri non accompagnati.
5. Assicurare le prestazioni riabilitative e socio-riabilitative a minori ed adolescenti secondo quanto previsto nel Progetto Obiettivo Materno – Infantile (D.M. 24.4.2000, par. 8.4).
6. Fornire, attraverso l'“Equipe integrata territoriale” o specifica “equipe” dedicata, interventi di consulenza, prevenzione, assistenza e recupero sociale e psicologico anche psicoterapico dei minori vittime di abusi e di maltrattamenti, compresa l'indagine sociale.
7. Occuparsi, attraverso l'“Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale”, di tutta l'attività relativa alla sensibilizzazione, informazione, valutazione delle coppie e/o singoli aspiranti all'affido etero familiare e al sostegno della funzione genitoriale, dell'abbinamento minore-famiglia, della consulenza tecnica delle situazioni qualora venga richiesta dagli operatori sociali titolari dei casi, della implementazione della Banca Dati Regionale.
8. Occuparsi attraverso l'“Equipe integrata adozione”, di tutta l'attività relativa alla sensibilizzazione, informazione, valutazione delle coppie all'adozione nazionale ed internazionale, del sostegno al nucleo adottivo, della implementazione della Banca Dati Regionale.
9. Offrire, attraverso l'“Equipe integrata territoriale” o specifica “equipe” dedicata, il servizio di mediazione familiare, attraverso operatori specializzati.
10. Offrire, attraverso l'“Equipe integrata territoriale”, interventi di profilassi per la prevenzione sanitaria nei confronti dei minori stranieri non accompagnati.

La tabella successiva riporta gli interventi di tutela socio-sanitari dell'Area infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità distinti per: Equipe di riferimento, tipologia, titolarità delle funzioni e del personale.

Interventi di tutela socio-sanitari dell'Area infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità

Equipe di riferimento	Tipologia intervento	Titolarità funzioni		Personale	
		Sanitaria	Sociale	Sanitario	Sociale
Equipe integrata territoriale	Benessere e salute adolescenti (attività di prevenzione e promozione)	Programmazione e Gestione interventi	Programmazione e Gestione interventi	Psicologo Neuropsichiatra infantile Psichiatra Ass.te sociale Educ. profess.le	Assistente sociale Educ. profess.le Altri operatori sociali
Equipe integrata territoriale	Osservazione e valutazione psico-diagnostica del minore e/o delle figure genitoriali	Osservazione e valutazione psico-diagnostica e prognostica		Psicologo Neuropsichiatra infantile Ass.te sociale	
Equipe integrata territoriale	Assistenza e/o educativa domiciliare ai minori	Valutazione Supporto all'erogazione	Valutazione sociale Erogazione del servizio	Ass.te sociale Psicologo	Ass.te sociale Educ. profess.le OSS e simili
Equipe integrata territoriale	Profilo psicologico	Valutazione psico-diagnostica		Psicologo	
Equipe integrata territoriale	Sostegno psicologico al minore e/o a familiari	Presa in carico psicologica-psicoterapeutica individuale e/o familiare		Psicologo Neuropsichiatra infantile Psichiatra	
Equipe integrata territoriale	Sostegno alla genitorialità Attività di auto-mutuo aiuto	Programmazione e Gestione interventi	Programmazione e Gestione interventi	Psicologo Neuropsichiatra infantile Psichiatra Ass.te sociale	Ass.te sociale Educ. profess.le Psicologo
Equipe integrata territoriale	Servizi specialistici sanitari	Valutazione Diagnosi Presa in carico		Personale specialistico di Consultorio o altre articolazioni del SSR (DDP, DSM...)	

Equipe integrata territoriale	Interventi economici e di supporto		Servizio trasporto - Mensa scolastica - Libri di testo - Borse di studio - Centri estivi Sussidi...		Ass.te sociale Altri operatori sociali
Equipe integrata territoriale	Formazione e/o inserimenti lavorativi	Programmazione e Gestione interventi	Programmazione e Gestione interventi	Psicologo Ass. sociale	Ass.te sociale Educ. profess.le Psicologo Altri operatori sociali
Equipe integrata territoriale	Sostegno al reperimento di idonei alloggi		Programmazione e Gestione interventi		Ass.te sociale Altri Uffici
Equipe integrata territoriale o Equipe specifica	Trascuratezza (incuria, discuria, ipercuria), incapacità educativa, difficoltà nell'assunzione del ruolo genitoriale	Valutazione psicodiagnostica Presa in carico Segnalazione T.p.M.	Valutazione sociale Segnalazione T.p.M. Interventi di aiuto sociale/educativo e protezione del minore nei casi di cui all'art. 403 C.C.	Psicologo Neuropsichiatra infantile Pediatria di base	Ass.te sociale Educ. profess.le
Equipe integrata territoriale o Equipe specifica	Separazioni conflittuali	Valutazione psicodiagnostica Presa in carico psicologica Segnalazione T.p.M.		Psicologo	
Equipe integrata territoriale o Equipe specifica	Mediazione familiare	Valutazione mediabilità Pre-mediazione Contratto mediazione Negoziante ragionata Redazione accordi	Valutazione mediabilità Pre-mediazione Contratto mediazione Negoziante ragionata Redazione accordi	Psicologo Ass. sociale	Ass.te sociale Psicologo Altre figure competenti
Equipe integrata territoriale o Equipe specifica	Maltrattamento fisico, psicologico, abuso e sfruttamento sessuale dei minori	Segnalazione alle autorità competenti Valutazione psicodiagnostica e presa in carico	Anamnesi e Valutazione sociale Oneri (comunità accoglienza/affidamento...)	Psicologo Ass.te sociale Neuropsichiatra infantile	Ass.te sociale Educ. profess.le
Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale	Minori in stato di abbandono	Adempimenti di cui all'art. L. 149/01	Adempimenti di cui all'art. 403 C.C. Individuazione famiglia o struttura Oneri conseguenti		Ass.te sociale Educ. profess.le Mediatore culturale
Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale	Sostegno della funzione genitoriale e Affidamento a parenti	Valutazione psicodiagnostica/prognostica Programmazione e Gestione interventi	Anamnesi e Valutazione sociale Programmazione e Gestione interventi	Psicologo Ass.te sociale	Ass.te sociale

Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale	Sostegno della funzione genitoriale e Affidamento etero familiare	Valutazione psicodiagnostica/prognostica Programmazione e Gestione interventi Individuazione famiglie affidatarie Procedure abbreviate per l'accesso alle prestazioni mediche specialistiche e diagnostiche del minore in affidamento	Anamnesi e Valutazione sociale Programmazione e Gestione interventi Contributi economici - Individuazione famiglie affidatarie - Assicurazione incidenti e danni - Indennità di mantenimento - Esonero, riduzione rette nido, centri per l'infanzia, servizi ricreativi, domiciliari, mensa, trasporto, libri di testo, centri estivi...	Psicologo Ass.te sociale	Ass.te sociale Altri operatori sociali
Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale	Accoglienza semi-residenziale	Valutazione psicodiagnostica/prognostica	Anamnesi e Valutazione sociale Programmazione e Gestione interventi Individuazione struttura inserimento Oneri conseguenti	Psicologo Ass.te sociale	Ass.te sociale Altri operatori sociali
Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale	Accoglienza residenziale	Valutazione psicodiagnostica/prognostica	Anamnesi e Valutazione sociale Programmazione e Gestione interventi Individuazione struttura inserimento Oneri conseguenti	Psicologo Ass.te sociale	Ass.te sociale
Equipe integrata territoriale e Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale (per i casi di rispettiva competenza)	Piani educativi individualizzati Percorsi pedagogico - didattici individualizzati Interventi psicoterapici individualizzati	Profilo dinamico personale Valutazione psicologica	Anamnesi e Valutazione sociale	Psicologo Neuropsichiatra infantile	Ass.te sociale Educ. profess.le
Equipe integrata territoriale e Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale (per i casi di rispettiva competenza)	Verifica dei progetti educativi	Osservazioni sul campo Riunioni d'équipe Riunioni con i referenti dei servizi Riunioni di supervisione	Osservazioni sul campo Riunioni d'équipe Riunioni con i referenti dei servizi Riunioni di supervisione	Psicologo	Ass.te sociale Educ. profess.le

Equipe integrata territoriale e Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale (per i casi di rispettiva competenza)	Incontri protetti o vigilati	Valutazione Programmazione e Gestione incontri	Valutazione Programmazione e Gestione incontri	Psicologo	Ass.te sociale Educ. profess.le
Equipe integrata territoriale o Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale	Interventi per minori soggetti a provvedimenti civili amministrativi	Profilo psicologico Intervento psicologico su richiesta	Indagine sociale Sostegno sociale, educativo	Psicologo Neuropsichiatra infantile	Ass.te sociale Educ. profess.le
Equipe integrata territoriale o Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale	Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali	Collaborazione con il servizio sociale del Ministero di Grazia e Giustizia	Collaborazione con il servizio sociale del Ministero di Grazia e Giustizia	Psicologo	Ass.te sociale Educ. profess.le
Equipe integrata adozione	Valutazione genitorialità	Valutazione capacità genitoriali		Psicologo Ass.te sociale	Ass.te sociale Educ. profess.le
Equipe integrata adozione	Adozione nazionale e internazionale	Accompagnamento alla genitorialità adottiva	Programmazione e gestione percorsi di auto-mutuo aiuto	Psicologo Ass.te sociale	Ass.te sociale

Organizzazione delle Equipe integrate

Nella convenzione che istituisce il “Coordinamento socio-sanitario tutela minori” e ne regola il funzionamento vengono esplicitate composizione (con i nominativi degli operatori impegnati dalle diverse amministrazioni ed enti pubblici) e modalità organizzative delle tre Equipe integrate previste: Equipe integrata territoriale - Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale - Equipe integrata adozione, utilizzando il seguente schema: Destinatari e finalità del servizio - Composizione - Modalità organizzative - Modalità operative.

Oltre alle tre Equipe integrate previste il “Coordinamento socio-sanitario tutela minori”, d'accordo con il Comitato dei Sindaci ed integrando la convenzione di costituzione, può strutturare specifiche equipe dedicate a tematiche particolari (come ad esempio maltrattamento e abuso o mediazione familiare), organizzate secondo lo schema utilizzato per le Equipe integrate.

3.1. “Equipe integrata territoriale”

- Destinatari e finalità del servizio

Il servizio è rivolto alle situazioni di fragilità di infanzia, adolescenza e famiglia bisognose di interventi integrati socio-sanitari finalizzati:

- al benessere e alla salute dell'infanzia, dell'adolescenza e della donna
- al sostegno della funzione genitoriale

- al contrasto di incuria, discuria, ipercuria, incapacità educativa
- alla tutela dei minori soggetti a provvedimenti civili, amministrativi e penali
- alla controllo della fertilità e procreazione, alla prevenzione dell'IVG, all'assistenza in gravidanza, alla puerpera e al neonato
- al contrasto del maltrattamento fisico, psicologico, abuso e sfruttamento sessuale dei minori (se non è prevista una Equipe specifica)
- alle problematiche di conflittualità e interruzione della convivenza/matrimonio e alla mediazione familiare (se non è prevista una Equipe specifica).

- *Composizione*

È composta da:

- assistenti sociali ed eventuali educatori professionali o altre tipologie di operatori che lavorano nei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale e operatori incaricati dall'Ambito,
- psicologi ed assistenti sociali del Consultorio familiare del Distretto Sanitario,
- consulenti specialistici della Zona Territoriale dell'ASUR ed altri eventuali specialisti (di altra Zona Sanitaria Territoriale, Aziende Ospedaliere, Istituti Accreditati) che si rendessero necessari.

- *Modalità organizzative*

Di norma copre il territorio dell'Ambito Territoriale Sociale/Distretto; articolazioni organizzative diverse possono essere previste per esigenze specifiche e comunque recepite dalla convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

Ha una propria sede che deve essere individuata nella convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

Ha un Responsabile che partecipa agli incontri del "Coordinamento socio-sanitario tutela minori"; le modalità di nomina del responsabile vanno esplicitate nella convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

- *Modalità operative*

Si riunisce di norma una volta ogni due settimane e comunque tutte le volte che se ne riscontri la necessità; vanno attivate diversificate modalità di comunicazione e di raccordo in relazione ai diversi bisogni.

Tra i compiti principali dell'"Equipe integrata territoriale" ci sono:

- segnalazione all'Autorità Giudiziaria minorile delle situazioni di abbandono materiale e morale dei minori a norma della L. 149/01 che ha modificato la L. 184/83 e delle situazioni per le quali, a norma delle leggi vigenti, è previsto l'intervento del Tribunale per i Minorenni e/o del Giudice Tutelare;
- attivazione di interventi per minori che si trovano in situazioni di emergenza per maltrattamenti, abuso sessuale e violenza intra ed extra familiare, comprese le procedure di cui all'art. 403 del C.C. e quelle relative alla L.154/01 (eventualmente integrando le funzioni della eventuale specifica Equipe dedicata istituita);
- approfondimento psico-sociale relativo ai punti precedenti ai fini di fornire elementi di valutazione all'Autorità Giudiziaria minorile;

- inchieste sociali richieste dall'Autorità Giudiziaria minorile;
- attuazione dei provvedimenti disposti dalla Magistratura minorile in base alle procedure esplicitate nel successivo paragrafo specifico;
- collaborazione con il Servizio Sociale del Ministero di Grazia e Giustizia ai sensi degli artt. 6 e 9 del D.P.R.448/88, nei confronti di minori sottoposti a procedimento penale;
- integrazione del Servizio sociale competente con l'Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale secondo la divisione dei compiti prevista dal successivo paragrafo;
- integrazione del Servizio sociale competente con l'Equipe integrata adozione secondo la divisione dei compiti prevista dal successivo paragrafo;
- interventi per minori stranieri non accompagnati ritrovati nel territorio comunale;
- procedimenti per il ricongiungimento familiare per minori stranieri;
- attivazione di interventi di mediazione familiare (eventualmente integrando le funzioni della eventuale specifica Equipe dedicata istituita);
- attivazione di un "luogo neutro" d'incontro per favorire il diritto del minore ai rapporti con i suoi familiari temporaneamente non conviventi, attraverso l'individuazione di una sede adeguata, debitamente attrezzata e con personale appositamente preparato.

L'Equipe integrata territoriale per le proprie attività si raccorda e collabora attraverso modalità esplicitamente previste e formalizzate con i Pediatri di Libera scelta del territorio di competenza e con le diverse articolazioni della Zona Territoriale ed in particolare con: Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione, Reparti ospedalieri di: Ostetricia e Ginecologia, Pediatria.

3.1.1. Metodologia di lavoro per minori e famiglie sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile

"Le competenze Giudiziarie per la tutela dei minori sono dal diritto vigente purtroppo frazionate tra molte istituzioni: il Tribunale Ordinario (T.O.) e la Corte d'Appello, il Giudice Tutelare (G.T.), il Tribunale per i Minorenni (T.p.M.) e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni (P.M.M.); la Sezione Minorenni della Corte d'Appello; la Corte di Cassazione."¹

In questa prospettiva all'auspicio della necessaria armonizzazione delle competenze giudiziarie deve corrispondere un comportamento omogeneo da parte dei Servizi sociali e sanitari integrati che si occupano di infanzia e adolescenza nei diversi territori delle Marche. A questo obiettivo è finalizzato il presente atto che, nello specifico delle modalità di raccordo e coordinamento con la Magistratura minorile, indica alcune linee e, nel

¹ Cfr. "La tutela giudiziaria dei minori - Compendio per Operatori Socio-Sanitari e Scolastici della Regione Marche", a cura della Procura della Repubblica e del Tribunale per i Minorenni di Ancona - Opuscolo pubblicato dall'Assemblea legislativa regionale delle Marche nell'aprile 2008

ribadire il principio della collaborazione rispettosa delle reciproche competenze e autonomie, raccoglie i contributi della Magistratura minorile delle Marche riaffermando le competenze del Tribunale per i Minorenni nelle materie: penale, amministrativa, civile. In quest'ultimo ambito i Servizi sociali e sanitari integrati per l'infanzia e l'adolescenza delle Marche sono impegnati a corrispondere, per le proprie competenze, ai provvedimenti "tipici"² emessi dal T.p.M., raccomandando che per i provvedimenti "atipici"³ (Vigilanza del Servizio Sociale, Affidamento al Servizio Sociale, Prescrizione al o ai genitori) il T.p.M. accolga, per quanto possibile, le indicazioni motivate del Servizio Sociale e comunque si raccordi con esso per garantire il migliore interesse del minore.

La metodologia di lavoro dell'Equipe integrata territoriale per le attività di tutela ed assistenza ai minori e alle famiglie sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile è la seguente:

A. Richiesta di intervento da parte dell'Autorità Giudiziaria Minorile

Qualora pervenga dall'Autorità Giudiziaria Minorile ad uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale/Distretto o alla Zona Territoriale dell'ASUR una richiesta di intervento o un provvedimento relativo ad un minore le modalità operative da seguire saranno:

1. Verifica della conoscenza pregressa del caso nell'ambito di una specifica riunione dell'Equipe integrata territoriale.
2. Assegnazione e titolarità del caso in base alle competenze prevalenti, sia nel caso che sia già conosciuto o seguito, sia nel caso non sia conosciuto, individuando il servizio competente per la presa in carico e valutando congiuntamente come procedere, definendo gli obiettivi, le linee di intervento, le modalità di monitoraggio delle azioni. L'assegnazione del caso agli operatori del Comune o della Zona Territoriale ASUR, ove difforme da quella indicata dal Giudice, dovrà essere tempestivamente comunicata all'Autorità Giudiziaria Minorile affinché quest'ultima possa rapportarsi con il titolare del caso.

Gli operatori dell'Ente a cui il caso viene assegnato diventano titolari dello stesso fermo restando, per quanto di competenza, la collaborazione degli operatori degli altri servizi dell'Equipe integrata territoriale.

3. Richiesta di interventi di carattere sociale, socio-educativi-assistenziali, domiciliari o residenziali; in seguito a specifico confronto nella riunione periodica del-

² Ibidem: "Si definiscono tipici i provvedimenti espressamente previsti e nominati dal codice civile od altre leggi: decadenza o sospensione dalla potestà genitoriale, allontanamento dalla abitazione familiare, prescrizioni ai genitori, dichiarazione di adottabilità, affidamento di figli minori congiunto o esclusivo e provvedimenti conseguenti di carattere economico e/o relazionale nel caso di cessazione della convivenza e/o del rapporto di coppia di genitori non coniugati (vedi art. 155, 317 bis, 330, 333 c.c.)."

³ "Si definiscono atipici i provvedimenti di contenuto non legislativamente determinato e che, secondo le esigenze del caso concreto, il giudice ritiene più opportuno emanare, sempre con riferimento al preminente diritto/interesse del minore ad una crescita armonica. Tali provvedimenti atipici sono previsti con la locuzione "...il giudice secondo le circostanze può adottare i provvedimenti convenienti..." contenuta nell'art. 333 c.c.."

l'Equipe integrata territoriale. Successivamente dovrà essere inoltrata ufficiale richiesta scritta al Comune che è tenuto a rispondere nel minor tempo possibile e, ad ogni modo, entro i termini di legge previsti.

4. Richiesta di interventi di carattere sanitario da parte di specialisti del Consultorio o di altro servizio sanitario; in seguito a specifico confronto nella riunione periodica dell'Equipe integrata territoriale. Successivamente dovrà essere inoltrata richiesta scritta al Responsabile del Consultorio Familiare o della Unità Operativa competente che è tenuto a rispondere nel minor tempo possibile e, ad ogni modo, entro i termini di legge previsti.
5. Programmazione congiunta di interventi nelle situazioni in cui gli operatori che hanno in carico il caso ravvisino la necessità di una programmazione congiunta degli interventi nell'ambito dell'Equipe integrata territoriale verrà definito un progetto relativo al minore e al suo nucleo familiare che prevederà l'individuazione degli obiettivi, delle rispettive competenze e delle verifiche in itinere. La relazione redatta congiuntamente dagli operatori interessati verrà inviata all'Autorità Giudiziaria a cura dell'Ente che ha in carico il caso.

B. Segnalazione da parte dei Servizi all'Autorità Giudiziaria Minorile

Qualora gli operatori di uno dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale/Distretto o della Zona Territoriale dell'ASUR trattino situazioni di pregiudizio per le quali ravvisino l'esigenza di una eventuale segnalazione all'Autorità Giudiziaria Minorile, si consultano reciprocamente nell'ambito di una specifica riunione dell'Equipe integrata territoriale per una valutazione complessiva della situazione. Seguirà quindi la possibile segnalazione all'Autorità Giudiziaria Minorile da parte del servizio che ne ha rilevato l'opportunità, nel caso non sia possibile operare congiuntamente.

C. Segnalazione da parte di soggetti terzi

Qualora si venga a conoscenza di una situazione di pregiudizio di un minore attraverso segnalazioni di privati cittadini, il servizio ricevente dovrà verificare:

- Se il segnalante è disposto a sottoscrivere quanto dichiarato; nel caso in cui il segnalante voglia rimanere anonimo il servizio è tenuto comunque a comunicare agli organi competenti tale informazione.
- Se un servizio (del Comune o dell'ASUR) ha già in carico, o ha avuto in passato, la situazione si procederà ad inviare comunicazione scritta sulla segnalazione ricevuta al servizio titolare.
- Se il caso non è conosciuto, dopo aver verificato quale sia il servizio competente, si invierà comunicazione scritta sull'informativa a detto servizio, qualora diverso dal servizio che ha ricevuto la segnalazione.

