

## ALLEGATO 17

### GLI INTERVENTI SOCIO SANITARI A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA

Le modificazioni - avvenute in questi ultimi anni - nella struttura sociale, la crisi economica, le manifestazioni di una debolezza dei valori educativi, il progressivo invecchiamento della popolazione, la cronicizzazione delle malattie, sono solo alcuni dei fattori che favoriscono da un lato, l'aumento di fasce "fragili" di popolazione, e dall'altro l'emergere di bisogni più articolati e complessi da parte sia dell'individuo che della famiglia.

Si rende perciò necessario un ripensamento della rete sociale e socio sanitaria che rimetta al centro la persona e la sua famiglia nella prospettiva di garantire, all'interno di una rete territoriale integrata di servizi sociali e socio sanitari, interventi flessibili che le sostengano in un ruolo attivo per la costruzione del proprio percorso di vita. E' sempre più necessario, quindi, un approccio integrato, multidisciplinare, dinamico e olistico nella direzione del "prendersi cura". La sussidiarietà orizzontale, delle reti familiari e del Terzo settore, è elemento paradigmatico per gestire la complessità di tale sistema.

#### A) AREA DEI CONSULTORI

Come previsto dal PRS la famiglia è posta al centro delle politiche regionali attraverso azioni che sostengano il suo ruolo attivo nella costruzione del percorso di vita. Tutto ciò potrà trovare realizzazione attraverso un sistema territoriale a rete che, essendo vicino alla famiglia nella globalità dei suoi bisogni, possa raccogliergli le richieste e i bisogni offrendo soluzioni in tempo reale.

I consultori familiari pubblici e privati accreditati costituiscono il nodo fondamentale della complessiva rete di servizi ed interventi a favore della famiglia nel suo ruolo generativo e di cura. È necessario pertanto prevedere un rinnovamento della *mission* dei consultori, affinché diventino veri centri per la famiglia in grado di assicurare la presa in carico globale di tutte le problematiche che attengono le famiglie in senso lato.

Al fine di realizzare quanto citato, è necessaria una profonda revisione delle competenze, delle funzioni e del modello organizzativo dei consultori, anche attraverso la creazione ed il consolidamento di una nuova rete di relazioni con Enti locali, Aziende Ospedaliere (AO), Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, Reti familiari e Centri di aiuto alla vita (CAV), formalizzate con protocolli operativi di collaborazione, che consenta di superare la parzialità e frammentarietà delle azioni ad oggi fornite, assicurando oltre alle prestazioni già erogate:

- ascolto, orientamento, supporto e sostegno psicopedagogico alle famiglie nell'assolvimento dei propri compiti educativi sia di carattere sociale che socio sanitario;
- presa in carico delle problematiche delle famiglie con figli minori con particolare riferimento alla loro tutela, in collaborazione con gli enti preposti;
- valutazione, accompagnamento e preparazione delle famiglie all'affidamento e all'adozione;

- prevenzione, valutazione psicodiagnostica e presa in carico dei minori vittime di violenza, maltrattamenti e abusi in ordine agli interventi sanitari e socio sanitari;
- prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza e sostegno alla nascita ed al puerperio, in collaborazione con i CAV, le AO e gli Enti locali ed il Terzo Settore.

#### **Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:**

- rafforzamento e razionalizzazione della rete dei servizi e degli interventi a favore della famiglia attraverso la stesura di protocolli operativi di collaborazione tra consultori pubblici e privati accreditati ed Enti locali, AO, Tribunali per i minorenni, Organismi del Terzo Settore, Reti familiari e Centri di aiuto alla vita, che integri l'azione di presa in carico globale della famiglia;
- formazione del personale dei consultori pubblici privati accreditati orientata alle nuove competenze e funzioni, all'integrazione tra i diversi attori e alla realizzazione dei protocolli operativi di collaborazione e alla conoscenza delle misure e degli strumenti innovativi (es. dote formazione e della dote lavoro, fondo affitti) quale elemento strategico delle azioni tese alla migliore ed integrata risposta ai problemi della donna e della famiglia, anche in relazione alle situazioni di povertà conseguenti alle separazioni in presenza di figli minori;
- riconduzione all'interno dei consultori, anche con specifiche articolazioni degli stessi, delle attività di valutazione e preparazione delle famiglie al percorso adottivo e dell'affido;
- sperimentazione, dal secondo semestre, in almeno due consultori familiari, della funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico.

#### **B) AREA DELLE DIPENDENZE**

Il fenomeno del consumo e dell'abuso di droga presenta oggi a tutti i livelli elementi di complessità e di novità che si collocano all'interno del continuo e rapido mutamento dello scenario socio-culturale e delle condizioni di vita.