3.2. "Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale"

- Destinatari e finalità del servizio

Destinatari del servizio di affidamento familiare sono i minori da 0 a 18 anni (fatto salvo il prolungamento oltre il 18° anno - e comunque non oltre il 21° anno - qualora l'Equi-

pe integrata ritenga necessaria la prosecuzione del progetto), italiani, stranieri residenti e stranieri non accompagnati che si trovano in stato di carenza o mancanza di cure familiari, per temporanea impossibilità o incapacità di chi esercita la potestà genitoriale di soddisfare i loro bisogni.

L'Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale ha le finalità di:

- svolgere attività utili alla sensibilizzazione, informazione e pubblicizzazione della cultura e del servizio dell'affido e dell'appoggio familiare
- esaminare e valutare le segnalazioni provenienti dai Servizi territoriali di minori temporaneamente privi di idoneo ambiente familiare
- reperire e selezionare le persone disponibili all'affido e all'appoggio familiare
- condurre lavori di gruppo e un percorso di preparazione delle persone disponibili all'affido e all'appoggio anche avvalendosi delle Associazioni di volontariato che operano nel campo della tutela dei minori e delle famiglie
- proporre l'abbinamento minore/affidatari, in collaborazione con i Servizi dell'Ente Locale e/o dell'ASUR
- sostenere gli affidatari attraverso incontri di gruppo a cui partecipano tutte le persone valutate dall'Equipe idonee all'affido e all'appoggio
- verificare e valutare l'attività svolta fornendo altresì una consulenza tecnica sull'andamento del progetto di affido in corso qualora questa venga richiesta dagli operatori sociali titolari dei casi.
- immettere i dati nella Banca dati regionale sui "minori fuori dalla famiglia", contribuendo periodicamente all'elaborazione e all'interpretazione dei dati inerenti gli affidamenti nel territorio di competenza.

- Composizione

È composta da:

- uno psicologo del Consultorio familiare del Distretto della Zona Territoriale ASUR
- un assistente sociale del Consultorio familiare del Distretto della Zona Territoriale ASUR
- uno o più assistenti sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale
- un assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale.

Le associazioni e reti di famiglie affidatarie presenti nel territorio di competenza fanno parte integrante dell'Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale e partecipano costantemente agli incontri dell'equipe stessa nei modi e nelle forme di rappresentanza che vanno concordati e previsti nella convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

- Modalità organizzative

Di norma copre il territorio della Zona Territoriale; articolazioni organizzative diverse possono essere previste per esigenze specifiche e comunque recepite dalla convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

Ha una propria sede che deve essere individuata nella convenzione che istituisce il

"Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

Ha un Responsabile che partecipa agli incontri del "Coordinamento socio-sanitario tutela minori" di ogni Ambito Territoriale Sociale/Distretto; le modalità di nomina del responsabile vanno esplicitate nella convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

- Modalità operative

Si riunisce di norma una volta alla settimana e comunque tutte le volte che se ne riscontrano la necessità.

Spetta all'Equipe affidamento e accoglienza residenziale:

- raccogliere la richiesta inoltrata dalla Equipe integrata territoriale
- valutare insieme ai servizi richiedenti la richiesta di affidamento familiare o di accoglienza familiare
- proporre l'abbinamento famiglia affidataria-minore o individuare la comunità di accoglienza residenziale sulla base degli elementi complessivi raccolti e della disponibilità di famiglie e comunità adeguate alla situazione;
- sostenere il nucleo affidatario attraverso incontri di gruppo collaborando con le associazioni e le reti di famiglie affidatarie operanti sul territorio;
- mantenere periodici contatti con i servizi dell'Equipe integrata territoriale per verificare l'andamento dell'affido o dell'appoggio.

L'Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale si raccorda con l'Equipe integrata territoriale per lo svolgimento dei seguenti compiti:

- valutare congiuntamente il nucleo familiare di origine ed il minore, quindi trasmettere all'Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale la richiesta di reperimento di una famiglia affidataria o di un inserimento in comunità di accoglienza residenziale;
- segnalare all'Autorità Giudiziaria le proposte per l'affidamento familiare o l'accoglienza in comunità di accoglienza residenziale;
- sostenere la famiglia di origine ed il minore durante tutto il percorso dell'affido o dell'accoglienza residenziale;
- attivare tutti gli interventi di carattere socio-educativo-assistenziale e terapeutico-riabilitativo, per quanto di rispettiva competenza;
- verificare periodicamente l'andamento dell'affidamento e dell'accoglienza residenziale;
- rapportarsi con l'Autorità Giudiziaria

L'Equipe integrata affidamento e accoglienza residenziale per le proprie attività si raccorda e collabora attraverso modalità esplicitamente previste e formalizzate con i Pediatri di Libera scelta del territorio di competenza e con le diverse articolazioni della Zona Territoriale ed in particolare con: Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione, Reparti ospedalieri di: Ostetricia e Ginecologia, Pediatria.

Competenze gestionali

Spettano al Comune dell'Ambito Territoriale Sociale di residenza del minore in affi-

damento familiare o in accoglienza residenziale:

- Stipula di un contratto di assicurazione tramite il quale il minore è garantito dagli incidenti e dai danni che gli sopravvengano o che egli provochi a persone e cose.
- Agevolazioni di carattere sociale ed educativo: rette del nido e scuola dell'infanzia, mensa e trasporto scolastico, rimborso libri di testo, centri estivi... (solo per il minore in affidamento familiare).
- Corresponsione dell'indennità di mantenimento mensile per le spese di mantenimento e cura del minore alla famiglia affidataria. Tali indennità, nelle more di indicazioni regionali, sono determinate a livello di Ambito Territoriale Sociale e pertanto applicate a tutti i Comuni.
- Corresponsione della retta presso la Struttura residenziale di accoglienza Spettano al Distretto sanitario della Zona Territoriale ASUR:
- Agevolazioni di carattere sanitario (procedure abbreviate per l'accesso a prestazioni mediche specialistiche e diagnostiche).

3.3. "Equipe integrata adozione"

- *Destinatari e finalità del servizio*

Il servizio delle adozioni nazionali ed internazionali è rivolto a famiglie che esprimono la disponibilità ad adottare un bambino.

Gli aspiranti genitori adottivi devono possedere i requisiti previsti dall' art. 6 della L. 184/1983, come modificata dalla L. 149/01. La dichiarazione di disponibilità va presentata presso la Cancelleria Civile del Tribunale per i Minorenni della Regione di residenza.

Le finalità dell'Equipe integrata adozione sono le seguenti:

- informazione e formazione dei cittadini aspiranti all'adozione;
- acquisizione di elementi utili riguardo gli aspiranti genitori adottivi, per la valutazione da parte del Tribunale per i Minorenni della loro idoneità all'adozione;
- predisposizione di materiale informativo per promuovere la diffusione delle informazioni per il territorio di competenza;
- relazioni di post idoneità (ovvero l'informazione semestrale al Tribunale per i Minorenni delle iniziative intraprese dalle coppie che hanno ottenuto l'idoneità nell'anno successivo al conseguimento);
- sostegno del nucleo adottivo;
- mantenimento dei rapporti con gli Enti autorizzati per l'Adozione internazionale e con le associazioni di famiglie adottive operanti sul territorio di competenza;
- immissione dei dati nella Banca dati regionale sui "minori fuori dalla famiglia", contribuendo periodicamente all'elaborazione e all'interpretazione dei dati inerenti le adozioni nel territorio di competenza.

- *Composizione*

È composta da:

- uno psicologo del Consultorio familiare del Distretto della Zona Territoriale

ASUR

- un assistente sociale del Consultorio familiare del Distretto della Zona Territoriale ASUR
- uno o più assistenti sociali dei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale
- un assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale.

- *Modalità organizzative*

Di norma copre il territorio della Zona Territoriale; articolazioni organizzative diverse possono essere previste per esigenze specifiche e comunque recepite dalla convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

Ha una propria sede che deve essere individuata nella convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

Ha un Responsabile che partecipa agli incontri del "Coordinamento socio-sanitario tutela minori" di ogni Ambito Territoriale Sociale/Distretto; le modalità di nomina del responsabile vanno esplicitate nella convenzione che istituisce il "Coordinamento socio-sanitario tutela minori".

- *Modalità operative*

Si riunisce di norma una volta alla settimana e comunque tutte le volte che se ne riscontrano la necessità.

L'Equipe integrata adozioni, per quanto attiene agli adempimenti connessi alle adozioni nazionali ed internazionali, ha il compito di:

- informare e preparare le coppie che aspirano all'adozione nazionale ed internazionale, anche in collaborazione con gli Enti autorizzati per l'Adozione internazionale e con le associazioni di famiglie adottive;
- effettuare colloqui di indagine psico-sociale, su richiesta del Tribunale per i Minorenni, delle coppie aspiranti all'adozione nazionale ed internazionale e redigere la relazione secondo la traccia del protocollo operativo regionale;
- effettuare valutazioni, su richiesta del Tribunale per i Minorenni, sull'andamento del progetto adottivo internazionale delle coppie e sulla permanenza dei requisiti che hanno dato luogo all'idoneità all'adozione e redazione delle relazioni semestrali sino all'arrivo del minore in famiglia;
- effettuare valutazioni sull'andamento dell'inserimento adottivo nel primo anno di permanenza del minore adottato in famiglia, su richiesta del Tribunale per i Minorenni, e redazione delle tre relazioni periodiche per l'Autorità Giudiziaria Minorile secondo la traccia del protocollo operativo regionale;
- effettuare consulenze e sostegno psicologico per famiglie adottive su richiesta spontanea o su invio di altri Servizi, anche attraverso gruppi di genitori adottivi.

L'Equipe integrata adozioni per le proprie attività si raccorda e collabora attraverso modalità esplicitamente previste e formalizzate con i Pediatri di Libera scelta del territorio di competenza e con le diverse articolazioni della Zona Territoriale ed in particolare con: Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Prevenzione, Reparti ospedalieri di: Ostetricia e Ginecologia, Pediatria.

4. Riferimenti normativi

Normativa nazionale generale

- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005
- L. 30 luglio 2002, n. 189 “Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo”
- L. 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”
- D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 “Norme per la realizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000
- D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 “Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali”
- D.M. 24 aprile 2000 “Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN per il triennio 1998 - 2000
- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. Articolo 6”
- L. 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”
- D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 “Trasferimento e deleghe delle funzioni amministrative dello Stato”
- L. 29 luglio 1975, n. 405 “Istituzione dei consultori familiari”
- Codice Civile

Normativa nazionale specifica

- L. 8 febbraio 2006, n. 54 “Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli”
- Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2002-2004
- L. 20 marzo 2003, n. 77 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione Europea sull’esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996”
- L. 30 luglio 2002, n. 189 “Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo”
- D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151 “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53”
- L. 28 marzo 2001, n. 49 “Modifiche alla legge n. 184 in materia di adozione e affidamento di minori”
- L. 5 aprile 2001, n. 154 “Misure contro la violenza nelle relazioni familiari”
- D.L. 24 aprile 2001, n. 150 “Disposizioni urgenti in materia di adozione e di procedimenti civili davanti al Tribunale per i Minorenni”

- L. 31 dicembre 1998, n. 476 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L’Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri”
- L. 3 agosto 1998, n. 269 “Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno dei minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”
- L. 23 dicembre 1997, n. 451 “Istituzione della Commissione parlamentare per l’infanzia e dell’Osservatorio nazionale per l’infanzia”
- L. 28 agosto 1997, n. 285 “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l’infanzia e l’adolescenza”
- L. 15 febbraio 1996, n.66 “Norme contro la violenza sessuale”
- L. 27 maggio 1991, n. 176 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989”
- D.Lgs. 272/89 “Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del D.P.R. 448/88”
- D.P.R. 448/88, “Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni”
- L. 4 maggio 1983, n. 184 “Diritto del minore ad una famiglia”
- L. 22 maggio 1978 n. 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”

Normativa regionale generale

- D.C.R. 29 luglio 2008, n. 98 “Piano Sociale Regionale 2008/2010”
- D.C.R. 31 luglio 2007, n. 62 “Piano Sanitario Regionale 2007/2009”
- D.G.R. 28 giugno 2007, n. 720 “Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali”
- L.R. 20 giugno 2003, n. 13 “Riorganizzazione del servizio sanitario regionale”

Normativa regionale specifica

- Reg. Reg. 22 dicembre 2004, n. 13 “Requisiti e modalità per l’autorizzazione e l’accreditamento dei servizi per l’infanzia, per l’adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie di cui alla L.R. 13 maggio 2003, n. 9”
- D.G.R. 17 giugno 2003, n. 869 “Interventi socio-sanitari territoriali relativi all’affidamento familiare di cui alla Legge 4 maggio 1983, n. 184 e successive modifiche”
- L.R. 13 maggio 2003, n. 9 “Disciplina per la realizzazione dei servizi per l’infanzia, per l’adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie e modifica della LR n. 46/95 Promozione delle politiche in favore dei giovani e adolescenti”
- D.G.R. 17 dicembre 2002, n. 2216 “Attuazione del protocollo di intesa tra Regione Marche e Ministero della Giustizia in materia penitenziaria e post-penitenziaria. Approvazione dell’atto di istituzione sperimentale dell’ufficio per la media-

- zione penale minorile delle Marche”
- L.R. 6 novembre 2002, n. 20 “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale”
 - D.G.R. 29 ottobre 2002, n. 1896 “Linee d’indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati d’intervento in materia di adozione internazionale”
 - L.R. 15 ottobre 2002, n. 18 “Istituzione del garante per l’infanzia e l’adolescenza”
 - D.G.R. 3 novembre 1999, n. 2712 “Atto di indirizzo e coordinamento dei rapporti tra le Aziende ASL e la Magistratura Minorile in materia di adozione anche internazionale/approvazione schema di protocollo attuativo”
 - L.R. 9 gennaio 1999, n. 2 “Modifica alla L.R. 12 aprile 1995, n. 46 Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti”
 - D.G.R. 21 dicembre 1998, n. 3167 “L.R. 44/97 art.10 Gruppo di lavoro in materia di adozione anche internazionale”
 - D.G.R. 3 giugno 1998, n. 202 “Indirizzi per l’organizzazione del servizio e delle attività consultoriali pubbliche e private”
 - L.R. 12 aprile 1995, n. 46 Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti
 - L.R. 14 marzo 1994, n. 7 “Modifiche all’art. 1 della L.R. approvata dal Consiglio Regionale nella seduta dell’8 febbraio 1994, n. 170 concernente rifinanziamento dell’art. 50 della LR 5 novembre 1988, n. 43, Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni per l’organizzazione dei servizi sociali e per la gestione dei relativi interventi nella Regione”
 - L.R. 4 settembre 1992, n. 42 “Norme in materia di assistenza scolastica del diritto allo studio”

Allegato

Schema convenzione tipo

Il Gruppo di Progetto ha predisposto anche uno schema di convenzione tipo tra soggetto istituzionale sociale (Comune, ATS) e Zona Territoriale dell’ASUR.

Documento finale 2bis

Il Gruppo di Progetto si è riunito il 2 aprile 2008 al fine di esaminare la stesura “finale” della *Proposta di “delibera” avente ad oggetto: Organizzazione degli interventi integrati socio-sanitari destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità*, rivista ed integrata dal dott. Stefano Ricci, come da richiesta della Cabina di Regia dell’Integrazione Socio-sanitaria nella riunione del 17 dicembre 2008.

I presenti hanno valutato in modo sostanzialmente positivo il documento, ma han-

no ritenuto opportuno e necessario esprimere alcune preoccupazioni e formulare alcune proposte di integrazione e modifica del documento finale da sottoporre all’attenzione dei Servizi competenti per la trasformazione del documento in atto normativo.

In relazione alle *Note preliminari* si propone di integrarle con il seguente contributo:

- La DGR dovrebbe richiamare esplicitamente come le competenze sanitarie relative agli interventi destinati a infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità siano da ricondursi al Consultorio Familiare e riconfermare la centralità di questa struttura operativa.
- In questo senso la DGR, anche con riferimento ai necessari percorsi di accompagnamento della sua implementazione, dovrebbe evitare le sovrapposizioni di attività tra Equipe integrata territoriale e Consultorio Familiare.

In relazione ai *contenuti* del documento, con riferimento ai punti dell’indice indicati, si propongono le seguenti modifiche (che dovrebbero trovare corrispondenza nello Schema di convenzione tipo allegato alla Delibera).

2.1. Livello locale

Per evitare la confusione con le competenze peculiari del Consultorio Familiare inserire a fianco di ogni voce pertinente (cioè riferita alla normativa nazionale e regionale vigente) l’indicazione, tra parentesi: Competenza sanitaria del Consultorio Familiare

2.2. Livello regionale

Verificare la possibilità di inserire nel Tavolo permanente di coordinamento anche i Direttori/Responsabili dei Consultori Familiari o loro sostituti.

Verificare la possibilità che i gruppi di lavoro Tavolo permanente, siano sempre aperti agli operatori territoriali del settore infanzia, adolescenza e famiglia, sia del pubblico che del privato sociale.

Tra i compiti del Tavolo permanente di coordinamento c’è quello di proporre alla Giunta l’adozione di atti che riguardino la programmazione, l’organizzazione e la gestione delle attività socio-sanitarie relative ai minori... In questa prospettiva vanno chiariti i rapporti che il suddetto organismo ha con le Cabine di Regia.

Allargare l’orizzonte del “coordinamento dei flussi informativi del settore in collegamento con il sistema informativo integrato” oltre la Banca dati minori fuori dalla famiglia.

Spetta ai Comuni dell’Ambito Territoriale

Prima della “valutazione sociale sulla situazione della famiglia” aggiungere l’“indagine sociale”, prima prestazione del Servizio Sociale e base informativa per una valutazione complessiva psico- socio-sanitaria del minore e della famiglia, che porterà ad una diagnosi e prognosi condivise e ad un progetto di intervento comune dell’équipe integrata; indagine sociale come elemento di base dell’azione complessiva finalizzata al progetto di intervento integrato socio-sanitario.

Spetta alla Zona Territoriale dell’ASUR

Nell’introduzione richiamare la centralità degli operatori del Consultorio Familiare.

Inserire al primo punto la competenza di: Contribuire alla funzionalità dell’équipe integrata territoriale nel prendersi cura dei soggetti in età evolutiva e delle famiglie in

stato di fragilità a partire da una valutazione diagnostica e prognostica per arrivare ad un progetto di intervento condiviso dell'équipe integrata.

Poiché si ritiene necessario distinguere le competenze sanitarie e sociali "di base", cioè quelle effettive, costitutive delle Equipe integrate da quelle "specialistiche", cioè aggiuntive, consulenziali dell'attività delle Equipe integrate, si propone di togliere dalla tabella successiva con gli "Interventi di tutela socio-sanitari dell'Area infanzia, adolescenza e famiglia in situazioni di fragilità" i riferimenti al Neuropsichiatra infantile e allo Psichiatra per quanto riguarda le figure sanitarie e all'Educatore professionale tra le figure sociali.

Per evitare la confusione tra le due tipologie di operatori nella tabella vanno individuati solo i soggetti che hanno istituzionalmente la presa in carico.

4.1. "Equipe integrata territoriale"

Conseguentemente si modificherebbero i paragrafi sulla "Composizione".

Nei successivi paragrafi di "raccordo e collaborazione" (es. "L'Equipe integrata territoriale per le proprie attività si raccorda e collabora attraverso modalità esplicitamente previste e formalizzate con...") aggiungere il servizio di Neuropsichiatria infantile e richiamare il ruolo degli Educatori professionali e di altre tipologie di operatori che lavorano nei servizi sociali e sanitari.

Tra le "Modalità organizzative" andrebbe chiarito che il termine Responsabile non prefigura una "nuova struttura organizzativa", vanno inoltre definiti meglio alcuni aspetti della "carica" di referente: la durata, alcuni parametri essenziali per l'indennità economica da riconoscere...

4.1.1. Metodologia di lavoro per minori e famiglie sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria Minorile

Tra le attività indicate nella "Richiesta di intervento da parte dell'Autorità Giudiziaria Minorile" aggiungere il riferimento all'indagine sociale.

Rispetto all'"Assegnazione e titolarità del caso in base alle competenze prevalenti" verificare l'opportunità di chiarire come, mantenendo il riferimento generale che nei casi di tutela di un minore il servizio competente è sempre il Consultorio per la parte sanitaria, mentre la parte sociale è di norma espletata dal servizio sociale professionale del Comune, il riferimento alle competenze prevalenti riguarda questi due servizi e non altri che possono integrare l'azione di tutela.

Rispetto alla "Segnalazione da parte dei Servizi all'Autorità Giudiziaria Minorile" verificare l'opportunità di chiarire come, a proposito di segnalazione, la legge ritiene responsabile il singolo operatore (incaricato di pubblico ufficio) e pertanto spetta a lui segnalare all'autorità giudiziaria; per questo si suggerisce di indicare come, nelle situazioni di incertezza è necessario consultarsi con l'équipe, ma si ritiene opportuno che questa prassi rimanga facoltativa.

Gruppo di Progetto Area Disabilità

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Verifica dello stato dell'arte degli atti programmatori regionali, sociali e sanitari, del settore di intervento Disabilità e avvio della loro armonizzazione

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII. 6.3 Area disabilità
- Normativa nazionale di settore e leggi regionali di settore
- DGR 1627/05 - Proposta di P.O. sulla riabilitazione
- DGR 406/06 - Compartecipazione spesa CSER
- Per quanto residuali: Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale Regionale precedenti

Obiettivi/Prodotti

Ricognizione sull'attuazione della normativa regionale sociale e sanitaria per la parte dell'area comune socio-sanitaria con l'individuazione delle criticità e la definizione di una proposta complessiva di armonizzazione sui piani normativo/istituzionale, programmatico, organizzativo, gestionale. Prodotto previsto report alla cabina di regia con eventuali allegati proposta di atti da assumere

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Fausto Mannucci

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo - Predisposizione indice provvisorio report - Divisione del lavoro tra i partecipanti rispetto agli "argomenti": Sistema integrato dei servizi sociali e sanitari per i disabili; UMEE e UMEA; Percorso assistenziale; Accesso ai servizi e compartecipazione alla spesa; Progetto Autismo Marche...
- Ricognizione materiali e documenti prodotti in questi anni a livello regionale sugli argomenti (ARS, Servizio salute, Servizio Politiche sociali, Manifestazioni Interesse ASUR...)
- Lavoro personale secondo indici omogenei e scambio continuo per favorire lo sviluppo unitario, eventuali contatti con soggetti competenti esterni al gruppo
- Predisposizione report intermedio e ipotesi atti normativi da assumere
- Attivazione confronto con soggetti esterni
- Predisposizione report finale alla Cabina di Regia

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto (cfr. ad esempio organismi L.R.18/96, e altri tavoli di lavoro).

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Fausto Mannucci*	Servizio Salute
Giuseppe Forti	ARS
Rita Paolini	Servizio Salute
Anna Bernacchia	Servizio Politiche Sociali
Luciano Capodoglio	ASUR
Gardenia Cingolati	ASUR
Alessandra Cantori	Ambiti Territoriali Sociali
Lamberto Pellegrini	Ambiti Territoriali Sociali

*Coordinatore

Attività

L'obiettivo del Gruppo di Progetto era la ricognizione sull'attuazione della normativa regionale sociale e sanitaria per la parte dell'area comune socio-sanitaria con l'individuazione delle criticità e la definizione di una proposta complessiva di armonizzazione sui piani normativo/istituzionale, programmatico, organizzativo, gestionale.

Il gruppo si è incontrato cinque volte. Alla fine è stato prodotto un documento portato all'attenzione dei componenti della Cabina di Regia nell'aprile 2008. Successivamente è stata elaborata una nuova versione, con note.

La mancanza dell'approvazione da parte del Consiglio Regionale della DGR 1627/05 che definiva i contenuti del Progetto Obiettivo Riabilitazione ha creato qualche difficoltà al Gruppo nell'esplicitare ulteriormente le necessarie coerenze tra il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e il Modello organizzativo socio-sanitario integrato per l'Area della Disabilità. In questo senso la stessa struttura del documento e la sua conformazione (una presentazione di diapositive e non un testo scritto) testimoniano la fase tuttora in divenire, anche se la Cabina di Regia ha accolto il prodotto finale del Gruppo.

Scheda di riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto un documento portato all'attenzione dei componenti della Cabina di Regia nell'aprile 2008; successivamente ha elaborato una nuova versione.

Contenuti qualificanti

Il documento si propone la definizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale orientato a definire due tipologie di attività sviluppate a partire dalle diverse necessità dei pazienti:

- una prettamente riabilitativa con presa in carico a breve termine e restituzione finale a prevalente rilevanza sanitaria;
- una di natura cronica con presa in carico a lungo termine ed a maggior rilevanza sociale.

Il documento sviluppa le proposte a partire da vincoli di: isorisorse, semplificazione e pragmatismo.

Nel documento, tra l'altro si affronta il ruolo di UMEE e UMEA in relazione sia alla funzione valutativa (che dovrebbe essere ricondotta all'UVI) che a quella della presa in carico e della erogazione dei servizi (che dovrebbe essere ricondotta alle Unità Operative di Medicina Riabilitativa) per cui potrebbero diventare "soggetti garanti di un tragitto di vita che tuteli a livello personale e sociale il soggetto con gravi disabilità e che dia il supporto necessario alle Unità Operative di Medicina Riabilitativa per il progetto riabilitativo individuale".

Il documento ipotizza quindi un "percorso progettuale" caratterizzato da: Diagnosi organizzativa, analisi delle strutture coinvolte; Mappatura dei principali processi; Analisi della strutturazione dei processi chiave; Progettazione e implementazione degli interventi organizzativi.

Il documento dopo un'analisi delle strutture organizzative sanitarie e sociali attuali delinea possibili evoluzioni per i due settori fino a tracciare lo schema di un "Modello organizzativo socio-sanitario integrato".

Sviluppi previsti

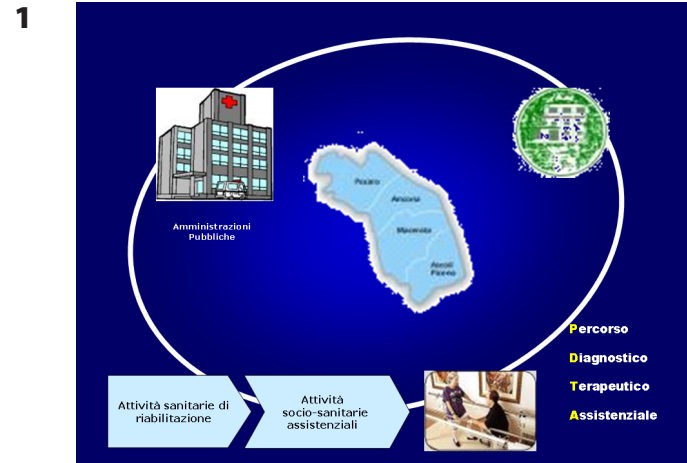
Il documento si configura come uno strumento "intermedio" rispetto ad una possibile riorganizzazione dei settori sanitario e sociale per la disabilità in un'ottica integrata socio-sanitaria. L'approfondimento metodologico-culturale e la mappatura di risorse, servizi e professionalità tra sanità e sociale, in una prospettiva unitaria e di "continuum" tra riabilitazione intensiva e inclusione sociale destinate ai disabili potrebbero essere ulteriormente analizzati. La Cabina di Regia dovrebbe dare orientamenti precisi e indicazioni cogenti su questi temi.

Note

- Il livello di condivisione del documento all'interno del gruppo di progetto non sembra totale, soprattutto per la difficoltà della componente sociale a comprendere il ruolo futuro di UMEE e UMEA che, in effetti, nel "Modello organizzativo socio-sanitario integrato" finale non sono presenti.
- Vanno verificate le coerenze tra il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale e il "Modello organizzativo socio-sanitario integrato" delineati dal documento e l'impostazione ed i contenuti del P.O. Riabilitazione (DGR 1627/05), al vaglio della V Commissione consiliare.

Gruppo di Progetto Area Disabilità

Documento finale 1



Note alla 1^a diapositiva

I percorsi per la disabilità e la riabilitazione debbono essere inquadrati nell'ambito dei percorsi assistenziali e presentano, pur in una sostanziale diversità, momenti di scambio e di integrazione tra loro. Molto spesso questa distinzione è stata forzatamente amplificata al fine di rendere "economicamente" più favorevole la gestione del singolo paziente senza però costruire un percorso sinergico di integrazione



Note alla 2^a diapositiva

Vincoli:

ISORISORSE

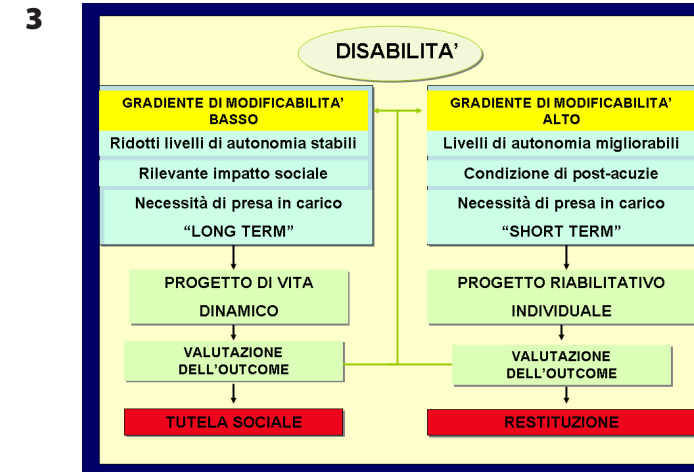
In carenza di risorse aggiuntive, vanno attivati percorsi di ottimizzazione che tengano presente da una parte l'efficienza del sistema (minor costo per singola prestazione) ma anche l'efficacia rispetto all'outcome.

SEMPLIFICAZIONE

Definire con chiarezza i punti di accesso e i percorsi assistenziali per i pazienti ed i loro caregiver, soprattutto nell'età evolutiva, evitando inutili wonderings.

PRAGMATISMO

Definire in termini oggettivi le possibilità di allocazione delle risorse evitando sia l'accanimento terapeutico che la carenza assistenziale.

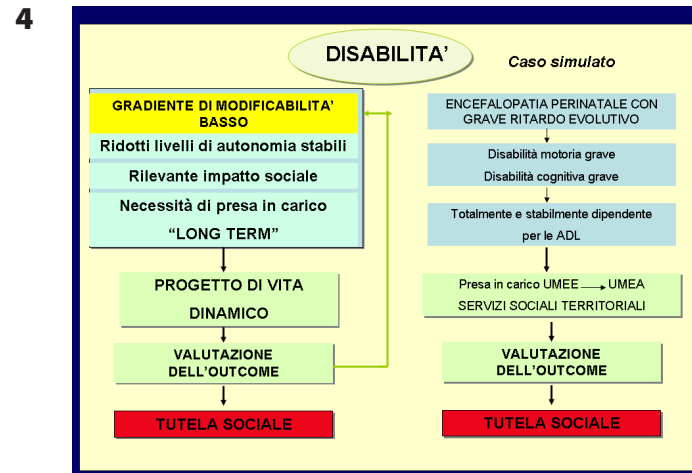


Note alla 3^a diapositiva

La differenziazione tra disabilità e percorso riabilitativo viene volutamente rimarcata nella slide al fine di rendere evidenti le differenze, ma risulta chiaro come questa distinzione didattica nella gestione ordinaria generi percorsi sinergici e con frequenti scambi tra le due linee produttive nell'ambito comunque delle fragilità. Risulta chiaro come il disabile abbia un basso gradiente di modificabilità in quanto o la patologia è stabilizzata sin dall'esordio su un determinato stadio di danno, oppure l'intervento terapeutico e riabilitativo ha già fatto quanto possibile e si è ottenuta una stabilizzazione dei livelli di autonomia la cui stadiazione determina la gravità del paziente da ciò deriva che l'intervento non potrà fissare un end point di breve periodo, ma dovrà costruire un progetto di vita con una presa in carico di lungo periodo con una variabilità ed una dinamicità legata all'evoluzione comunque possibile della patologia, se non altro per il progredire dell'età, ed un carico per i caregiver ed il contesto sociale comunque crescente.

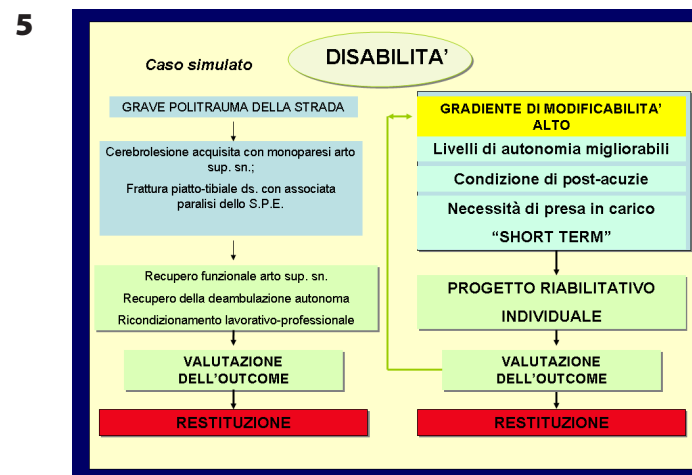
Normalmente nel percorso riabilitativo si parte da un evento acuto di vario genere in cui si fissa un end point di breve periodo in cui ottenere i migliori livelli di autonomia possibili sulla base del postumo. Pertanto, non viene messo in discussione un progetto di vita ma un percorso su un substrato di un gradiente presunto di modificabilità alto.

Elemento d'unione dei due percorsi è la valutazione dell'outcome in un caso a fini di tutela sociale nell'altro della restituzione, nei limiti del possibile.



Note alla 4ª diapositiva

Questa e la diapositiva che segue riportano la divisione del processo nelle due branche, puntando alla divisione a fini esemplificativi, ma tenendo presente la gestione della fragilità come base delle due condizioni.



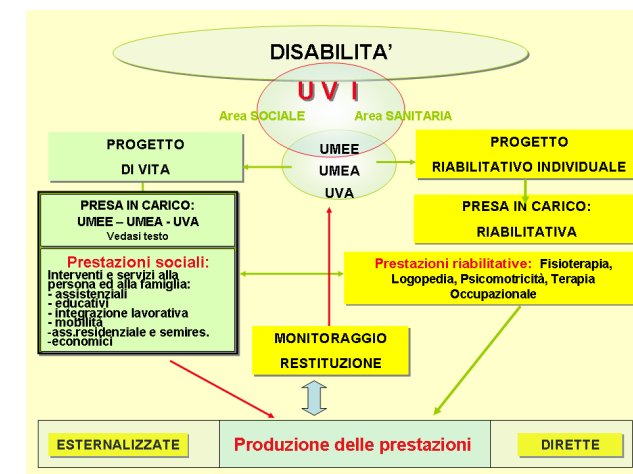
6

Se vogliamo semplificare in chiave pragmatica, in un contesto economico di isorisorse, la prima cosa da fare è unificare tutte le UU.OO. Multidisciplinari in un'unica struttura integrata la quale abbia come denominatore comune un sistema di valutazione del disabile e un sistema di monitoraggio dei percorsi.

Quindi in un unico contenitore per l' Unità Valutativa Integrata che dovrà essere unico sia per il sociale sia per il sanitario, per UVA, per UMEE e per UMEA.

In conseguenza di ciò tali Unità Valutative (UMEA-UMEE), non dovranno più essere, "se mai lo sono state", soggetti erogatori di prestazioni bensì soggetti garanti di un tragitto di vita che tuteli a livello personale e sociale il soggetto con gravi disabilità e che dia il supporto necessario alle Unità Operative di Medicina Riabilitativa per il progetto riabilitativo individuale e che si faccia garante del monitoraggio e della verifica dell'outcome anche nei confronti del Privato accreditato.

7



Note alla 7ª diapositiva

Nel percorso di progettazione di un percorso assistenziale dopo l'accoglienza della domanda e la definizione del bisogno, va costruita una valutazione del soggetto, del contesto e delle possibilità/impossibilità di miglioramento. Tale percorso va effettuato in un contenitore, una funzione di valutazione che deve essere condivisa tra area sociale e sanitaria nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, deve potersi differenziare sulla base delle caratteristiche del paziente (patologia, età, comorbidità, ...) garantendo un approccio multidisciplinare, multiprofessionale al fine di poter presentare un progetto personalizzato su cui effettuare la presa in carico. Le modalità di erogazione delle prestazioni (strutture accreditate o pubbliche) non è una discriminante reale, mentre la valutazione in feed back del progetto personalizzato assume un ruolo importante.

8



Note alla 8^a diapositiva

Il percorso progettuale rappresenta una metodologia che analizza le risorse allocate, ne valuta l'appropriatezza, definisce i nodi interni al processo per definire i relativi indicatori e le possibili "variabilità" di percorso.

Un progetto per profilo-percorso sicuramente allunga i tempi di progettazione, ma aumenta l'adesione dei professionisti e la possibilità di apporti motivati, partecipativi e propositivi.

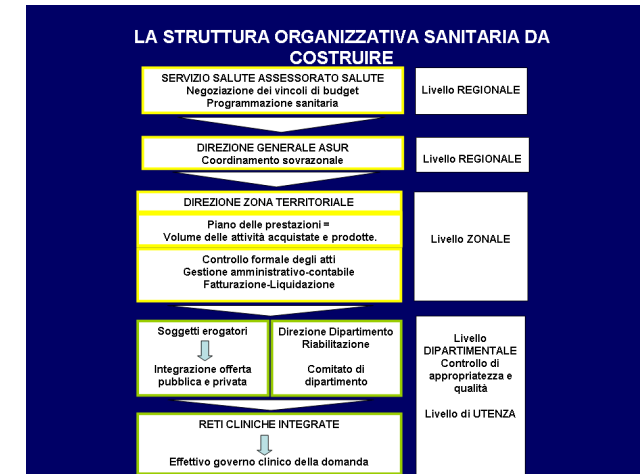
9



10



11



12



Note alla 12^a diapositiva

Lo schema riportato definisce un percorso parallelo decisionale/programmatorio tra sociale e sanitario, tenendo presente le sostanziali differenze tra le due linee consistente nella diversa collocazione funzionale e gerarchica tra zona/distretto e ATS. Ciò premesso, il modello attuativo condivide la necessità di avere un'analisi sostanziale del bisogno che discende dal macro aggregato regionale per proseguire nei vari livelli attuativi. (Vedasi allegato: estratto DGR 720/07)

Gruppo di Progetto Area Salute mentale

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Verifica dello stato dell'arte degli atti programmatori regionali, sociali e sanitari, del settore di intervento Salute mentale e avvio della loro armonizzazione.

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII.6.4 Area salute mentale
- Normativa nazionale di settore e leggi regionali di settore
- DACR 132/04 Progetto Obiettivo Salute Mentale
- DGR 114/06 Prosecuzione triennale Servizi di sollievo
- DGR 174/06 Prosecuzione triennale Servizi di sollievo
- Per quanto residuale Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale Regionale precedenti

Obiettivi/Prodotti

Ricognizione sull'attuazione della normativa regionale sociale e sanitaria per la parte dell'area comune socio-sanitaria con l'individuazione delle criticità e la definizione di una proposta complessiva di armonizzazione sui piani normativo/istituzionale, programmatorio, organizzativo, gestionale. Prodotto previsto report alla cabina di regia con eventuali allegati proposta di atti da assumere

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Fausto Mannucci

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo - Predisposizione indice provvisorio report - Divisione del lavoro tra i partecipanti rispetto agli "argomenti": Obiettivi P.O.; Dipartimento di Salute Mentale; Sistema informativo; Formazione e aggiornamento; Privato Sociale; Standard; Strutture operative del DSM; Strutture sociosanitarie etc.
- Ricognizione materiali e documenti prodotti in questi anni a livello regionale sugli argomenti (ARS, Servizio salute, Servizio Politiche sociali, Manifestazioni Interesse ASUR etc.).
- Lavoro personale secondo indici omogenei e scambio continuo per favorire lo sviluppo unitario, eventuali contatti con soggetti competenti esterni al gruppo.
- Predisposizione report intermedio e ipotesi atti normativi da assumere.
- Attivazione confronto con soggetti esterni.
- Predisposizione report finale alla Cabina di Regia.

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Fausto Mannucci*	Servizio Salute
Roberto Drago	ARS
Francesca Testoni	ARS
Nicola Scola	Servizio Salute
Anna Bernacchia	Servizio Politiche Sociali
Carlo Gianfelice	ASUR
Andrea Martini	ASUR
Giuseppe Zuccatelli	ASUR
Valerio Valeriani	Ambiti Territoriali Sociali

*Coordinatore

Attività

Il Gruppo ha organizzato la propria attività a partire dalla ricognizione della situazione esistente sia dal punto di vista dell'applicazione del Progetto Obiettivo Salute Mentale (D.A.C.R. 132/04) che del monitoraggio dell'utilizzo dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale, con particolare riferimento alla residenzialità e alla semiresidenzialità.

In questa prospettiva sono stati raccolti diversi contributi dei partecipanti al Gruppo di Progetto ed è stata riconfermata la rilevazione puntuale realizzata dall'Agenzia Regionale Sanitaria (Monitoraggio dati psichiatria al 30.01.2008) che ha permesso di avere informazioni direttamente dai Direttori dei DSM sull'appropriatezza degli interventi; è stato raccolto un Report dati che ha permesso anche di avviare il lavoro di ricognizione necessario alla pubblicazione "La tutela della Salute Mentale nelle Marche" presentata nella Conferenza Regionale sulla Salute Mentale del 6/7 luglio 2009 a Pesaro.

Nella logica di consolidare i servizi meno strutturati il Gruppo ha lavorato sul documento "Salute Mentale: avvio programma di superamento delle disparità" che è stato recepito dalla Giunta Regionale con Delibera n. 1770/2008 e confermata, dopo il necessario parere della competente Commissione consiliare, con la D.G.R. n. 857/09.

Il Gruppo di Progetto si è riunito in plenaria 10 volte, completando il lavoro programmato e validando i documenti elaborati.

Scheda di riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto un documento dal titolo "Salute Mentale: avvio programma di superamento delle disparità", portato all'attenzione dei componenti della Cabina di Regia, corredato da un Monitoraggio dei dati di psichiatria e da un Report dati.