La diffusione di droghe e dei fenomeni di uso e abuso di sostanze lecite o illecite è il risultato di complessi eventi dinamici fortemente correlati ai mutamenti del contesto sociale che incidono profondamente sui comportamenti di consumo e sugli stili di vita.

L'attuale mercato delle droghe e delle sostanze d'abuso ha rotto i confini del disagio e dell'emarginazione per rivolgersi trasversalmente ad ampie fasce di popolazione. L'uso di droga interessa tutti gli strati sociali; l'uso attuale di sostanze "performanti" (cocaina, anfetamine, ecc) è, infatti, più compatibile con la vita quotidiana, anche lavorativa e, di conseguenza, vi è una minore percezione del rischio. Alcune sostanze (cannabis, cocaina) poi, sono percepite, in particolare dalle persone più giovani, come innocue, come accade per l'alcol. In Lombardia sempre più ampi segmenti di popolazione sono direttamente coinvolti in una dimensione sociale e culturale che non solo non ostacola e argina il fenomeno, ma lo

normalizza all'interno di una "diffusa tolleranza" dell'uso di droghe, legali e illegali, differenziato secondo il contesto e della necessità di ogni singolo individuo.

Il fenomeno dei consumi di sostanze, nella sua necessaria differenziazione tra uso, abuso e dipendenza, chiede quindi di superare le logiche tradizionali che hanno sin qui accompagnato lo sviluppo dei servizi introducendo, in particolare per i giovani consumatori, modelli di contrasto più aderenti ai nuovi bisogni.

Le evidenze rilevano che il problema ha assunto caratteri di tipo intergenerazionale e interculturale e che, pertanto, richiede un approccio sistemico, capace di intervenire e modificare le relazioni e le interazioni tra individui di diverse età, provenienze, status socio-economico e appartenenza culturale.

Gli stili di vita delle persone, per essere modificati, hanno bisogno di interventi sia a livello individuale sia per gruppo di appartenenza, e - per essere mantenuti - richiedono un sostegno culturale diffuso nell'ambiente di riferimento. Occorre pertanto, per la tutela della salute, costruire un approccio che consideri i soggetti in costante interazione con il proprio ambiente di vita e che permetta di promuovere cambiamenti significativi rispetto ai fattori di rischio e di disagio, potenziando e sviluppando le risorse esistenti nei contesti e negli individui.

L'azione preventiva, realizzata secondo modelli riconosciuti e validati a livello internazionale, deve dunque essere estesa, in un'ottica sistemica, a tutti gli ambiti e i contesti di vita, quali per esempio la famiglia, il territorio, le comunità, le scuole, i luoghi di lavoro, le aggregazioni informali, i luoghi del divertimento, ecc. Ciò consente di sviluppare una strategia complessiva di intervento verso comportamenti e stili di vita individuali e collettivi e di promuovere azioni di contrasto al diffondersi di atteggiamenti "di tolleranza" verso l'uso di droghe, legali e illegali, a favore di una maggiore responsabilità, delle persone e delle comunità, nella tutela della propria salute.

Occorre, quindi, stabilizzare e migliorare l'offerta preventiva in ogni ordine e grado scolastico adottando e diffondendo standard di qualità per gli interventi.

L'aggregazione giovanile, al pari della Comunità, è luogo di confronto e di acquisizione di responsabilità.

#### **Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:**

- portare a completamento la costituzione del Dipartimento gestionale delle dipendenze anche con la composizione degli Organi del Dipartimento previsti;
- predisporre, su proposta della Direzione Sociale, il Piano locale per la prevenzione delle dipendenze, comprendente le priorità per il biennio, le tipologie di intervento, le azioni da attuare ecc., in coerenza con le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali per la prevenzione delle dipendenze e coinvolgendo i diversi soggetti gestori di unità d'offerta del sistema dipendenze del proprio territorio;
- attuare, nel territorio di ciascuna ASL, i Programmi Preventivi Regionali con particolare riferimento all'ambito scolastico.

## C) AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Attualmente in Lombardia vi sono più di 900.000 ultrasettantacinquenni e la previsione, per i prossimi anni, è di un incremento annuo di circa 28.000 persone.

Non solo gli anziani sono in aumento, ma è anche notevolmente cambiata la loro condizione di vita. L'incremento, nelle fasce più anziane della popolazione, della non autosufficienza pone in rilievo un'articolazione dei bisogni cui consegue la necessità di ripensare le politiche del welfare socio sanitario in un'ottica anche di ricollocazione appropriata delle risorse. L'attenzione deve essere posta anche alla continuità delle cure e dell'assistenza nelle diverse condizioni di fragilità. Tutto ciò porta inevitabilmente ad una riqualificazione complessiva dell'area socio sanitaria che si occupa di *Lungoassistenza*, prevedendo interventi che diano una maggior appropriatezza all'offerta attraverso l'integrazione delle risorse economiche e professionali a livello territoriale e attraverso il coinvolgimento del Terzo Settore.