Contenuti qualificanti

Il documento "Salute Mentale: avvio programma di superamento delle disparità" propone la costituzione di un fondo regionale finalizzato a finanziare quei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che hanno un organico inadeguato, consentendo l'assunzione di personale; il fondo sarà alimentato annualmente dalle cifre non utilizzate per il pagamento delle rette di degenza in istituti vari degli ex degenti in Ospedali Psichiatrici deceduti.

Il documento, approvato con la DGR n. 1770/2008, recante: "Avvio programma di superamento delle disparità e di potenziamento: modalità interventi e criteri riparto quota anno 2008" è stato inviato alla commissione consiliare competente per richiesta parere, come da procedura del nuovo Piano Sanitario Regionale.

All'interno dell'atto, si ribadisce che il Sistema Informativo per la Salute Mentale è uno strumento indispensabile per qualsiasi ulteriore programmazione consapevole. Si è stabilito di chiedere alla Giunta atti che impegnino all'uso del sistema, attualmente in uso solo in quattro DSM, tutte le strutture psichiatriche della Regione.

In questo senso il documento suggerisce anche l'utilizzo delle economie per obiettivi prioritari quali, appunto, la promozione della utilizzazione del sistema informativo informatizzato SISP-Marche e la promozione di progetti sperimentali di prevenzione e lotta al pregiudizio rivolte ai minori e/o agli adulti.

Si è inoltre proceduto ad una rilevazione della situazione della residenzialità psichiatrica, domandando ai DSM notizie sia sulla domanda espressa, sia sull'offerta da essi gestita, sia sulla risposta data tramite strutture private o comunque ubicate fuori Regione e per le quali il SSR è chiamato a sostenere la spesa relativa. In base a tale rilevazione si sono ipotizzate una serie di soluzioni per la riorganizzazione dell'offerta gestita direttamente, con possibilità nel medio periodo di congrui contenimenti di spesa.

Sviluppi previsti

Sulle questioni del SISP, dei progetti di prevenzione e della residenzialità psichiatrica la Cabina di Regia dovrebbe esprimere orientamenti e dare indicazioni cogenti, individuando procedure e responsabilità per l'elaborazione e la approvazione degli atti normativi necessari.

Note

Sul tema della residenzialità psichiatrica si innescano due questioni che richiedono l'attenzione della Cabina di Regia: una verifica sul campo della corrispondenza tra autorizzazioni e operatività (sviluppando il lavoro svolto dall'ARS sui documenti) e una revisione del sistema tariffario (collegandolo alla riorganizzazione complessiva la cui necessità è stata, tra l'altro, ribadita dagli assessori nella lettera alla Cabina di Regia del 7 ottobre 2008).

Dopo il parere della Commissione consiliare competente sulla D.G.R. 1770/08 è stata approvata la Delibera di Giunta Regionale n. 857 del 25/05/2009 "Attuazione PSR 200 7-2009 - punto VII.6.4 - Salute mentale - Avvio programma di superamento delle disparità e di potenziamento: modalità interventi e criteri riparto quota anno 2008 - cap. 52815171 euro 867.643,20". La Delibera approva i criteri di intervento e di riparto della quota stanziata per il riequilibrio e il potenziamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nel settore della salute mentale.

Gruppo di Progetto Area Salute mentale

Documento finale 1

Salute mentale: avvio programma di superamento delle disparità

1. Premessa generale

In base agli indirizzi del vigente Piano Sanitario Regionale e del Progetto Obiettivo Salute Mentale di cui alla D. A. n.132/2004, i dipartimenti di salute mentale e il sistema sanitario regionale nel suo complesso, devono essere in grado di garantire anche gli interventi di diagnosi precoce e prevenzione della disabilità, di promozione della salute mentale sul territorio, inclusivi di tutti gli aspetti di informazione ed educazione sanitaria, di sviluppo di una immagine corretta del disagio e della malattia mentale nella popolazione, di promozione dei valori di solidarietà e dell'inclusione sociale.

Le persone con sofferenza mentale devono avere la possibilità di *accedere in modo equo e senza ostacoli al sistema integrato dei servizi* sanitari e sociali, degli erogatori pubblici e privati; devono inoltre poter avere interventi individualizzati e di scelta, integrati con attività sussidiarie di auto-mutuo aiuto e di inclusione sociale. Un ruolo fondamentale nella costruzione di questo sistema deve essere svolto, in ogni zona territoriale, dal dipartimento di salute mentale.

A fronte di questi complessi ed impegnativi obiettivi si registra una oggettiva e significativa differenza disponibilità di risorse e di opportunità tra i vari DSM in termini di strutture e di risorse impegnate. Le differenze sono evidenti quando si consideri la spesa complessiva pro-capite per la salute mentale nei singoli DSM, la disponibilità di operatori e di strutture attive nel territorio, i tempi di apertura, la quantità e qualità dei posti residenziali e semiresidenziali.

Le differenze incidono inevitabilmente sulle opportunità curative e riabilitative ambulatoriali, sulle cure domiciliari, sulle iniziative di prevenzione e di lotta allo stigma, sulla consistenza dei servizi del sollievo. Le differenze influiscono quindi sui percorsi assistenziali possibili, sulla qualità delle risposte e sui livelli di assistenza. Questi dati configurano pertanto una reale disuguaglianza dei cittadini marchigiani rispetto al diritto alla salute. Va peraltro rilevato che laddove il DSM, per carenza di personale, di strutture e di iniziative di inclusione sociale, non riesca a realizzare una presa in carico globale, limitandosi a svolgere una funzione puramente ambulatoriale, il ricovero in SPDC o presso le residenze sanitarie e sociali e le case di cura convenzionate, può assumere il senso di una delega di parti significative del percorso assistenziale. Gli SPDC si troveranno a svolgere, infatti, funzioni qualitativamente diverse in rapporto allo sviluppo ed alla maturità operativa dei servizi territoriali.

A tutto ciò va aggiunto che, al momento, nelle Marche i casi di *soggetti malati mentali in carico* sono stimati in circa 24.000; quindi i nostri DSM, verosimilmente per ca-

renza di personale, non prenderebbero in carico quella quota minima di soggetti, calcolata intorno al 2% dei soggetti del territorio di competenza (nelle Marche circa 30.000 pazienti).

Resta pertanto un fondamentale obiettivo quello di contrastare l'indebolimento dei servizi psichiatrici territoriali, avviando intanto quel processo teso ad assicurare, a tutti i DSM delle Marche, lo standard di operatori previsto dai livelli essenziali di assistenza e cioè un operatore ogni 1.500 abitanti serviti.

2. Le linee di sviluppo

Oltre alle normali attività necessarie per far fronte ai bisogni sanitari e socio-sanitari di base, i nuovi DSM, in base alle linee strategiche concordate tra il Ministero della Salute e le Regioni, devono essere capaci di intercettare e rispondere alle nuove complesse e molteplici domande di salute. I DSM devono quindi essere messi in grado di:

- cogliere le crescenti aspettative degli utenti, dei loro familiari e delle loro associazioni;
- sviluppare e favorire livelli partecipativi dell'utenza, dei familiari e della comunità territoriale di riferimento;
- saper costruire progetti terapeutici individuali, personalizzati e condivisi.

Gli operatori del DSM debbono cioè poter svolgere il fondamentale ruolo di principale riferimento per la corretta applicazione del sistema assistenziale ispirato dalla legge 180, e per giunta in una società che presenta una maggiore domanda di salute mentale.

Le difficoltà nel realizzare tutto questo dipendono, non solo dalla disponibilità degli interlocutori istituzionali interessati, ma soprattutto dalla adeguatezza delle risorse umane impiegate.

Spesse volte invece, i DSM sono invischiati nelle urgenze e nella quotidianità e non hanno materialmente la possibilità, non solo di assicurare la prevenzione, la promozione della salute, ma anche di garantire una corretta presa in carico dei casi più gravi.

3. Avvio processo di superamento delle disparità

Dall'analisi degli ultimi dati acquisiti sui DSM sono emerse significative differenze per ciò che attiene il *personale* utilizzato e le *risorse economiche* destinate alla salute mentale ed emergono con tutta evidenza significative disparità tra i vari DSM (*Cfr. tabb. 1 e 2*).

Si ritiene pertanto improcrastinabile un intervento regionale diretto ad eliminare tali disparità, con l'avvio di un processo di allineamento basato sull'incremento delle risorse economiche per la salute mentale, partendo da quei DSM che complessivamente impiegano meno risorse per la salute mentale (spesa annuale pro capite) e che presentano anche alti indici di carenze di personale (scostamento rispetto allo standard di un operatore ogni 1500 abitanti serviti).

L'avvio di questo processo di omogeneizzazione può partire utilizzando in questa prima fase le risorse che la Regione recupera dal fondo per il mantenimento degli ospiti ex Ospedali Psichiatrici.

Infatti, la Regione, in attuazione della legge n. 724/1994 e sue successive modi-

ficazioni, ed altresì delle Deliberazioni Amministrative n. 82/1996, n. 241/1998, n. 277/199 (Tab. 2, lett. B/4) e n. 132/2004, ha attivato un progetto di assistenza a favore degli ultimi ospiti degli ex Ospedali Psichiatrici (inclusi in uno specifico registro regionale); tale progetto di assistenza è accompagnato, tra l'altro, da modalità di finanziamento che tengano conto dei soggetti effettivamente assistiti dalle singole Zone Territoriali.

Il programma prevede, quindi, una spesa annua rapportata al numero degli assistiti, spesa che negli anni si è progressivamente ridotta a causa di decessi o dimissioni.

Nell'anno 2007 si sono verificati 25 decessi e pertanto la minore spesa, nell'anno 2008, ammonterà ad euro 542.277,00. Tale minore spesa è strutturale e come tale può essere destinata alle zone territoriali per essere utilizzata per l'avvio del processo di potenziamento e di eliminazione delle disparità esistenti tra le varie zone in materia di salute mentale, obiettivo prioritario contemplato dal vigente piano sanitario regionale.

La somma disponibile può essere destinata al potenziamento del personale di quei DSM che più degli altri siano sotto lo standard di un operatore ogni 1.500 abitanti serviti. Pertanto, in base ai dati delle allegate tabelle si propone di avviare le procedure per l'incremento delle seguenti unità di personale (Cfr. tab. 2), secondo il preannunciato criterio teso a preferire in via prioritaria quei DSM che impiegano meno risorse per la salute mentale e che presentano anche alti indici di carenze di personale. Si calcola che la somma disponibile, che è pari ad euro 542.277,00, possa consentire l'assunzione di circa 13 operatori.

Su tale base si propone di intervenire come segue:

- di autorizzare l'assunzione di almeno n. 4 unità di personale (4+4), per le due Zone Territoriali che al momento destinano meno risorse alla salute mentale e che contemporaneamente presentano le più rilevanti carenze di personale;
- di autorizzare parimenti l'assunzione di altri complessive n. 5 unità di personale presso i restanti DSM, tenendo sempre conto delle carenze, sia della spesa, sia del personale in servizio.
- Di attribuire le risorse in questione (€ 41.713,615 per ogni operatore) solo in presenza di effettivo conseguimento del presente obiettivo di potenziamento.
- Di lasciare alle Zone Territoriali di scegliere il profilo professionale degli operatori da assumere, tenendo conto innanzitutto delle figure non presenti o carenti.

4. Utilizzo delle economie per altri obiettivi prioritari

Rispetto al precedente piano di potenziamento occorre rilevare che nell'anno 2008 l'ASUR e le relative Zone territoriali, potranno verosimilmente utilizzare solo una parte delle somme stabilite, ciò in relazioni alle complesse procedure di acquisizione del personale, che debbono avvenire sempre nel rispetto della vigente normativa in materia. Tale utilizzo è calcolabile in circa il 40% e cioè pari a circa euro 216.910,00. Si prevede quindi di poter utilizzare la restante somma, pari a circa €325.367,00, limitatamente all'anno 2008, per altri importanti obiettivi prioritari già individuati dalla programmazione regionale e cioè per i seguenti interventi:

- euro 260.000,00 per la promozione della utilizzazione del sistema informativo in-

formatizzato SISP-Marche, previo contributo di euro 20.000,00 per ogni DSM, da utilizzarsi: per attività di recupero di dati pregressi, per aggiornamento hardware, per potenziamento del cablaggio, ove necessario, e per altre spese pertinenti al funzionamento e miglioramento dell'applicativo.

- euro 67.367,00 per la promozione di progetti sperimentali di prevenzione e lotta al pregiudizio rivolte ai minori e/o agli adulti: non più di euro 10.000,00 per progetto da elaborare a cura dei singoli DSM, con il coordinamento dell'ASUR. *(Questo punto è stato inserito da N. Scola, non solo con l'intento di rispondere alla programmazione regionale, ma anche in considerazione delle risorse complessive disponibili e delle richieste in tal senso di molte realtà locali).*

Tabella n. 1 - Spese per ogni abitante residente per la salute mentale per Zone Territoriali
(Dati ARS, anno 2006)

DSM	Totale spesa	Spese pro capite (in ordine crescente)
S. Benedetto T.	2.635.960	25,77
Fano	3.636.275	26,62
Jesi	3.120.695	29,47
Civitanova M.	3.716.068	31,73
Camerino	1.628.161	33,16
Urbino	2.798.534	33,73
Fermo	5.444.051	34,18
Macerata	4.937.357	36,42
Senigallia	2.938.691	37,69
Ascoli P.	4.979.064	41,81
Fabriano	2.212.298	46,72
Pesaro	7.373.856	49,45
Ancona	14.778.020	59,95
Totali	60.199.031	39,38

Tabella n. 2 - Personale DSM in servizio, personale occorrente e personale mancante
(ultima colonna, in ordine decrescente)

DSM	Personale in servizio	Personale occorrente secondo Progetto obiettivo (standard 1/1500 ab.)	Personale mancante (-) o in più (+)
Fano	57	91	-35
S. Benedetto T.	37	69	-32
Fermo	75	107	-32
Civitanova M.	55	79	-25
Ascoli P.	64	79	-15
Camerino	18	33	-15
Jesi	62	71	-10
Fabriano	30	32	-2
Urbino	56	55	+1
Senigallia	57	52	+5
Pesaro	107	100	+7
Macerata	104	91	+13
Ancona	184	165	+19
Regione	904	1.024	

Documento finale 2

Dati Salute mentale nelle Marche

Secondo la rilevazione puntuale effettuata dal Dott. Scola, con la collaborazione dell'Agencia Regionale Sanitaria, alla data del 30/01/08, i soggetti ricoverati in residenze sanitarie psichiatriche (SRR – SRT - CP) con retta a totale o parziale carico dei singoli Dipartimenti di salute mentale, risultano essere 473 in strutture dentro regione e 60 in strutture fuori regione per un totale di 543 ricoverati.

Se alle strutture psichiatriche uniamo i ricoverati in RSA, Gruppi Appartamento e strutture residenziali sociali vediamo come i ricoverati dentro regione risultano 726 mentre i ricoverati fuori regione risultano essere 77.

Analizzando questo ultimo dato risulta chiaro di come ci sia una carenza di posti all'interno delle strutture della Regione Marche.

Se facciamo un'ipotesi di nuovi moduli da 20 posti l'uno, per 100 pazienti, necessitano 5 nuovi moduli.

Per ogni modulo il costo di gestione, se ipotizziamo che 1 operatore all'interno del modulo per un anno costa 36.000 € e si calcola un totale di 16 operatori in turnazione, risulta un costo alberghiero di 576.000 €.

Se a questo valore sommiamo per ipotesi 10.000 € di costo per le utenze, 10.000 € per le pulizie e 98.550 € di costo per una giornata alimentare di venti pazienti, otteniamo che il costo totale di gestione di ogni singolo modulo risulta essere 694.000 €. Moltiplicato per i 5 moduli necessari, otteniamo un costo totale di gestione pari a 3.472.750 €.

Presupponiamo ora che abbiamo una retta media in uso di 110 € die/paziente nelle strutture esternalizzate e la moltiplichiamo per i 365, otterremo che il costo annuo di ogni singolo paziente sarà di 36.136 € che, moltiplicato per un totale di 100 posti letto, risulterà essere di 3.613.500 con un saldo attivo nella gestione interna di 140.750

Tabella A-2007 Ospiti in SRR nell'anno 2007

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	SRR	SRR	SRT	CP	RSA	GA	Abitazione autonoma	Altre strutture residenziali sociali	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	16	6	0	0	0	8	2	0	0	10
Urbino	10	6	0	0	0	4	0	0	0	4
Fano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	4	3	0	1	0	0	0	0	0	1
Ancona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Civitanova M.	20	18	0	2	0	0	0	0	0	2
Macerata	18	4	0	6	0	0	6	2	0	14
Camerino	15	2	0	0	0	3	3	7	0	13
Fermo	5	1	0	0	0	0	0	2	2	2
S. Benedetto	7	5	0	1	0	0	0	1	0	2
Ascoli Piceno	19	19	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	138	92	0	10	0	11	11	12	2	48

Tabella B-2007 Ospiti in strutture residenziali sociali nell'anno 2007

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	Strutture residenziali sociali varie	Strutture residenziali sociali	SRR	SRT	CP	RSA	GA	Abitazione autonoma	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	40	15	2	5	9	2	7	0	0	25
Urbino	3	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Fano	15	15	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	31	0	0	0	0	0	0	0	31	0
Jesi	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ancona	139	139	0	0	0	0	0	0	0	0
Civitanova M.	19	19	0	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	35	34	0	0	0	0	1	0	0	1
S. Benedetto	12	4	2	0	6	0	0	0	0	8
Ascoli P.	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2
Totale	309	239	4	5	17	2	11	0	31	39

Tabella C-2007 Ospiti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) nell'anno 2007

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	RSA	RSA	SRR	SRT	CP	GA	Abitazione Autonoma	Strutture residenziali sociali	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Urbino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ancona	32	0	0	0	0	0	0	0	32	0
Civitanova M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Benedetto	2	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Ascoli P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	39	5	0	0	2	0	1	0	32	2

Tabella D-2007 Ospiti in gruppi appartamento (GA) nell'anno 2007

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	Gruppo appartamento	GA	SRR	SRT	CP	Abitazione Autonoma	Altre strutture residenziali sociali	RSA	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	21	14	0	0	2	1	4	0	0	7
Urbino	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Ancona	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Civitanova M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Benedetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ascoli Piceno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	38	28	2	0	2	1	4	0	3	9

Tabella E-2007 Ospiti in SRT nell'anno 2007

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	SRT	SRT	SRR	CP	RSA	GA	Abitazione autonoma	Altre strutture residenziali sociali	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urbino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fano	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	90	0	0	0	0	0	0	0	90	0
Ancona	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Civitanova M.	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	8	2	2	1	0	0	0	2	1	5
S. Benedetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ascoli Piceno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	108	12	2	1	0	0	0	2	90	5

Tabella F-2007 Ospiti in CP nell'anno 2007

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	CP	CP	SRR	SRT	RSA	GA	Abitazione autonoma	Altre strutture residenziali sociali	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	35	19	0	0	2	7	3	4	0	14
Urbino	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Fano	44	34	0	0	0	0	0	10	0	10
Senigallia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	15	10	0	0	4	1	0	0	0	4
Ancona	1	0	0	0	0	0	0	0	1	np
Civitanova M.	25	22	0	0	0	0	0	3	0	3
Macerata	9	7	0	0	0	0	0	2	0	2
Camerino	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	32	19	0	0	0	4	0	6	3	10
S. Benedetto	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Ascoli Piceno	23	23	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	197	146	1	0	6	12	3	25	4	44

Tabella A-2008 Ospiti in SRR in data 30.01.08

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno							
	SRR	SRR	SRT	CP	RSA	GA	Abitazione autonoma	Altre strutture residenziali sociali	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	16	6	0	0	0	8	2	0	10
Urbino	9	5	0	0	0	4	0	0	4
Fano	11	11	0	0	0	0	0	0	11
Senigallia	7	7	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	8	8	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	4	3	0	1	0	0	0	0	1
Ancona	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Civitanova M.	16	14	0	2	0	0	0	0	2
Macerata	9	3	0	5	0	0	0	1	6
Camerino	11	2	0	0	0	2	1	6	9
Fermo	5	3	0	0	0	0	0	2	2
S. Benedetto	4	3	0	0	0	0	0	1	1
Ascoli Piceno	8	8	0	0	0	0	0	0	0
Totale	99	68	0	8	0	10	3	10	46

Tabella B-2008 Ospiti in strutture residenziali sociali in data 30.01.08

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno							
	Strutture residenziali sociali varie	Strutture residenziali sociali	SRR	SRT	CP	RSA	GA	Abitazione autonoma	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	38	18	2	4	6	1	7	0	20
Urbino	3	0	0	0	2	0	1	0	3
Fano	31	31	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	28	28	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	5	5	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ancona	139	139	0	0	0	0	0	0	0
Civitanova M.	12	12	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	5	5	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	32	31	0	0	0	0	1	0	1
S. Benedetto	8	4	0	0	4	0	0	0	4
Ascoli Piceno	2	0	0	0	0	0	2	0	2
Totale	306	276	2	4	12	1	11	0	30

Tabella C-2008 Ospiti in residenze sanitarie assistenziali (RSA) in data 30.01.08

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	RSA	RSA	SRR	SRT	CP	GA	Abitazione Autonoma	Strutture residenziali sociali	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Urbino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ancona	32	0	0	0	0	0	0	0	32	0
Civitanova M.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Benedetto	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Ascoli P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	37	4	0	0	1	0	0	0	32	2