In tal senso appare opportuno individuare strumenti omogenei per la definizione di non autosufficienza sulla base dei quali stabilire in modo oggettivo le risorse adeguate da impiegare.

Occorre perciò valorizzare:

- la **centralità del territorio** nella valutazione, nell'assistenza della non autosufficienza e delle patologie cronico degenerative globalmente intese,
- tenere sempre **al centro la persona, la famiglia** e la qualità dell'assistenza erogata;
- offrire una modalità nuova di **accoglienza e ascolto** per intercettare e "agganciare" anche le situazioni più fragili che si nascondono dietro bisogni a volte non espressi.

Il modo più appropriato di risposta a bisogni articolati si concretizza in una nuova capacità di risposte flessibili attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali che garantiscano la continuità degli interventi. Percorsi in grado di garantire, oltre che assistenza continua, anche ascolto, orientamento e accompagnamento, elementi propri del "**prendersi cura**", che stanno alla base di ogni risposta efficace ed efficiente nei confronti delle istanze della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

### **Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:**

- rivedere e potenziare gli strumenti di informazione attraverso la promozione di punti informativi visibili e accessibili per le famiglie anche all'interno delle Aziende Ospedaliere e delle strutture private accreditate sanitarie e socio sanitarie;
- promuovere e sostenere all'interno di sistemi premianti la mutualità familiare che favorisce lo scambio di informazioni ed esperienze tra famiglie che vivono situazioni analoghe nell'assistenza a persone affette da demenza, in particolare da Alzheimer, assistite a domicilio o in strutture residenziali;
- concordare con le strutture sanitarie e socio sanitarie protocolli di dimissione protetta e di trasferimento tra le diverse unità d'offerta a garanzia della continuità dell'assistenza;
- favorire e promuovere la rete territoriale della semi-residenzialità;

- promuovere, in conformità a indicazioni regionali, la diversificazione dell'offerta in risposta ai bisogni complessi (Stati vegetativi, SLA, ecc.) del proprio territorio;
- assicurare che le strutture socio sanitarie garantiscano la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori migliorandone la professionalità e aumentando la qualità dell'assistenza.

## **D) AREA DELLA DISABILITA'**

Da ricerche recenti emerge che le persone con disabilità e le loro famiglie, a fronte di un giudizio complessivamente positivo sui servizi esistenti e sulle competenze degli operatori delle diverse unità d'offerta, chiedono di essere meglio ascoltate, informate, orientate e aiutate nelle scelte che riguardano il proprio percorso di vita sin dal momento della diagnosi. Viene altresì evidenziata, sul territorio regionale, una carenza di integrazione tra le istituzioni e i servizi con conseguente frammentazione degli interventi resi dai diversi soggetti, istituzionali e non, della rete. Spesso la persona e la sua famiglia sono lasciate sole con il compito di integrare questa carenza e ricercare risposte. Occorre quindi rimettere al centro la persona e i suoi bisogni.

Se si sposta, infatti, l'attenzione sulla persona, e non sull'offerta di servizi, si capisce subito che non basta garantire singoli interventi di qualità, ma che bisogna ascoltarla ed affiancarla lungo tutto il percorso, soprattutto se l'obiettivo è di renderla più consapevolmente e responsabilmente partecipe non solo del processo di assistenza, ma anche di quello di vita.

L'approccio alla disabilità deve sempre più integrare aspetti specificatamente sanitari all'interno di una visione più ampia che abbraccia anche le componenti sociali.

Questa impostazione è fondata sul principio che una disabilità non è un attributo intrinseco della persona, ma piuttosto, il risultato di una complessa interazione tra lo stato di salute, le attività e le relazioni, prodotta dal contesto ambientale e sociale in cui la persona vive.

Occorre promuovere e sviluppare un **modello sinergico** che tenga conto degli interessi, delle richieste e delle necessità della persona con disabilità, che privilegi il suo mantenimento nel contesto di vita a tutela della **continuità assistenziale**. La rete integrata di interventi, servizi, opportunità deve avere caratteristiche di flessibilità, funzionale ed organizzativa, adeguate alle diverse esigenze delle famiglie e dei disabili per una efficace realizzazione del **“prendersi cura”**.

La Direzione Generale Famiglia Conciliazione, Integrazione e Solidarietà sociale ha promosso la stesura del “Piano d'Azione Regionale in favore delle persone con disabilità” di prossima emanazione che affronta in maniera trasversale e integrata il tema della persona con disabilità e della sua famiglia. In questo contesto sarà chiarito il disegno organico di connessione funzionale tra i diversi attori del sistema, individuando ruoli e responsabilità specifiche.