Tabella D-2008 Ospiti in gruppi appartamento (GA) in data 30.01.08

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno								
	Gruppo appartamento	GA	SRR	SRT	CP	Abitazione Autonoma	Altre strutture residenziali sociali	RSA	Non indicato	Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
Pesaro	20	14	2	0	2	1	3	0	0	8
Urbino	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Fano	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ancona	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Civitanova M.	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S. Benedetto	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Ascoli Piceno	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	55	46	2	0	2	1	3	0	3	8

Tabella E-2008 Ospiti in SRT in data 30.01.08

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno							Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
		SRT	SRR	CP	RSA	GA	Abitazione autonoma	Altre strutture residenziali sociali	
Pesaro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Urbino	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fano	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	3	3	0	0	0	0	0	0	0
Ancona	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Civitanova M.	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Macerata	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Camerino	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	8	2	2	1	0	0	0	2	5
S. Benedetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ascoli Piceno	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	13	7	2	1	0	0	0	2	5

Tabella F-2008 Ospiti in CP in data 30.01.08

DSM	Tipologie strutture attuale ricovero	Tipologie strutture di cui avrebbero bisogno							Totali ospiti che necessitano di cambiare tipologia di struttura
		CP	SRR	SRT	RSA	GA	Abitazione autonoma	Altre strutture residenziali sociali	
Pesaro	33	19	0	0	2	7	1	4	14
Urbino	8	8	0	0	0	0	0	0	0
Fano	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senigallia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jesi	6	6	0	0	0	0	0	0	0
Fabriano	14	9	0	0	4	1	0	0	4
Ancona	1	np	np	np	np	np	np	np	np
Civitanova M.	22	21	0	0	0	0	0	1	1
Macerata	9	7	0	0	0	0	0	2	2
Camerino	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Fermo	30	20	0	0	0	4	0	6	10
S. Benedetto	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Ascoli Piceno	22	22	0	0	0	0	0	0	0
Totale	139	105	1	0	6	12	1	13	32

Tabella 1 - DSM Marche - Rilevazione puntuale: giorno 30/01/2008 - Pz. malati mentali in strutture residenziali, con retta a totale o parziale carico dei singoli DSM. (1)

Tipologia residenze e collocazione	DSM	Soggetti in Residenze sanitarie psichiatriche (SSR-SRT-CP)		Soggetti in Residenze sanitarie assistenziali (RSA)		Soggetti in gruppi appartamento del DSM (GA)		Soggetti in Strutture residenziali sociali (Case di riposo, ecc)		Totali		Pz. ex O.P. in carico - Attuazione progetto regionale chiusura manicomi (1)		Numero totale pz in carico, compresi ex O.P.
		Nelle Marche	Fuori Regione	Nelle Marche	Fuori Regione	Nelle Marche	Fuori Regione	Nelle Marche	Fuori Regione	Nelle Marche	Fuori Regione	Nelle Marche	Fuori Regione	
Pesaro		48	0	4	0	21	0	33	8	106	8	46	7	167
Urbino		12	0	0	0	0	1	0	0	12	1	0	0	13
Fano		42	3	0	0	5	0	9	6	56	9	0	0	65
Senigallia		8	0	0	0	7	0	7	0	22	0	0	0	22
Jesi		30	6	0	0	0	0	5	0	35	6	0	0	41
Fabriano		21	1	0	0	4	0	0	0	25	1	0	0	26
Ancona		114	37	17	0	0	2	65	0	196	39	60	0	295
Civitanova Marche		29	4	0	0	4	0	8	0	41	4	13	0	58
Macerata		35	0	0	0	0	0	4	0	39	0	24	0	63
Camerino		15	0	0	0	0	0	4	0	19	0	9	0	28
Fermo		71	8	0	0	0	0	20	0	91	8	23	0	122
San Benedetto		7	1	0	0	5	0	8	0	20	1	3	0	24
Ascoli Piceno		41	0	8	0	4	0	11	0	64	0	16	0	80
Totali		473	60	29	0	50	3	174	14	726	77	194	7	1004
Pz ex O.P.		68	0	23	0	0	0	103	7	194	7	201		
Totali (compresi pz. ex CRAS)		541	60	52	0	50	3	277	21	920	84	1004		
Valori percentuali		53,9	6,0	5,2	0,0	5,0	0,3	27,6	2,1	91,6	8,4	100		

Gruppo di Progetto Area Dipendenze patologiche

Scheda di lavoro

Oggetto/tema di lavoro

Verifica dello stato dell'arte degli atti programmatori regionali, sociali e sanitari, del settore di intervento Dipendenze patologiche e avvio della loro armonizzazione

Riferimenti normativi

- PSR 2007-2009 - VII.6.5 Area dipendenze patologiche
- Normativa nazionale di settore e leggi regionali di settore
- DGR 747/04 Atto riordino dipendenze patologiche
- DGR 173/05 - Criteri DDP
- DGR 900/06 Criteri Assemblea DDP
- DGR 1179/06 - Tariffe
- DGR 1181/06 - Osservatorio
- DGR 1400/06 Risorse dipartimenti
- Per quanto residuale Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale Regionale precedenti

Obiettivi/Prodotti

Ricognizione sull'attuazione della normativa regionale sociale e sanitaria per la parte dell'area comune socio-sanitaria con l'individuazione delle criticità e la definizione di una proposta complessiva di armonizzazione sui piani normativo/istituzionale, programmatico, organizzativo, gestionale. Prodotto previsto report alla cabina di regia con eventuali allegati proposta di atti da assumere

Referente del Gruppo alla Cabina di Regia

Nazzareno Firmani

Organizzazione del lavoro

- Insediamento del Gruppo - Predisposizione indice provvisorio report - Divisione del lavoro tra i partecipanti rispetto agli "argomenti": Attuazione DGR 747/04; Omogeneità nei percorsi di cura e nei trattamenti; Rete dei servizi; Flussi informativi standard; Epidemiologia dei comportamenti d'abuso...
- Ricognizione materiali e documenti prodotti in questi anni a livello regionale sugli argomenti (ARS, Servizio salute, Servizio Politiche sociali, Manifestazioni Interesse ASUR...)
- Lavoro personale secondo indici omogenei e scambio continuo per favorire lo svi-

luppo unitario, eventuali contatti con soggetti competenti esterni al gruppo

- Predisposizione report intermedio e ipotesi atti normativi da assumere
- Attivazione confronto con soggetti esterni
- Predisposizione report finale alla Cabina di Regia

Note

Nella predisposizione dello schema generale di lavoro vanno definite le modalità di rapporto e collaborazione con gli organismi istituzionali interni alla Regione e gli organi, le consulte e i coordinamenti già attivi sulle tematiche del Gruppo di Progetto. In particolare il Gruppo di Progetto, in via preliminare, deve definire il proprio compito in relazione al Comitato interdipartimentale dell'ASUR, all'Organismo regionale di coordinamento e controllo, all'Osservatorio regionale dipendenze evitando sovrapposizioni e, anzi, favorendo la collaborazione reciproca.

Partecipanti

Nominativo	Ente di riferimento
Patrizia Ercoli	ARS
Elisabetta Benedetti	Servizio Salute
Lucia Di Furia	Servizio Salute
Marco Nocchi	Servizio Politiche Sociali
Nazareno Firmani*	ASUR
Gianni Giuli	ASUR
Marella Tarini	ASUR
Maria Teresa Sardella	ASUR
Daniela Alessandrini	Ambiti Territoriali Sociali
Antonio De Santis	Ambiti Territoriali Sociali
Francesco Cicchi	Privato sociale
Stefano Trovato	Privato sociale

*Coordinatore

Attività

Le attività del Gruppo si sono sviluppate attraverso una ricognizione sull'attuazione della normativa regionale per le Dipendenze patologiche proponendosi come supporto e integrazione ai soggetti istituzionali che hanno responsabilità nel settore (Servizio Salute, Servizio Politiche sociali, ASUR con particolare riferimento al Comitato interdipartimentale e ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche).

La ricognizione ha permesso di aggiornare una serie di conoscenze e di orientare correttamente la costruzione dei documenti e dei prodotti richiesti dalla costituzione del Gruppo stesso. Il Gruppo si è articolato anche con attività in sottogruppi e, per opportuna conoscenza, la documentazione predisposta per gli incontri dei sottogruppi, è stata sempre estesa anche ai componenti del gruppo D.P.

Il Gruppo si è incontrato in plenaria ben 14 volte, validando e ratificando progressivamente i vari documenti prodotti dai sottogruppi.

Il risultato complessivo appare ancora più significativo in quanto si configura come una proposta complessiva di armonizzazione sui piani normativo/istituzionale, programmatico, organizzativo, gestionale.

Rispetto agli obiettivi i risultati conseguiti sono stati confortati dal fatto che i contributi ed i documenti prodotti dal Gruppo di Progetto sono stati utilizzati per l'approvazione di tre Delibere di Giunta Regionale:

- D.G.R. n. 157 del 4 febbraio 2008 "DGR n. 747/04 - Proroga della fase di avvio e messa a regime del riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze"
- D.G.R. n. 929 del 14 luglio 2008 "Sistema Informativo Nazionale Dipendenza (SIND) - Indirizzi per l'implementazione regionale"
- D.G.R. n. 154 del 2 febbraio 2009 "Attuazione DGR 747/04 - Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei dipartimenti per le dipendenze patologiche dell'ASUR"

Scheda di riepilogo

Prodotti

Il gruppo ha prodotto i seguenti documenti:

- 1) Nota SIND (Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze) licenziato dal gruppo in data 8 Gennaio 2008, verificato dalla Cabina di Regia ed approvato dalla Giunta Regionale (D.G.R. n. 929 del 14 Luglio 2008)
- 2) DGR 747/04 - Riordino del Sistema regionale dei Servizi per le Dipendenze - Stato di attuazione al 31.12.2007; licenziato dal gruppo il documento è stato trasformato in D.G.R. approvata dalla Giunta Regionale (n. 157 del 4 Febbraio 2008)
- 3) Report Attività di Prevenzione
- 4) Rapporto sullo stato dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per soggetti con dipendenze patologiche nelle Marche
- 5) Linee guida per la costruzione di percorsi assistenziali organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, in applicazione della DGR n. 747/2004

Contenuti qualificanti

- Nota SIND: in base al Nuovo Sistema Informativo Sanitario, il Ministero della Salute ha realizzato il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) sulla base degli standard individuati all'interno del protocollo SESIT (Standard Europei Sistema Informativo Tossicodipendenze). Il nuovo flusso informativo, originato da tracciati record per singolo utente, sostituirà l'attuale modalità di

raccolta dati su base aggregata (cfr. schede ministeriali annuali e semestrali) già a partire dall'anno 2008. A seguito di tale orientamento nazionale, il gruppo di progetto, ha predisposto una D.G.R., approvata il con il n. 929, in data 14 Luglio 2008, che adotta il sistema da tempo in sperimentazione presso il Servizio per le Dipendenze Patologiche di Macerata e lo estende a tutta la rete regionale dei servizi, predisponendo la gestione della formazione del personale e dei contratti di manutenzione del software da parte dell'Osservatorio per le Dipendenze Patologiche istituito presso l'ARS.

- DGR 747/04 - Riordino del Sistema regionale dei Servizi per le Dipendenze-Stato di attuazione al 31.12.2007 licenziato dal gruppo. A seguito della ricognizione sullo stato di attuazione del Sistema di Riordino regionale dei Servizi per le dipendenze e della criticità emerse, il gruppo ha predisposto un documento trasformato in D.G.R. che prevede la proroga al 31.12.2008 della fase di avvio e messa a regime dei processi di riorganizzazione dei servizi territoriali per le dipendenze patologiche.
- Report Attività di Prevenzione: costituisce una ricognizione dei servizi messi in opera dalle strutture pubbliche territoriali a scopo di prevenzione primaria e secondaria (es. Unità di Strada), allo scopo di conoscere le risorse impiegate e di eventualmente poterne programmare la stabilizzazione.
- Rapporto sullo stato dell'offerta dei servizi residenziali e semiresidenziali per soggetti con dipendenze patologiche nelle Marche: allo scopo di conoscere la struttura dell'offerta, il costo della risposta pubblica diretta e indiretta, di riprogrammare nella quantità e qualificare attraverso linee guida operative l'offerta di residenzialità dei Dipartimenti per le Dipendenze patologiche.
- Linee guida per la costruzione di percorsi assistenziali organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, in applicazione della DGR n. 747/2004: il Gruppo di progetto ha predisposto un documento contenente linee guida sull'accoglienza e la presa in carico nelle strutture, pubbliche e private, dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, sul quale ha ottenuta la condivisione e il consenso degli operatori dei Servizi territoriali per le Dipendenze Patologiche.

Sviluppi previsti

La Cabina di Regia dovrebbe esprimersi sui contenuti degli ultimi tre documenti prodotti dal gruppo indicando, se vengono accolti i contenuti e le indicazioni, percorsi e procedure per la loro trasformazione in atti normativi e, quindi, l'applicazione delle disposizioni.

Note

Il gruppo ha continuato il proprio lavoro anche dopo la approvazione dei documenti presentati in questo testo affrontando tre temi:

- l'aggiornamento delle tariffe per l'accoglienza nelle strutture residenziali e semiresidenziali, collegato alla revisione complessiva del sistema tariffario, la cui necessità è stata, tra l'altro, ribadita dagli assessori nella lettera alla Cabina di Regia del 7 ottobre 2008;
- la progressiva implementazione delle Comunità Terapeutiche come UU.OO. del dipartimento pubblico integrato stabilita dalla D.G.R. 747/04;
- la definizione dei criteri, dei requisiti e delle dimensioni quantitative dell'atto di fabbisogno per le strutture residenziali e semiresidenziali del settore.

Rispetto a quest'ultimo punto il Gruppo è in fase di predisposizione del documento "Quadro concettuale di riferimento, rispetto a tipologia, quantità e criteri di allocazione dei servizi.", al fine di intervenire in una ridefinizione relativamente a:

- tipologia dei servizi;
- definizione e caratteristiche dei servizi;
- quantificazione del fabbisogno;
- criteri di allocazione territoriale.

Il documento sarà la proposta che dovrà sostituire/integrare anche i valori riportati dalla D.G.R. 1789/09 "Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche", come da essa stessa prevista.

"In seguito al lavoro del Gruppo di Progetto sono state approvate le seguenti Delibere di Giunta Regionale:

- D.G.R. n. 157 del 04/02/2008 "DGR n. 747/04 - Proroga della fase di avvio e messa a regime del riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze", che proroga al 31/12/08 la fase di avvio e messa a regime prevista dalla DGR 747/04, al fine di portare a compimento i processi di riorganizzazione dei servizi territoriali per il contrasto alle dipendenze patologiche, incantando l'ASUR di predisporre gli atti di propria competenza.

- D.G.R. n. 929 del 14/07/2008 "Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND) - Indirizzi per l'implementazione regionale" che, tra l'altro, stabilisce "che, al fine di supportare il miglioramento dei processi assistenziali e di programmazione del settore delle dipendenze, nonché al fine di soddisfare il debito informativo nei confronti del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), l'Agenzia Regionale Sanitaria provveda a rendere disponibile per ciascun Dipartimento per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR un adeguato sistema informatizzato di gestione dei dati".

- D.G.R. n. 154 del 02/02/2009 "Attuazione DGR 747/04 - Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei dipartimenti per le dipendenze patologiche dell'ASUR." che considera positivamente conclusa la fase di avvio prevista dalla DGR 747/04, finalizzata al riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche e adotta le Linee guida per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche dell'ASUR. L'allegato 1 della D.G.R. è il Documento finale 3 del Gruppo di Progetto, pubblicato nelle pagine successive.

Gruppo di Progetto Area dipendenze patologiche

Documento finale 1

Report sull'attività di prevenzione

Nell'ambito delle attività delle Cabine di Regia per l'integrazione socio-sanitaria, il gruppo di progetto "Dipendenze patologiche" ha ritenuto di dover procedere ad una rilevazione delle attività di prevenzione svolte dai Comuni/Ambiti che vengono realizzate nel territorio regionale inerenti al tema delle dipendenze. Dette attività, che appaiono molto più numerose rispetto a quelle effettivamente monitorate, rappresentano un'area grigia raramente sottoposta a rilevazione.

Per tale ragione si è ritenuto di predisporre e sottoporre all'attenzione degli ambiti sociali, una scheda (All. 1) tendente a rilevare, oltre alla tipologia di interventi, anche il grado di integrazione socio-sanitaria ai livelli di:

- programmazione
- organizzazione
- gestione.

Nello specifico sono state individuate due tipologie di attività:

- 1) le "Unità di Strada", generalmente a titolarità Zona Territoriale. Attraverso la scheda si voluto esclusivamente verificare il grado di coinvolgimento degli attori sociali da parte delle zone territoriali;
- 2) i servizi/progetti attivi o appena conclusi, riconducibili generalmente alla prevenzione universale delle dipendenze e del disagio.

Dai dati è emerso quanto segue:

UNITÀ DI STRADA

Monitorate	Attive	Dichiarate non attive	Titolarità Zona	Titolarità Comuni/Ambiti	Livello di integrazione (programmazione)	Nessun livello di integrazione
17	12	5	9	3	5	7

SERVIZI/PROGETTI DI PREVENZIONE UNIVERSALE

NUMERO PROGETTI ATTIVI	STIMA COSTO COMPLESSIVO
62	> € 2.000.000,00

TIPOLOGIA	NUMERO INTERVENTI
Alcol	9
Tabagismo	5
Sostegno genitoriale	5
Educazione affettiva	6
Formazione/Informazione (genitori, insegnanti)	7
Formazione operatori	4
Attività CAG	10
Bullismo	1
Ricerca	1
Attività territoriali itineranti	8
Sicurezza	3
Promozione sport	3
TOTALE	62

LIVELLO DI INTEGRAZIONE AMBITO/ZONA

PROGRAMMAZIONE	ORGANIZZAZIONE	GESTIONE
35	23	11
56%	37%	18%

TITOLARITÀ PROGETTI

ENTE	NUMERO PROGETTI
Ambito Territoriale Sociale	18
Ambito Sociale/Zona Territoriale	6
Ambito Sociale/Comunità Montana	9
Ambito/Provincia	5
Comunità Montana	7
Comune	6
Provincia	4
Zona Territoriale	5
Volontariato	1
Unione Comuni	1
TOTALE	62

FONTI DI FINANZIAMENTO

ENTE	NUMERO PROGETTI
Regione	40
Provincia	6
Comuni	29
Zona Territoriale	12
Altro	1

Osservazioni

Per quanto attiene alle **Unità di strada**, ferma restando la necessità di un'analisi più approfondita, la titolarità del servizio è delle Zone Territoriali (STDP) con qualche eccezione a titolarità dell'ente locale.

Delle 12 attive sul territorio regionale, delle 9 a titolarità sanitaria 7 non prevedono alcun livello di integrazione; 3 invece (a titolarità dell'ente locale) prevedono un'integrazione, almeno a livello di programmazione.

Rispetto, invece, alle attività di **prevenzione**, in controtendenza rispetto al contesto nazionale (cfr. *Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia 2006*) che vede la Sanità maggiormente impegnata sul versante delle attività di prevenzione (78%), a fronte del 19% degli Enti locali, nel contesto regionale si può ragionevolmente presumere che siano gli enti locali a dedicare maggiore attenzione a iniziative di prevenzione universale, seppure, occorre rilevare, con forte eterogeneità delle azioni realizzate e dei soggetti coinvolti.

Le risorse finanziarie messe a disposizione provengono prevalentemente dalla Regione e secondariamente dagli enti locali.

La titolarità dei progetti è per la maggior parte dei Comuni "operanti" in Ambito Territoriale con un coinvolgimento della componente sanitaria, generalmente del STDP.

Altro dato interessante riguarda il livello di coinvolgimento degli attori territoriali (associazioni, scuole, centri di aggregazione, terzo settore, ecc.) sia per quanto riguarda la co-progettazione degli interventi che per la gestione degli stessi.

Inoltre, in alcuni contesti territoriali dette attività risultano le uniche a mobilitare e valorizzare il "mondo giovanile".

I punti di forza possono essere sinteticamente riassunti in:

- risorse investite
- coinvolgimento del territorio con modalità di concertazione consolidate
- raccordo con la componente sanitaria (più elevato nella fase di progettazione e progressivamente inferiore nelle fasi di organizzazione e gestione).

I punti di debolezza possono essere sinteticamente riassunti in:

- eterogeneità degli interventi
- programmazione a breve e medio termine (anche dovuta alla precaria disponibilità delle risorse regionali e conseguentemente di quelle dei comuni che non sembrano aver maturato la necessità di trasformare gli interventi in servizi stabili)
- livello di integrazione socio-sanitaria che nelle fasi più complesse dell'organizzazione e della gestione si riduce progressivamente
- incisività degli interventi sulle problematiche rilevate a causa di generici strumenti di valutazione.

Documento finale 2

Proposte

1) Rafforzare i livelli di integrazione socio-sanitaria in termini organizzativi e gestionali.

È abbastanza diffusa sul territorio regionale (si potrebbe anche dire consolidata) la programmazione delle attività tra comuni/ambiti e zone territoriali. Il che indurrebbe a sostenere che l'integrazione sia entrata nella cultura di ogni territorio. Eppure, se la si guarda – l'integrazione - dal punto di vista degli atti amministrativi adottati (convenzioni, accordi di programma, ecc.) che possono effettivamente incidere sulle singole organizzazioni (modalità organizzativa a gestionale) il processo appare molto più debole e di "maniera". La programmazione da sola non garantisce una reale integrazione se non vengono presi precisi impegni che incidano sulle rispettive organizzazioni.

La quantità di Protocolli di intesa stipulati (strumento amministrativo tra l'altro poco incisivo per sua natura) forniscono solo indicazioni generiche sul reale stato di integrazione. Sarebbe meglio, ad esempio, verificare quante e quali convenzioni siano state stipulate tra comuni/ambiti e le rispettive zone sanitarie.

2) L'eterogeneità degli interventi realizzati e la varietà dei destinatari degli stessi, se da un lato sottolinea la ricchezza "progettuale" dall'altro tende a risultare molto generica con rare esperienze su target specifici. Alcune azioni risultano più concentrate in alcune aree del territorio e del tutto assenti in altre. Potrebbe essere utile definire - livello regionale - quali azioni minime dovrebbero essere diffuse e prioritarie per tutto il territorio, secondo protocolli ben definiti e programmati in almeno un triennio, definire forme di rilevazione e monitoraggio e precisi target. È plausibile sostenere che pochi siano gli interventi capaci di evidenziare quali risultati siano stati raggiunti – misurazione – e come e su quali comportamenti abbiano inciso.

3) A prescindere dal soggetto titolare del servizio (dunque gestore) le azioni intraprese o da intraprendere andrebbero ricondotte tutte ai Dipartimenti che, attraverso la verifica dei protocolli adottati, potrebbero garantirne una sorta di "accreditamento" o "bollino di qualità" a garanzia, soprattutto, dei beneficiari.

4) Infine, definire percorsi formativi "standardizzati" tendenti ad omogeneizzare gli approcci, le metodiche ecc.

5) Pur nelle dovute forme e contenuti, ribadire e sottolineare la titolarità degli enti locali/ambiti nelle attività di prevenzione universale.

6) Qualificare e implementare le orme di collegamento tra i servizi (programmazione) della Regione e quelli aziendali/zonali.

Allegato 1

Il Gruppo di Progetto ha predisposto una "Scheda di monitoraggio"

Rapporto sullo stato dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali per soggetti con dipendenze patologiche nelle Marche

Premessa

Nel corso dei mesi di aprile e maggio 2008 è stata realizzata una rilevazione finalizzata alla conoscenza puntuale dell'attuale sistema regionale di offerta residenziale e semiresidenziale per soggetti tossicodipendenti.

In particolare, sono stati rilevati, attraverso apposite schede:

1. i flussi d'invio dell'utenza presso le strutture regionali ed extra regionali da parte degli STDP (vedi scheda Allegato 1);
2. i servizi ed i programmi attivi presso le strutture regionali, in relazione alla DGR 747/04 (vedi scheda Allegato 2);
3. la spesa per servizi residenziali e semiresidenziali relativa agli anni 2006 e 2007 (vedi scheda Allegato 3).

L'articolazione territoriale delle strutture

L'attuale sistema territoriale di strutture residenziali e semiresidenziali si presenta piuttosto articolato (vedi Tabella-Allegato 4: articolazione territoriale delle strutture per DDP, dati forniti dall'ASUR, 2007).

La massima concentrazione di strutture residenziali è riscontrabile presso il DDP 1 di Pesaro, e comprende anche l'offerta assistenziale per malati di AIDS presso alloggi protetti riservati.

Ben servite, dal punto di vista quantitativo, risultano le province di Macerata, Fermo, Ascoli Piceno ed Ancona, mentre scarsa è la presenza di strutture nell'area di Urbino e Fano.

Solo i DDP di Pesaro e di Ascoli possono contare su una struttura per madri tossicodipendenti con figli minorenni, mentre esiste ufficialmente soltanto una struttura per il trattamento della "doppia diagnosi" in tutto il territorio regionale.

Per quanto riguarda le strutture semiresidenziali diurne, non sono presenti nel DDP di Urbino-Fano ed in quello di Ascoli-San Benedetto.

I flussi d'invio dell'utenza presso le strutture

La prima scheda (Scheda Allegato 1), compilata a cura dei Coordinatori dei DDP, è finalizzata alla rilevazione dei flussi d'invio degli utenti presso le strutture (del proprio DDP, di altri DDP regionali, fuori regione), e delle variabili che li determinano (caratteristiche dell'offerta, budget, liste d'attesa, nuovi bisogni).

I dati rilevati (vedi Allegato 5) evidenziano che su circa 500 utenti inviati a programmi **residenziali** il 73% rimane presso strutture regionali, mentre il 27% viene trattato

presso strutture extra-regionali.

Alcuni servizi pubblici inviano oltre il 50% dell'utenza fuori regione (Fermo ed Urbino); in generale, gli invii fuori regione sembrano essere motivati prevalentemente dalla mancanza di strutture adeguate ai bisogni dell'utente (37% delle risposte) o da richieste specifiche dell'utente (30% delle risposte).

Il numero complessivo di posti disponibili risulta ampiamente sufficiente al fabbisogno, ne risulta correlabile agli invii fuori regione, in quanto nessuno dei rispondenti attribuisce esplicitamente la causa dell'invio fuori regione alla mancanza di posti nel nostro territorio.

Soltanto 7 STDP hanno inviato utenti presso strutture **semiresidenziali**, in totale 67 nel 2007.

Infine, sono stati rilevati i "nuovi bisogni" degli utenti in riferimento al tipo di dipendenza, la lettura dei quali dovrebbe orientare la ridefinizione del sistema d'offerta.

Le principali aree che necessitano di risposte in termini di programmi specifici residenziali e semiresidenziali sembrano essere:

1. il trattamento dei cocainomani (32%)
2. il trattamento dei giocatori d'azzardo patologico (21%)
3. il trattamento degli alcolisti (15%)
4. le "doppie diagnosi" (12%).

I servizi ed i programmi attivi presso le strutture residenziali e semiresidenziali

La seconda scheda, (Scheda Allegato 2), compilata a cura dei responsabili delle strutture residenziali e semiresidenziali, è finalizzata alla rilevazione dei servizi e dei programmi attivi presso le strutture stesse, ed a verificare il loro grado di coerenza attuativa della DGR 747/04.

Si è cercato cioè di capire se, a distanza di oltre 3 anni dall'avvio del riordino del sistema regionale, le strutture abbiano cominciato, anche autonomamente, ad adattare l'offerta di opportunità riabilitative nella direzione tracciata dalla DGR 747/04.

I dati rilevati (vedi Allegato 6) delineano un sistema in evoluzione.

Delle trenta strutture che hanno risposto al questionario quasi la metà dichiarano di trattare utenti con "doppia diagnosi", mentre 1/3 dichiarano di offrire programmi brevi per cocainomani.

Oltre alle tre strutture specialistiche per minorenni, altre otto dichiarano di offrire percorsi terapeutici per minorenni e/o madri con figli minori.

Oltre la metà delle strutture dichiara di offrire programmi terapeutici per alcoldipendenti, mentre soltanto quattro strutture si occupano stabilmente di reinserimenti.

Risulterebbero infine 4 comunità brevi, di cui 2 dichiarano di funzionare anche da "centro crisi", e due strutture a bassa soglia di accesso.

Complessivamente, sembra che in questi anni il privato sociale abbia cercato di differenziare l'offerta di programmi.

Questa scelta sembra interessare tutto il territorio regionale e la gran parte degli enti

ausiliari; le comunità residenziali e semiresidenziali sembrano essere diventate dei contenitori di percorsi personalizzati aderenti alle nuove tipologie di utenza che si presentano, anche solo a livello progettuale.

L'utenza e la spesa per la residenzialità e la semiresidenzialità

La terza scheda (Scheda Allegato 3) costituisce un flusso informativo semistrutturato dal 2005, finalizzato a quantificare le giornate di presenza in regime residenziale e semiresidenziale effettivamente consumate e la relativa spesa per tipologia di retta.

La scheda, compilata a cura del Coordinatore del DDP, consente di quantificare le giornate di degenza e la spesa relativa a soggetti inviati presso strutture extra regionali.

I dati rilevati possono essere funzionali anche alla stima dell'impatto economico che una ridefinizione del sistema tariffario determinerebbe.

Come risulta in Allegato 7, la spesa complessiva riferita all'anno 2007 per programmi residenziali ammonta ad € 4.681.543,12 di cui il 22% (circa € 1.031.000,00) presso strutture extra-regionali.

La spesa complessiva per programmi semi-residenziali ammonta ad € 374.858,33 di cui circa il 64% da parte del DDP di Jesi-Fabriano.

A questi dati devono aggiungersi le risorse integrative del fondo per l'integrazione socio-sanitaria che annualmente vengono trasferite ai titolari pubblici e privati di dodici strutture semiresidenziali diurne (€ 328.491,28) ed ai titolari privati di quattro strutture residenziali (€ 418.000,00 ad integrazione della retta, per doppia diagnosi, madri con bambino, reinserimento sociale).

Tali risorse ammontano complessivamente ad € 746.491,28/anno.

La spesa regionale complessiva annua per attività non ambulatoriali ammonta quindi ad € 5.802.892,00.

Prime considerazioni

1. Per quanto riguarda l'articolazione territoriale, è ipotizzabile una ridistribuzione delle tipologie di programmi (oltre a quelli tradizionali) correlata ai bisogni emergenti, sul territorio; dovrebbe essere definito il bacino di riferimento ottimale (dipartimentale, sovrazonale, area vasta) per tipologia in modo da garantire omogenee opportunità di trattamento su tutto il territorio marchigiano.
2. Il 27% dell'utenza trattata in regime residenziale viene inviata fuori regione, con oneri per oltre € 1.000.000,00. Almeno la metà di tale utenza dovrebbe essere recuperata adattando le numerose strutture regionali ai nuovi bisogni; le relative economie potrebbero essere così introdotte nel sistema interno con esiti virtuosi per lo stesso.
3. Le giornate di presenza presso le strutture semiresidenziali risultano pari a circa il 6% del totale delle giornate di presenza presso strutture non ambulatoriali. Tale dato potrebbe indicare un sottoutilizzo dei Centri Diurni, soprattutto se si considera l'elevata concentrazione di giornate in un unico DDP (Jesi-Fabriano) e

le risorse ad essi destinate.

Il funzionamento, i programmi, le modalità di utilizzo e l'efficacia delle strutture a ciclo diurno dovrebbero essere oggetto di un attento approfondimento.

- Dai dati forniti non risultano liste d'attesa per l'inserimento in programmi residenziali, né il flusso degli invii sembra essere determinato o influenzato da vincoli di budget: su 13 STDP soltanto 4 hanno risposto al quesito, di cui soltanto 1 indica la disponibilità economica come variabile importante.
- Da parte del privato sociale si rileva una certa vivacità progettuale, nella direzione indicata dalla DGR 747/04.

Interventi flessibili, integrati, concentrati in alcuni giorni della settimana, brevi, sembrano rispondere positivamente alle aspettative dei "nuovi" utenti, sempre meno legati alle ritualità, anche trattamentali, degli eroinomani.

Alcuni programmi trattamentali sono in fase avanzata di realizzazione, anche se in via sperimentale.

Tali risposte dovrebbero trovare un riconoscimento ed una sistematizzazione in termini economici (retta) ed organizzativi.

- La definizione di rette specifiche per i nuovi programmi di trattamento e l'adeguamento delle rette già esistenti secondo le indicazioni della DGR 747/04 libererebbero risorse pari a circa € 750.000,00/anno attualmente destinate ad integrare rette inadeguate, che potrebbero costituire una utile quota del budget annuale di DDP a gestione diretta di ciascun Comitato.
- Se si riuscisse a deliberare il nuovo sistema delle rette entro ottobre 2008, già a partire da quest'anno i DDP potrebbero contare su circa € 1.700.000,00 di budget (quota sociale) da ripartire entro dicembre.
- Tali risorse ed altre misure specifiche consentirebbero di affrontare anche il quarto elemento fondamentale (1. SIND; 2. Linee guida sulla presa in carico; 3. residenzialità) individuato dal gruppo di progetto: gli organici dei servizi pubblici.

Allegato 1

Il Gruppo di Progetto ha predisposto una scheda per la "Raccolta dei dati sui programmi residenziali e semiresidenziali.

Allegato 2

Il Gruppo di Progetto ha predisposto una scheda di Rilevazione sui servizi e sui programmi attivi presso le strutture residenziali e semiresidenziali in riferimento all'atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche.

Allegato 3

Il Gruppo di Progetto ha predisposto una scheda con cui ha rilevato le "Presenze residenzialità e semiresidenzialità 2007".

Allegato - Risultanze della rilevazione

Articolazione territoriale delle strutture per DDP

Tipologia	DDP ZONA 1	DDP ZONA 2-3	DDP ZONA 4	DDP ZONA 5-6	DDP ZONA 7
Attività e servizi ambulatoriali	DDP Zonale	DDP Sovrazonale	DDP Zonale	DDP Sovrazonale	DDP Zonale
	UO Complessa STDP	UO Complessa STDP Urbino	UO Complessa STDP	UO Complessa STDP Jesi	UO Complessa STDP
		UO Semplice STDP Fano		UO Semplice Jesi	U.O. Semplice Dipendenze Centro
		UO Semplice STDP Fossombrone		UO Semplice STDP Fabriano	U.O. Semplice Dipendenze Nord
Strutture semi-residenziali	Centro Diurno Terapeutico "FENICE"		Centro diurno - Coop.Sociale IRS L'Aurora	Centro Diurno Terapeutico Fabriano	Comunità Terap. Diurna "CDT Collemarino"
	Comunità Terapeutica Educativa diurna "Lucignolo" - Coop. Sociale L'Imprevisto				Centro Diurno di Bassa Soglia "La Sfera" Cooperativa P.A.R.S.
Strutture residenziali	Comunità Terapeutica Educativa "CTE" - Coop. Sociale L'Imprevisto	C.T. doppia diagnosi "San Cesareo" IRS L'Aurora Coop.Sociale*	Comunità Terapeutica "Serra De' Conti" - Associazione OIKOS ONUS	Comunità Terapeutica "Exodus"	Comunità Terap. Residenziale "CRT Chiaravalle"
	Comunità Terapeutica Educativa "Tingolo per tutti" - Coop. Sociale L'Imprevisto			Comunità Terapeutica Oikos "Fase di Rientro"	Comunità Terapeutica "L.R.S. L'Aurora Coop"
	Comunità Terapeutica "La casa" - IRS L'Aurora Coop.Sociale			Comunità Terapeutica "Incontro"	Comunità di accoglienza a bassa soglia "Kairos"
	Comunità Terapeutica "Via Gaggera" - IRS L'Aurora Coop. Sociale				
	Comunità Terapeutica - "Casa Frassati 1" - Labirinto Coop. Sociale				
	Comunità alloggio per adulti anche tossicodipendenti "Casa Frassati 2" - Labirinto Coop. Sociale				
	Comunità terapeutica tossicodipendenti anche con figli "Casa Paolo Sacchetti" - Labirinto Coop. Sociale				
	Centro Residenziale Accoglienza di Maialo - ONLUS Papa Giovanni XXIII				
Strutture residenziali utenti HIV Positivi e AIDS	Casa di accoglienza Utenti HIV Positivi e AIDS "S. Giuseppe MOSCATI" - Ce.I.S. di Pesaro				Comunità Residenziale Utenti HIV Positivi e AIDS "Il Focolare"
	"Centro Arca" alloggi protetti riservati Utenti HIV Positivi e AIDS - Ce.I.S. di Pesaro				
Altro		Casa Famiglia "PONTE D'ENRICO"		Casa accoglienza per ex prostitute "Papa Giovanni XXIII"	Centro Detossific. Deg. Ospedaliera Reparto Gestito dal DDP presso "Ospedali Riuniti Ancona"
Carcere	Casa Circondariale di Villa Fastigi con sezione maschile e femminile	Struttura fine pena a Macerata Feltria			Casa Circondariale "Montacuto"
		Casa di Reclusione Fossombrone			Casa Circondariale "Barcaglione"

NB: le strutture residenziali o diurne ove non esplicitato l'ente accreditato di riferimento sono a Titolarità pubblica, anche con varie forme di convenzione, cogestione, con altri Enti Ausiliari o Enti pubblici.

Articolazione territoriale delle strutture per DDP

Tipologia	DDP ZONA 8	DDP ZONA 9-10	DDP ZONA 11	DDP ZONA 12-13	DDP ZONA 8
Attività e servizi ambulatoriali	DDP Zonale	DDP Sovrazonale	DDP Zonale	DDP Sovrazonale	DDP Zonale
	UO Complessa STDP	UO Complessa STDP Macerata	UO Complessa STDP	UO Complessa STDP Ascoli Piceno	UO Complessa STDP
		U.O. Semplice Macerata	U.O. Semplice	UO Complessa STDP San Benedetto del T.	
		UO Semplice STDP Camerino			
Strutture semi-residenziali	Centro Diurno della Cooperativa Pars	Comunità Terapeutica Diurna "Zero"	Centro Diurno Terapeutico		Centro Diurno della Cooperativa Pars
		Centro Diurno della Cooperativa P.A.R.S.			
Strutture residenziali	Comunità Terapeutica "Le Querce" in convenzione con la Pars	Comunità Terapeutica Cooperativa P.A.R.S.	Comunità Terapeutica "l'Arcobaleno"	Comunità Terapeutica "AMA"	Comunità Terapeutica "Le Querce" in convenzione con la Pars
		Comunità Terapeutica Cooperativa P.A.R.S.	Comunità Terapeutica "La Speranza Onlus"	Comunità Terapeutica "A. Agostini"	
		Comunità Terapeutica Opera Pia Miliani	Comunità Terapeutica "La Speranza Onlus"	Comunità Terapeutica "Aquilone"	
		Comunità Terapeutica Croce Bianca	Comunità Terapeutica "IRS l'Aurora Coop.Sociale"	Comunità Terapeutica "Dianova Montefiore"	
Strutture residenziali utenti HIV Positivi e AIDS					
Altro					
Carcere		Casa Circondariale	Casa di reclusione Fermo	Casa Circondariale Marino del Tronto	

NB: le strutture residenziali o diurne ove non esplicitato l'ente accreditato di riferimento sono a Titolarità pubblica, anche con varie forme di convenzione, cogestione, con altri Enti Ausiliari o Enti pubblici.

Allegato - Flussi d'invio dell'utenza presso le strutture

Tabella 1

UTENTI AFFERENTI AL DDP ED INVIATI A PROGRAMMI RESIDENZIALI

DDP	ZONA TERRITORIALE	STDP	Numero invii presso strutture nel territorio del DDP		Numero invii presso strutture nel territorio regionale		Numero invii presso strutture fuori regione		totale soggetti inviati
			Valore	%	Valore	%	Valore	%	
1	1	pesaro	7	22%	13	41%	12	38%	32
2_3	2	urbino	2	20%	3	30%	5	50%	10
		3 fano	5	13%	27	71%	6	16%	38
	3	fossombrone	0	0%	13	76%	4	24%	17
4	4	senigallia	18	26%	36	51%	16	23%	70
5_6	5	jesi	1	4%	18	69%	7	27%	26
		6 fabriano	0	0%	9	90%	1	10%	10
7	7	ancona	4	12%	19	58%	10	30%	33
8	8	civitanova	13	16%	52	65%	15	19%	80
9_10	9	macerata	10	38%	12	46%	4	15%	26
		10 camerino	1	14%	3	43%	3	43%	7
11	11	fermo	10	21%	11	23%	27	56%	48
12_	12	san benedetto	4	8%	34	67%	13	25%	51
13	13	ascoli piceno	33	59%	11	20%	12	21%	56
totale			108	21,4%	261	51,8%	135	26,8%	504
media regionale			7,7	19,6%	18,6	53,5%	9,6	28,4%	

Figura 1 - Percentuale invio utenti presso strutture residenziali nel territorio del DDP, nel territorio regionale e fuori regione

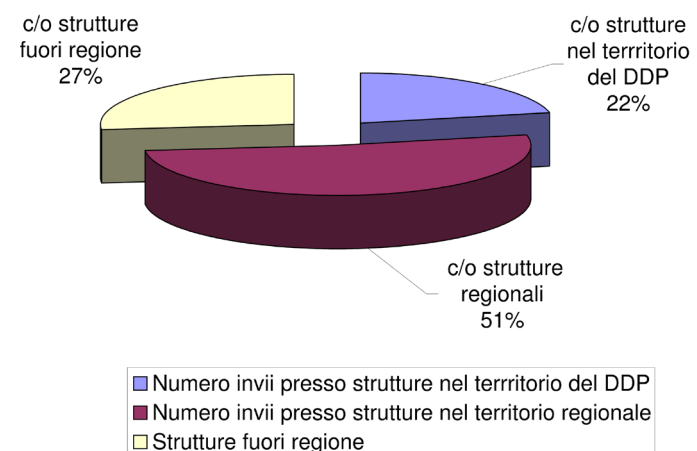


Tabella 2

UTENTI AFFERENTI AL DDP ED INVIATI A PROGRAMMI SEMIRESIDENZIALI

DDP	Z.T.	STDP	Numero invii presso strutture nel territorio del DDP		Numero invii presso strutture nel territorio regionale		Numero invii presso strutture fuori regione		Totale invii
			Valore	%	Valore	%	Valore	%	
1	1	pesaro	10	100%	0		0		10
2_3	2	urbino	0		0		1	100%	1
	3	fano	0		0		0		0
	3	fossombrone	0		0		0		0
4	4	senigallia	9	100%	0		0		9
5_6	5	jesi	0		0		0		0
	6	fabriano	0		0		0		0
7	7	ancona	0		0		0		0
8	8	civitanova	6		0		0		6
9_10	9	macerata	24	100%	0		0		24
	10	camerino	0		0		0		0
11	11	fermo	15	100%	0		0		15
12_13	12	san benedetto	0		0		1	100%	1
	13	ascoli piceno	0		1	100%			1
totale			64	96%	1	1,5%	2	3,0%	67

Figura 2 - Percentuale invio utenti presso strutture semiresidenziali nel territorio del DDP, nel territorio regionale e fuori regione

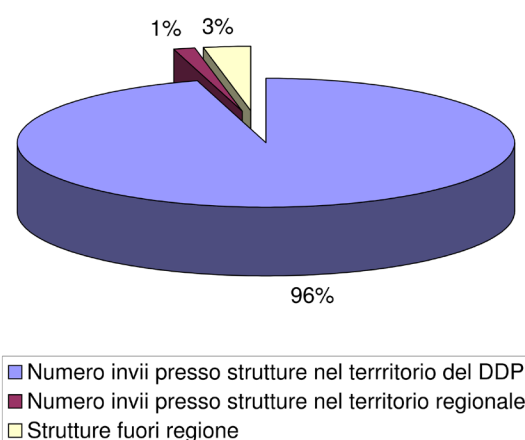


Tabella 3

Inviati fuori regione a strutture residenziali e semiresidenziali, per DDP in percentuale sul totale degli invii

STDP	fuori regione residenziale %	fuori regione semiresidenziale %
pesaro	38%	
urbino	50%	100%
fano	16%	
fossombrone	24%	
senigallia	23%	
jesi	27%	
fabriano	10%	
ancona	30%	
civitanova	19%	
macerata	15%	
camerino	1%	
fermo	56%	
san benedetto	3%	100%
ascoli piceno	21%	

Figura 3 - Numero invio utenti presso strutture residenziali fuori regione

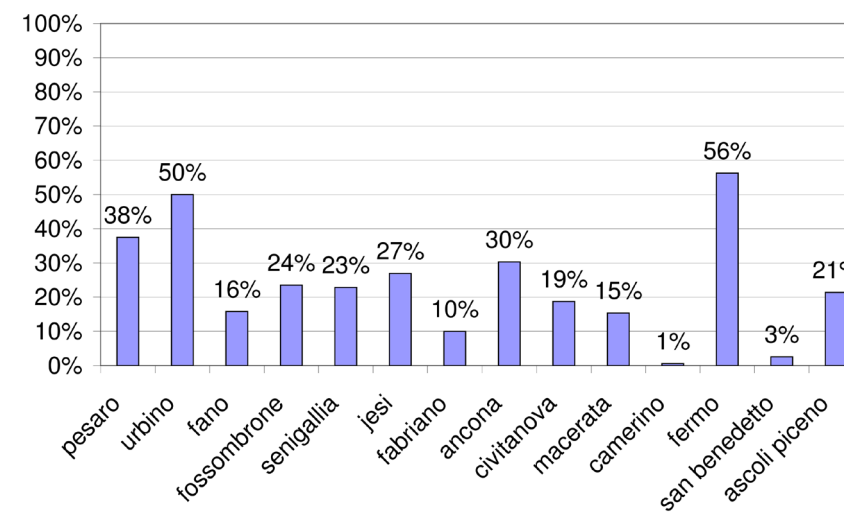


Tabella 4

Motivo dell'invio fuori regione*							
DDP	Z.T.	STDP	Mancanza posti in strutture della regione	Mancanza strutture adeguate ai bisogni dell'utente	Particolare rapporto "storico" con la struttura a cui si invia	Richiesta specifica dell'utente	Altro
1	1	pesaro		x (1)		x (1)	x: contattato da carcere, invio da S.Patrignano (associazione genitori) (1)
2_3	2	urbino	x (1)	x (1)	x (1)	x (1)	
	3	fano		x (1)		x (1)	
	3	fossombrone		x (1)			
4	4	senigallia	2 (1)	10 (1)		3 (1)	1 (1)
5_6	5	jesi		x (1)	x (1)		
	6	fabriano		x (1)			
7	7	ancona	x (1)	x (1)		x (1)	
8	8	civitanova	x (1)				1 precedenti ripetuti fallimenti
9_10	9	macerata				x (1)	x: non accoglienza da parte delle strutture (1)
	10	camerino		x (1)			
11	11	fermo		x (1)		x (1)	
12_13	12	san benedetto		x (1)		x (1)	x (1)
	13	ascoli piceno		x (1)	x (1)	x (1)	
totale			4	12	3	9	5

* Il dato è riferito al numero di risposte fornite dal compilatore e non al numero di utenti

Figura 4 - Motivo dell'invio degli utenti presso strutture fuori regione

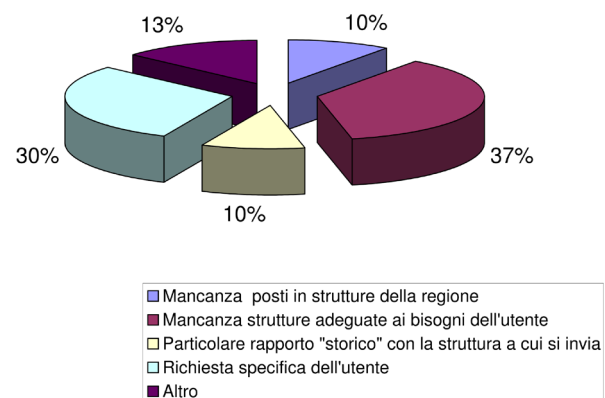


Tabella 5

"Nuovi bisogni" in riferimento al tipo di dipendenza

Valori identificati	Frequenza del valore	%
cocaina	12	32%
gioco d'azzardo patologico	8	22%
alcool	5	14%
doppia diagnosi	5	14%
pronta accoglienza medica per detossificazione	1	3%
programmi di reinserimento (casa famiglia)	1	3%
chetamina	1	3%
LSD	1	3%
utenti con vincoli giudiziari	1	3%
giovani poliassuntori	1	3%
bassa soglia/riduzione del danno	1	3%
Totale	37	100%

Figura 5 - "Nuovi bisogni" in riferimento al tipo di dipendenza - Valori assoluti

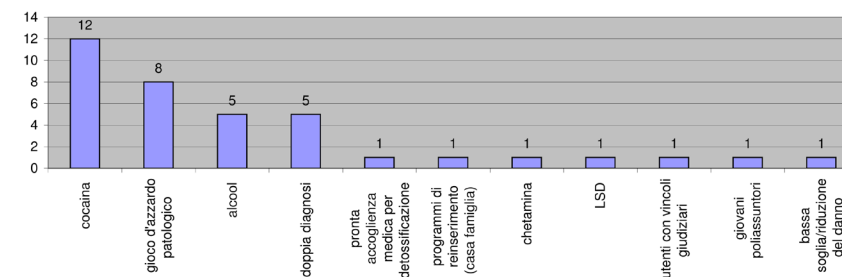
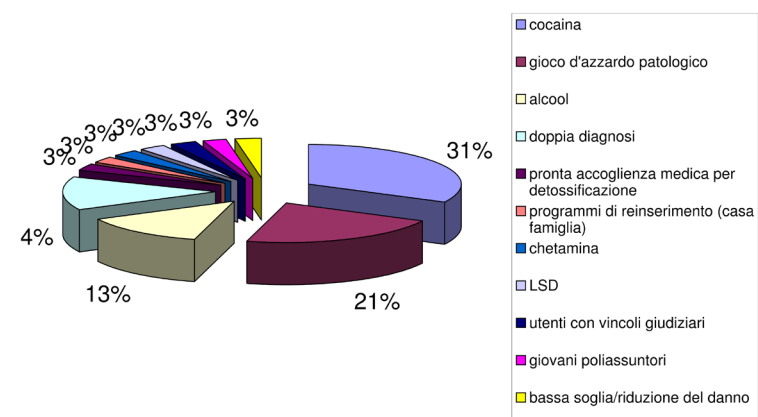


Figura 6 - "Nuovi bisogni" in riferimento al tipo di dipendenza - Valori percentuali



Allegato 6

**I servizi ed i programmi attivi
presso le strutture residenziali e semiresidenziali**

DDP	sede operativa	stato del progetto	caratteristiche del progetto
1	labirinto - Casa Sacchetti - Viale della Vittoria n. 260 - Pesaro	avanzato	progetti specifici per soggetti con dipendenza da alcool (DDP) e per soggetti ex tossicodipendenti con problemi di detenzione e/o con pene da scontare (Provincia di Pesaro Urbino). Il programma svolto è a livello di intervento residenziale, per 365 giorni all'anno. La struttura è sempre coperta da personale operativo. Attivato programma specifico di sostegno per utenti con disagio psico-sociale (affiancamento quotidiano con operatrice/educatrice).
1	labirinto - Casa Frassati - Strada Panoramica Ardizio, 232 - Pesaro	concluso	"
1	labirinto - Casa Frassati 2 - Strada In Sala, 85 - Pesaro	avanzato	L'esperienza è rivolta a persone in trattamento terapeutico presso il Centro Diurno di Pesaro.
1	L'Imprevisto - Comunità Terapeutica Educativa - strada delle Marche 69 - Pesaro		(è già una struttura specialistica per minorenni)
1	L'Imprevisto - Centro d'Accoglienza Tingo per tutti - Vila eTrento, 300 - Pesaro		(è già una struttura specialistica per minorenni)
1	L'Imprevisto - Centro Diurno Lucignolo - Vial Trento, 300 - Pesaro		(è già una struttura specialistica per minorenni)
1	IRS - gradara - Via Vicinato	avanzato	Vengono trattati pazienti con dipendenza alcool/cocaina e a doppia diagnosi. Vengono sviluppati percorsi terapeutici personalizzati in collaborazione con realtà del privato sociale del territorio
1	IRS - diurno la fenice		in collaborazione con altri enti ausiliari e il comune ci sono progetti di reinserimento sociale
1	IRS - Gradara - Via Gaggera	avanzato	Vengono trattati pazienti anche con dipendenza alcool/cocaina e a doppia diagnosi.
2_3	IRS - San Cesareo	iniziale	residenziale breve (tre mesi) per TD ed alcolodipendenti legati ad obiettivi specifici; Partecipano al programma pazienti con dipendenza alcool/cocaina, gambling
4	IRS - Senigallia diurno dipendenze patologiche	avanzato	percorsi terapeutici sul livello semiresidenziale ed ambulatoriale con utenti poliassuntori e/o con dipendenza da alcool, cocaina, alcool/cocaina, gambling e doppia diagnosi. Con il dipartimento si sta sviluppando una progettualità per il trattamento semiresidenziale della popolazione sopra indicata. Il servizio ha competenze per l'orientamento e la diagnosi.
5_6	Oikos - Comunità di reinserimento sociale Algos - Jesi	iniziale	trattamento delle coppie, trattamento di accompagnamento al reinserimento sociale, prevenzione delle ricadute con gruppi di auto-aiuto
5_6	comunità terapeutica residenziale	iniziale	trattamento delle coppie e della relazione genitoriale in collaborazione con la comunità educativa per minori PAIDES
7	ancona kairos	avanzato	trattamento di alcuni casi di utenti con doppia diagnosi, progetto KRIPTOS - centro di ascolto per soggetti con dipendenza da cocaina in collaborazione con DDP di Senigallia. Trattamento delle coppie e delle relazioni genitoriali in collaborazione con la comunità educativa per minori PAIDES
7	massignano	avanzato	
7	Centro di Bassa Soglia - Via Flavia, 5 - Ancona		si realizza esclusivamente accoglienza estemporanea di bassa soglia di soggetti inviati dal Dipartimento DP n. 7

8	Comunità Terapeutica Residenziale "Le Querce" - C.da Mornano, 26 - Civitanova Alta	concluso	si realizzano moduli specifici per la comorbilità psichiatrica e l'alcoldipendenza all'interno di una collaborazione tra il Dipartimento delle Dipendenze e l'ente gestore Coop. Soc. PARS "Pio Carosi" ONLUS
9	Comunità Terapeutica Residenziale "Santa Regina" via Ospedale Vecchio - Corridonia	progettuale (per l'inserimento degli adolescenti) concluso	È presente ormai da tempo una variegata tipologia di programmi per patologie d'abuso e associata patologia psichiatrica. Le patologie d'abuso comprendono, oltre alle patologie più comuni, cocaina, "nuove droghe", alcol, gioco d'azzardo, dipendenza da internet e videogiochi, disordini alimentari complessi.
9	Comunità Terapeutica Semi-Residenziale "Don Vincenzo Cappella" c.da Cigliano snc - Corridonia	progettuale (per l'inserimento degli adolescenti) concluso	La struttura realizza percorsi specifici per soggetti cocainomani a livello residenziale, anche per brevi periodi, in collaborazione con il DDP n. 9. È recente l'approvazione del Progetto in via di attivazione (in attuazione DGR 1400/06) specifico per tale tipologia di utenza. Inoltre accoglie soggetti con altre patologie d'abuso: doppia diagnosi (fin dalla sua attivazione); alcolisti (fin dall'attivazione) così come giocatori d'azzardo. Gli interventi sono residenziali e strutturati in forma flessibile e individualizzata (quindi con percorsi di breve periodo, accesso graduale ecc). La Comunità realizza un'importante attività sul piano del legame con il territorio e le istituzioni, sia per gli inserimenti lavorativi sia per interventi di "prevenzione" territoriale.
9	Comunità Terapeutica Semi-Residenziale "Santa Regina" Via Ospedale Vecchio - Corridonia	progettuale (per l'inserimento degli adolescenti) concluso	È presente ormai da tempo una variegata tipologia di programmi per patologie d'abuso e associata patologia psichiatrica. Le patologie d'abuso comprendono, oltre alle patologie più comuni, cocaina, "nuove droghe", alcol, gioco d'azzardo, dipendenza da internet, videogiochi, disordini alimentari complessi.
9_10	Comunità Terapeutica Residenziale "Don Vincenzo Cappella" - c.da Gabbi snc, Corridonia	progettuale (per l'inserimento degli adolescenti) concluso	percorsi specifici per soggetti cocainomani a livello residenziale, anche per brevi periodi, in collaborazione con il DDP n. 9. Inoltre accoglie soggetti con altre patologie d'abuso: doppia diagnosi (fin dalla sua attivazione); alcolisti (fin dall'attivazione) così come giocatori d'azzardo. Gli interventi sono residenziali e strutturati in forma flessibile e individualizzata (quindi con percorsi di breve periodo, accesso graduale ecc).
9_10	Comunità Terapeutica Diurna "Zero"	avanzato	programma ambulatoriale per gambling in collaborazione con la provincia di Macerata - Glatad-Asur Zone 8-9-10
11	Sant'Elpido a Mare	iniziale	vengono effettuati programmi residenziali personalizzati anche di breve periodo su soggetti alcol dipendenti concordati con il servizio inviante come ad esempio il Centro Alcolologico di Firenze e su soggetti in doppia diagnosi certificata dal servizio inviante. Questi ultimi soggetti vengono trattati con la collaborazione degli psichiatri del servizio della Zona Territoriale n. 11.
11	Monte Urano	iniziale	Vengono effettuati programmi residenziali personalizzati anche di breve periodo su soggetti alcol dipendenti concordati con il servizio inviante come ad esempio il Centro Alcolologico di Firenze e su soggetti in doppia diagnosi certificata dal servizio inviante. Questi ultimi soggetti vengono trattati con la collaborazione degli psichiatri del servizio della Zona Territoriale n. 11
12	Associazione Dianova ONLUS Montefiore dell'Aso	avanzato	
1_2_13	centro residenziale a bassa soglia "Tozzi Condivi" Loc. Fosso Riccione, 7 - 63100 Ascoli Piceno	concluso	la struttura accoglie, per brevi percorsi di "tregua" e valutazione 7/diagnosi, soggetti con polidipendenza, dipendenza da sostanze "ricreazionali" (in particolare cocaina) e alcolisti. In riferimento alla cocaina la struttura sta sviluppando un piano di intervento mirato all'accoglienza di soggetti in carico alla rete dei servizi anche in relazione al progetto sperimentale del Dipartimento delle dipendenze patologiche che sta per essere avviato.
1_2_13	Comunità Terapeutica "Ama" Contrada Collecchio 19 - 63031 Castel di Lama - AP		La cooperativa ha attivato da oltre due anni il progetto "il mio nome sul campanello" pensato per offrire un supporto abitativo a soggetti che stanno completando o hanno completato il programma terapeutico. La cooperativa ha messo a disposizione un alloggio gratuitamente per tutti coloro che hanno limitate risorse economiche e sociali (famiglia, rete amicale, ecc.) e che hanno la necessità di affrontare la delicata fase di reinserimento sociale e lavorativo

1_2_13	Comunità Terapeutica "Aquilone" Contrada Valle Orta n. 121 - 63042 Appignano del Tronto (AP)	concluso	La cooperativa ha attivato da oltre due anni il progetto "il mio nome sul campanello" pensato per offrire un supporto abitativo a soggetti che stanno completando o hanno completato il programma terapeutico. La cooperativa ha messo a disposizione un alloggio gratuitamente per tutti coloro che hanno limitate risorse economiche e sociali (famiglia, rete amicale, ecc.) e che hanno la necessità di affrontare la delicata fase di reinserimento sociale e lavorativo
1_2_13	Comunità Terapeutica "Augusto Agostini" per madri tossicodipendenti con figli Strada Vicinale Schiavoni, 11 - 63036 Spinetoli - AP		La cooperativa ha attivato da oltre due anni il progetto "il mio nome sul campanello" pensato per offrire un supporto abitativo a soggetti che stanno completando o hanno completato il programma terapeutico. La cooperativa ha messo a disposizione un alloggio gratuitamente per tutti coloro che hanno limitate risorse economiche e sociali (famiglia, rete amicale, ecc.) e che hanno la necessità di affrontare la delicata fase di reinserimento sociale e lavorativo
1_2_13	Centro Diurno L'Aquilone Via dei Neroni, 7 - 63039 San Benedetto del Tronto (AP)	avanzato	La cooperativa collabora con il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche sta sviluppando un progetto per l'attivazione di un servizio ambulatoriale/semi residenziale per soggetti con problematiche di uso e abuso di sostanze ricreative (cocaina, extasy, ecc). Il progetto, condiviso con i referenti del STDP di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto, è nella fase di progettazione operativa e formazione congiunta del personale e il servizio dovrebbe essere attivato entro il primo semestre del 2008
1_2_13	Montottone	avanzato	programmi di scalaggio farmaci agonisti ed antagonisti con soggetti poliassuntori o con comportamenti da dipendenza (alimentazione, gambling, stalking)

Allegato 7

La spesa per la residenzialità e la semiresidenzialità

Tabella 1

ANNO 2007 - SPESA PER PROGRAMMI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

DDP	Z.T.	STDP	spesa in strutture semi-residenziali delle Marche	spesa in strutture residenziali delle Marche	spesa in strutture residenziali extra regionali	totale spesa residenziale	% spesa residenziale extra regionale
1	1	pesaro	€ 0,00	€ 244.501,16	€ 69.132,25	€ 313.633,41	22%
2_3	2	urbino	€ 4.191,60	€ 61.097,31	€ 37.953,47	€ 99.050,78	38%
	3	fano	€ 0,00	€ 176.660,79	€ 58.736,68	€ 235.397,47	25%
4	4	senigallia	€ 3.144,08	€ 515.308,40	€ 138.812,53	€ 654.120,93	21%
	5	jesi	€ 90.557,96	€ 90.557,96	€ 24.789,85	€ 115.347,81	21%
5_6	6	fabriano	€ 145.429,07	€ 145.429,07	€ 0,00	€ 145.429,07	0%
	7	ancona	€ 0,00	€ 390.901,23	€ 137.759,20	€ 528.660,43	26%
7	8	civitanova	€ 23.867,00	€ 751.296,83	€ 83.386,47	€ 834.683,30	10%
	9	macerata	€ 76.817,00	€ 300.824,00	€ 14.641,00	€ 315.465,00	5%
9_10	10	camerino	€ 9.232,21	€ 49.649,93	€ 29.040,10	€ 78.690,03	37%
	11	fermo	€ 8.115,00	€ 122.229,00	€ 125.475,00	€ 247.704,00	51%
11	12	san benedetto	€ 4.834,00	€ 432.588,00	€ 138.317,00	€ 570.905,00	24%
	13	ascoli piceno	€ 8.670,41	€ 369.492,26	€ 172.963,63	€ 542.455,89	32%
TOTALE			€ 374.858,33	€ 3.650.535,94	€ 1.031.007,18	€ 4.681.543,12	22%

* Dati non disponibili

Figura 1 - Spesa per programmi residenziali fuori regione, dati per STDP, valori percentuali

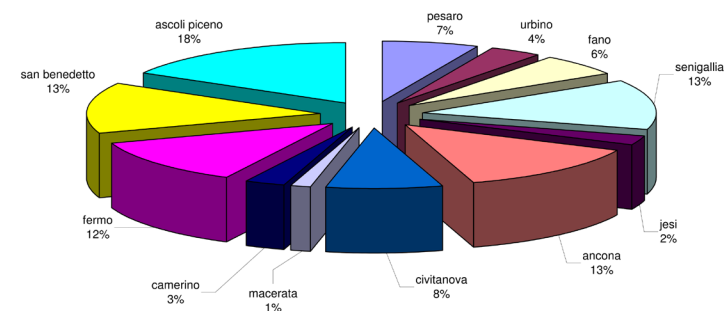
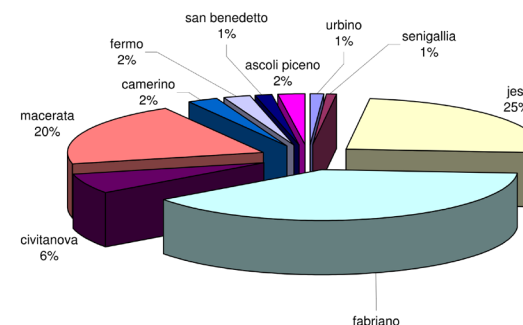


Tabella 2

STDP	Spesa 2007	Dati complessivi in strutture semiresidenziali delle Marche
urbino	€ 4.191,60	1%
senigallia	€ 3.144,08	1%
jesi	€ 90.557,96	24%
fabriano	€ 145.429,07	39%
civitanova	€ 23.867,00	6%
macerata	€ 76.817,00	20%
camerino	€ 9.232,21	2%
fermo	€ 8.115,00	2%
san benedetto	€ 4.834,00	1%
ascoli piceno	€ 8.670,41	2%
TOTALE	€ 374.858,33	100%

Figura 2 - Spesa per programmi semiresidenziali in regione, dati per STDP, valori percentuali



Documento finale 3

Linee guida per la costruzione di percorsi assistenziali organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche in applicazione della D.G.R. 747/04

1. Premessa

La DGR 747/04 prevede per il completamento della Fase 1 del progetto di riordino (Avvio e messa a regime di almeno due anni fatta salva diversa valutazione al termine del periodo) la definizione di una strategia operativa basata su strumenti di base condivisi e comuni in tutto il territorio regionale e la descrizione dei percorsi assistenziali attraverso la definizione dell'insieme dei trattamenti del sistema dei servizi pubblici e del terzo settore.

Con la DGR 157/08 la Giunta Regionale ha deliberato di prorogare al 31/12/2008 la fase di avvio e messa a regime prevista dalla DGR 747/04, al fine di portare a compimento i processi di riorganizzazione dei servizi territoriali per il contrasto alle dipendenze patologiche.

A tal fine il Gruppo di Progetto Dipendenze Patologiche ha elaborato una proposta di Linee Guida per la costruzione di percorsi assistenziali e organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti quale documento essenziale per portare a termine la fase di avvio e messa a regime del progetto di riordino.

L'elaborato trova coerenza con gli obiettivi dell'Atto di Riordino che definisce il Dipartimento per le Dipendenze, come modello organizzativo e la rete dei servizi come sistema di offerta.

La DGR 747/04 nel delineare il modello organizzativo per i Servizi delle Dipendenze definisce alcuni principi fondamentali:

- il governo pubblico del sistema socio-sanitario interessato;
- la salvaguardia del patrimonio di buone pratiche e di collaborazioni efficaci tra servizi pubblici, del privato sociale accreditato e del terzo settore qualificato;
- l'integrazione di questi servizi tra loro e l'integrazione tra aspetti sanitari e sociali;
- la necessità di superare dicotomie tra pubblico e privato sociale accreditato (e terzo settore qualificato);
- la scelta socio-sanitaria, tradotta attraverso i concetti di integrazione e connessione a partire da elementi diagnostici, valutativi comuni ai servizi pubblici e ai servizi del privato sociale accreditato in ragione delle specifiche competenze e attribuzioni. Tale scelta diventa così elemento caratterizzante della proposta e garantisce pari dignità, titolarità e responsabilità dei soggetti che compongono il "Dipartimento delle Dipendenze".

L'articolazione, congiuntamente definita di un vasto ventaglio di trattamenti appropriati alle diverse fasi in relazione alle caratteristiche delle persone coinvolte e delle loro famiglie, dovrà essere composta dall'insieme degli elementi di un percorso assistenziale costruito "ad hoc" che potrà attraversare vari servizi e soggetti eroganti, sia pubblici che privati, in diversi momenti successivi o concomitanti, contraddistinti da una congruenza basata su principi di complementarietà e sussidiarietà degli interventi.

2. La specificità dei percorsi assistenziali nei DDP così come configurati nella DGR 747/04

I DDP marchigiani, così come determinati nella DGR 747/04, ovvero intesi come soggetti pubblici, del terzo settore e del privato sociale accreditato, concorrenti ad una funzione omologa di "pubblico servizio", devono articolare le loro funzioni e garantire una presa in carico degli utenti sulla base di un'integrazione che riguarda differenti professionalità, che coinvolge l'ambito di intervento sanitario e quello sociale, l'operatività pubblica e quella del privato sociale.

È necessario configurare pertanto le condizioni organizzative che garantiscano, mentre l'operatività si declina in forma integrata, l'accessibilità, la tempestività, l'efficienza, la continuità negli interventi, il controllo degli esiti, ed infine, ma non per ultima, la soddisfazione degli utenti e delle loro famiglie. Ciò in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi, ed in termini che siano sufficientemente omogenei su tutto il territorio regionale.

Una modalità utile per perseguire questo obiettivo è stata individuata nella definizione delle linee guida relative ai percorsi assistenziali da concretizzare in strategie operative (cliniche e organizzative) da ciascun Dipartimento.

Tali linee guida individuano, quindi, gli strumenti di base condivisi e comuni in tutto il territorio regionale, e devono essere declinate in procedure da ogni Comitato di DDP in relazione alle specificità territoriali e organizzative.

L'appropriatezza che in questa sede è necessario individuare è quella organizzativa.

In questo documento l'attenzione non è rivolta all'appropriatezza professionale, ovvero all'identificazione e all'erogazione di prestazioni efficaci ed indicate, in quanto si considera questo un bagaglio acquisito od acquisibile da parte di ogni professionista o di ogni équipe di professionisti del settore.

Ciò che è necessario perseguire è l'identificazione di un processo che descriva l'assistenza in termini coordinati, comprensivi ed il più possibile omogenei su tutto il territorio regionale.

I punti essenziali definiti in queste linee guida sono l'accesso al sistema, la valutazione e la presa in carico sulla base del percorso logico/operativo definito nell'allegato n. 2 della DGR 747/04:

2.1. Accesso al sistema

L'accesso di nuovi pazienti al sistema di intervento per le Dipendenze Patologiche,

avviene nelle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche specificatamente dedicate con personale appositamente formato, secondo modalità organizzative deliberate da ogni Comitato di Dipartimento. È fatta salva, nelle more della fase di valutazione e presa in carico, la prerogativa da parte dei sanitari di approntare tutti i provvedimenti medici finalizzati a tutelare la salute dell'utente.

Nello specifico una particolare attenzione dovrà essere posta alle situazioni nelle quali i sanitari coinvolti nella fase di accoglienza ritengono necessaria ed indilazionabile l'opzione del trattamento farmacologico immediato. Si ritiene altresì indispensabile far convivere l'esigenza di accoglienza, *assessment* e diagnosi, con la scelta farmacologia immediata.

2.2. Equipe di valutazione e diagnosi

Il percorso di valutazione e diagnosi ha luogo in una struttura del Dipartimento opportunamente individuata e per i Dipartimenti sovrarazionali si individua una sede per ogni Zona Territoriale. L'equipe che predispone e attua la valutazione diagnostica e che individua il Referente del Caso (DGR 747/04 - Macrosettore Cura e Riabilitazione – Progetto Terapeutico individualizzato e referente del caso) è composta da operatori delle strutture pubbliche e private accreditate del DDP specificatamente individuati in relazione alle competenze che il Comitato di DDP ritiene necessarie. Si deve comunque garantire almeno la presenza di un operatore per professionalità.

In presenza di necessità, prima del completamento della valutazione della situazione, della formulazione della diagnosi multi assiale, dell'identificazione di uno o più percorsi terapeutici integrati, la diagnosi e la terapia medica possono essere immediatamente attivate e non dovrebbero vincolare le scelte successive.

2.3. Presa in carico e Programma Terapeutico Integrato Individualizzato (PTI)

In questa fase viene determinata la garanzia di un percorso formalmente adeguato e rispondente ai bisogni dell'utente. Il PTI deve contenere:

- a) ipotesi di obiettivi perseguibili e condivisi dall'equipe con l'esplicitazione dei risultati attesi
- b) risorse umane (professionalità)
- c) strumenti utilizzati
- d) tempi di verifica

Il Programma terapeutico integrato-individualizzato copre esigenze differenti e tutte indispensabili:

- a) la conoscenza della situazione dell'utente,
- b) la relazione terapeutica tra l'utente e gli operatori del DDP (o della UO),
- c) l'identificazione condivisa (con l'utente) di uno o più percorsi terapeutici integrati,
- d) la registrazione degli atti clinici ed organizzativi.

2.4. Strumenti di documentazione

L'identificazione di un insieme di strumenti di documentazione è un aspetto a cui rivolgere particolare attenzione in quanto gli stessi devono essere validi per tutto il territorio regionale e rispondenti alle seguenti esigenze:

- a) la raccolta dei dati ai fini statistici ed epidemiologici,
- b) traccia dell'evoluzione dell'accoglienza,
- c) elementi per una valutazione dell'accoglienza, vista come elemento fondamentale dell'intervento del DDP,
- d) la traccia degli approfondimenti diagnostici necessari per il singolo caso,
- e) la traccia degli interventi compiuti: colloqui, incontri, risultati di test e prove,
- f) la definizione delle discussioni e delle conclusioni dell'équipe circa l'*assessment*, la diagnosi, le indicazioni di trattamento.

La condivisione di un sapere tecnico e scientifico tra i DDP regionali può costituire la base per un percorso di costruzione del consenso nelle sedi opportune nonché la elaborazione di protocolli comuni, nel rispetto delle differenze organizzative e strutturali. A tale scopo la Regione garantisce un accompagnamento culturale attraverso un intervento formativo.

3. Presentazione descrittiva del percorso operativo e delle attività

Il DDP esplica la sua attività secondo un modello operativo multidisciplinare integrato: ciò significa che tutte le operazioni vengono svolte a partire dalla cooperazione di gruppo della équipe multiprofessionale, che garantisce l'erogazione di prestazioni specifiche, attraverso l'operato delle peculiari professionalità presenti nelle varie U.O. e A.F., appartenenti al settore pubblico e a quello del privato sociale accreditato.

Pertanto è individuata l'équipe quale dispositivo cardine attorno al quale si svolgono le attività, che rende possibile l'esercizio della multiprofessionalità e dell'integrazione organizzativa.

Nell'ambito del percorso l'equipe deve garantire:

- l'impostazione del percorso di valutazione diagnostica,
- l'impostazione del programma terapeutico integrato-individualizzato,
- la valutazione in itinere, il passaggio di fase, e/o la predisposizione delle dimissioni.

Qui di seguito è presentata un'ipotesi di percorso che possa soddisfare le esigenze di organizzazione, di integrazione e di qualità dei processi che più sopra è stata descritta.

3.1. Accoglienza

Il momento dell'accoglienza è predisposto per il ricevimento ed il primo contatto con singoli soggetti, gruppi primari e secondari.

In particolare, rappresenta un passaggio obbligatorio per tutti gli utenti nuovi e per gli utenti che intendono rientrare in carico dopo l'eventuale interruzione di un precedente protocollo terapeutico.

Deve essere effettuata nelle sedi operative del DDP pubbliche o del Privato Sociale accreditato specificatamente dedicate con personale appositamente formato, possibilmente quotidianamente, in fasce orarie definite e appositamente riservate, secondo le modalità organizzative definite da ogni Comitato di Dipartimento.

L'accoglienza è finalizzata ad una prima rilevazione dei bisogni e in questa fase si forniscono informazioni relative al sistema di offerta dei servizi. È compito dell'operatore esplicitare all'utente le modalità organizzative che si stanno applicando, e in special modo come e quando saranno successivamente stabilite le procedure diagnostiche e quelle terapeutiche. In questa fase non vengono definite le strategie di intervento.

Particolare attenzione è rivolta a tutti quegli aspetti che è necessario rilevare durante il primo colloquio, tra cui elementi in ordine ai modi, agli stili e ai contenuti che caratterizzano la manifestazione della richiesta di intervento.

Può essere peraltro già avviato, in questa fase su prescrizione medica, un procedimento di raccolta di prelievi biologici per la valutazione laboratoristica dei metaboliti delle sostanze esogene, i cui esiti saranno utili al momento della valutazione diagnostica.

È da considerare accoglienza anche l'eventuale primo intervento erogato con modalità di urgenza, laddove si manifesti l'effettiva necessità, e all'interno del quale sia stata già eventualmente effettuata o prescritta una terapia farmacologica che non rappresenta ancora l'istituzione di un programma terapeutico integrato-individualizzato.

In questi casi caratterizzati da elementi ritenuti urgenti-emergenti, se l'accoglienza avviene presso gli STDP si prendono tutti i provvedimenti medici ritenuti idonei per il caso specifico tali da tutelare la salute dell'utente.

Se la prima accoglienza avviene invece in una sede del Dipartimento dove non è prevista la presenza di un medico, verificata l'urgenza, si provvede all'invio dell'utente presso le strutture sanitarie della Zona Territoriale (STDP o Pronto soccorso).

Per l'espletamento delle funzioni di accoglienza e di raccolta di dati ed informazioni, affinché i medesimi dati possano essere conservati e trasferiti alle fasi successive, è predisposto ed utilizzato un apposito registro. Tali informazioni devono essere funzionali e codificabili secondo il tracciato SIND.

3.2. Percorso di analisi dei bisogni e valutazione diagnostica

Ogni nuovo utente che pervenga al servizio o che rientri in seguito ad interruzione di un precedente trattamento terapeutico, effettuata l'accoglienza potrebbe, ove necessario, essere inserito in un protocollo di valutazione diagnostica integrata.

Questo è in capo all'Equipe che imposta il percorso di valutazione diagnostica per ogni specifico utente, costituita secondo le modalità già indicate al punto 2 del secondo paragrafo.

In questa fase l'equipe individua il Referente del Caso per ogni utente preso in carico, che dovrà presiedere all'espletamento del percorso trattamentale in modo coordinato.

Viene stabilito un percorso di intervento in cui siano previsti:

- esami clinici di laboratorio ritenuti opportuni,

- la valutazione di laboratorio inerente l'uso delle sostanze psicotrope,
- la valutazione psicodiagnostica con particolare attenzione alla presenza di patologie psichiatriche correlate (doppia diagnosi),
- l'eventuale disintossicazione fisica dalla sostanza d'abuso con intervento farmacologico sintomatico o sostitutivo ambulatoriale e/o in regime di ricovero ospedaliero,
- la predisposizione laddove necessario di un protocollo psicofarmacologico,
- la valutazione delle condizioni socio-assistenziali.

Il Referente del Caso predispone su un apposito modulo di "Consenso Informato" la descrizione del percorso, che viene presentato all'utente affinché questi sancisca, sottoscrivendo, il suo assenso alla procedura, o, in alternativa, il suo rifiuto a seguire le indicazioni diagnostiche proposte dal Servizio.

Come già specificato, il Referente del Caso ha il compito di coordinare il periodo di valutazione diagnostica e di sorvegliare sulla sua esecuzione.

Per l'esecuzione di tutti i compiti previsti nel percorso in esame il Referente del Caso si avvale delle figure professionali del Servizio preposte, per ruolo, alle specifiche attività, ed individuate nominalmente nella stessa riunione d'équipe.

Egli garantisce che vengano effettuati, da parte dei professionisti preposti per ruolo, le varie azioni previste e che possono riguardare, tra l'altro:

- 1) monitoraggi urinari cadenzati per il controllo dei metaboliti degli psicotropi.
- 2) eventuale assunzione di farmaci per la disintossicazione o di farmaci antagonisti se la disintossicazione fisica è già avvenuta a cavallo del periodo di valutazione.
- 3) esecuzione dei colloqui di valutazione psicodiagnostica e/o psichiatrica individuali o familiari, secondo quanto stabilito dal gruppo degli operatori;
- 4) esami di laboratorio utili alla evidenziazione di eventuali patologie correlate;
- 5) colloqui di valutazione delle condizioni socio-assistenziali, se necessario;
- 6) raccordi con altri operatori di altre strutture in caso di necessità (es. presenza di patologie concomitanti già in trattamento, coinvolgimento del medico di medicina generale, ecc).

Se l'utente ha in corso un procedimento amministrativo e/o penale, il Referente del Caso si rapporta con il professionista responsabile nel DDP dell'Area provvedimenti amministrativi e penali, per le comunicazioni del caso alle Autorità competenti.

Il Referente del Caso e coloro che svolgono le valutazioni diagnostiche contribuiscono all'implementazione del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze, ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente.

3.3. Percorso di definizione del programma terapeutico integrato-individualizzato

La definizione del programma terapeutico integrato e individualizzato è a cura di un'équipe multiprofessionale composta da operatori delle strutture pubbliche e del privato sociale accreditato del DDP specificatamente individuati in relazione alle competenze che il Comitato di DDP ritiene necessarie. Sulla base delle scelte organizzative de-

terminate dal Comitato di Dipartimento può coincidere con l'Equipe di valutazione e diagnosi.

Il momento dell'impostazione del percorso terapeutico individualizzato ed integrato richiede il concorso di tutte le professionalità presenti nel DDP, appartenenti alle strutture pubbliche o del privato sociale.

Alla fine del periodo di valutazione, il Referente del Caso, riaccordatosi con tutte le figure intervenute nel processo, riporta nella prima riunione d'équipe utile, appositamente stabilita per la revisione delle risultanze dei percorsi di valutazione e la predisposizione dei conseguenti programmi di trattamento, gli emergenti della valutazione integrata.

Su queste basi, ed in relazione alle condizioni di gravità della patologia rilevata, il gruppo degli operatori decide l'impostazione del protocollo di intervento terapeutico che viene attivato a seguire, scegliendolo fra le tipologie attuate presso il DDP.

Tra i trattamenti devono poter essere disponibili:

- trattamento ambulatoriale integrato anche con antagonisti e/o con supporto psicofarmacologico
- trattamento integrato semiresidenziale,
- trattamento integrato residenziale,
- trattamento integrato a mantenimento con sostitutivi, a seconda del grado di gravità della tossicodipendenza diagnosticato.

Il Piano Terapeutico Individualizzato viene sottoscritto dal Coordinatore del Dipartimento quando, in ragione della complessità del caso in esame, i componenti dell'équipe non trovano un'ampia condivisione nella sua definizione.

3.4. Percorso di valutazione in itinere e programmazione delle dimissioni

Il Referente del Caso sorveglia sull'esecuzione delle fasi che riguardano il trattamento dell'utente e sul corretto coordinamento delle figure professionali coinvolte nel percorso integrato.

Informa, quando lo ritiene necessario, l'équipe sulla situazione trattamentale di ogni singolo utente e comunque sempre quando si profili l'opportunità di una dimissione.

4. Formazione continua e supervisione degli operatori

Al fine di sviluppare e consolidare una cultura d'équipe che garantisca scelte terapeutiche e riabilitative ampiamente condivise da parte dei componenti (pubblici e del privato sociale accreditato) delle equipe, nonché percorsi coerenti ai bisogni dell'utente, ciascun DDP assicura ai propri operatori interventi di formazione continua e di supervisione, secondo modalità deliberate dal Comitato.

Allegato 1

Percorso di condivisione e costruzione del consenso delle "Linee Guida per la costruzione di percorsi assistenziali per il funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche in applicazione alla DGR 747/04"

Il Gruppo di Progetto Dipendenze Patologiche ha individuato nelle riunioni del 18 gennaio e del 12 febbraio 2008 il percorso finalizzato all'implementazione e all'accettazione delle "Linee guida per la costruzione di percorsi assistenziali organizzativi per il funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche in applicazione della D.G.R. 747/04".

Al fine di procedere alla costruzione di un documento condiviso ed effettivamente applicato a livello regionale occorre sviluppare una serie di passaggi utili alla sua implementazione e condivisione, che devono vedere come protagonisti i Comitati di Dipartimento con il supporto tecnico scientifico del Comitato Interdipartimentale dell'ASUR.

Si considera determinante in questa fase, in relazione alla rilevazione effettuata nei vari Dipartimenti da parte del Gruppo di Progetto, la definizione di strumenti diagnostici e valutativi condivisi così come previsto dalla DGR 747/04 (Fase 1).

I passaggi individuati dal Gruppo di Progetto sono i seguenti:

Approvazione delle Linee guida e del percorso di condivisione e costruzione del consenso da parte della Cabina di Regia per l'Integrazione Socio – Sanitaria.

Si individua nel Comitato Interdipartimentale delle Dipendenze Patologiche l'organismo idoneo per acquisire osservazioni e contributi attraverso gli strumenti che lo stesso riterrà necessari.

Approvazione e definizione degli strumenti e indicatori di applicazione sul territorio regionale delle Linee Guida tramite Delibera di Giunta Regionale.

Evento di presentazione.

Successivamente all'approvazione delle Linee Guida si deve prevedere l'effettuazione di un iter di formazione specifico, intenso e focalizzato, di dimensioni regionali. Unitamente occorre provvedere alla composizione di un "glossario" (anche su base SESIT) capace di determinare un linguaggio unitario per le dipendenze patologiche a livello regionale.

Finito di stampare
nel mese di giugno 2010
da
Aniballi Grafiche Ancona

progetto grafico
ed impaginazione
Mario Carassai