### **Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:**

- attivazione della funzione di regia interistituzionale dei processi di presa in carico che coinvolga i Comuni, le Province, le Istituzioni scolastiche, le realtà del Terzo Settore

attive nella gestione dei servizi e le Associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità e delle loro famiglie;

- sviluppo del ruolo svolto dai consultori nell'ascolto, orientamento, supporto e sostegno alle persone con disabilità e alle loro famiglie;
- elaborazione del piano di intervento locale coerente con le linee regionali definite con il Piano d'Azione Regionale per le politiche per le persone con disabilità;
- sottoscrizione di almeno un protocollo d'azione interistituzionale, a livello distrettuale, teso a superare la frammentazione della rete d'offerta dei servizi e degli interventi, che preveda l'adozione del linguaggio dell'ICF da parte della rete dei servizi, la sperimentazione di percorsi semplificati per razionalizzare e riorganizzare i diversi punti di accesso presenti sul territorio e attività formative e di comunicazione conseguenti e coerenti con i cambiamenti attesi;
- attivazione di strumenti per il coordinamento delle azioni comunali a sostegno dei progetti di vita indipendente promossi dalle persone con disabilità e dalle loro famiglie.

## **E) RIQUALIFICAZIONE E FLESSIBILITA' DELLA RETE DEGLI INTERVENTI SOCIO SANITARI**

Come sopra descritto, le persone non autosufficienti in età anziana e quelle con disabilità necessitano di una "presa in carico" globale che deve diventare il fulcro delle politiche e degli interventi. Essa non può essere ridotta a una sommatoria di prestazioni, ma deve trasformarsi in un percorso capace di creare un circolo virtuoso che parta dall'ascolto della domanda e che offra unitarietà e continuità nella risposta, eliminando l'attuale frammentazione del sistema dei servizi.

In particolare, per quanto concerne la **riqualificazione** della rete degli interventi e servizi socio-sanitari si opererà per:

- procedere allo sviluppo di interventi alla persona che siano a tutela della continuità assistenziale;
- sviluppare e qualificare, pur in presenza di una significativa rete territoriale di assistenza domiciliare socio sanitaria e sociale (che ad oggi costituisce un punto di riferimento sicuro per il cittadino) la rete dell'assistenza domiciliare sinergica, globalmente intesa, nell'intento di rispondere anche ai bisogni complessi ed articolati in tutte le fasi di intensità assistenziale, realizzando una presa in carico integrata e continuativa;
- rimodulare la risposta residenziale socio sanitaria nella fase di lungoassistenza attraverso la diversificazione dei livelli di assistenza sulla base di:
  - bisogni ad elevata complessità assistenziale (Stati vegetativi, SLA, stati di minima coscienza, gravi disabilità);
  - bisogni correlati alla continuità assistenziale territoriale a medio-bassa complessità a valenza socio sanitaria e sociale;
  - bisogni correlati ad una "fragilità" prevalentemente sociale;

- promuovere sperimentazioni di flessibilità dei servizi diurni a sostegno della famiglia e dell' inclusione sociale in risposta a bisogni di persone con problemi di disabilità, di dipendenza o comunque in condizione di fragilità.

### **Assistenza Domiciliare Integrata**

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) costituisce senza dubbio un intervento rilevante e fondamentale per il benessere delle persone, consentendo la permanenza a casa, evitando il ricovero improprio in strutture sanitarie o socio sanitarie di lungoassistenza. Contestualmente, essa è centrata sull'attenzione alla famiglia e alla tutela della vita in tutte le sue fasi, con priorità ad interventi di supporto in situazioni di specifica difficoltà.

Caratteristica dell'ADI è l'erogazione di prestazioni socio sanitarie, che coinvolgono e integrano l'area medica, infermieristica, riabilitativa, di aiuto infermieristico/assistenza tutelare, volta a garantire la continuità degli interventi ospedalieri specialistici e territoriali, socio sanitari e sociali, alla prevenzione/limitazione del declino funzionale, al miglioramento della qualità della vita quotidiana.

Obiettivi prioritari da conseguire sono:

- la **riforma** del sistema di erogazione dell'ADI;
- lo sviluppo di **nuovi modelli di assistenza integrata** a domicilio che prevedano il consolidamento e potenziamento dei livelli di erogazione delle attività attraverso una qualificazione degli interventi professionali a domicilio in termini di:
  - **qualità** delle prestazioni (formazione del personale che opera a domicilio con particolare riguardo alla gestione dei pazienti complessi);
  - **quantità** delle prestazioni potenzialmente erogabili per livelli di complessità dei bisogni (fornire **tutti gli interventi** necessari a supporto della presa in carico globale per **tutto il tempo necessario**);
- l'ulteriore sviluppo e qualificazione nel settore dell'assistenza alle persone in fase di terminalità oncologica e non oncologica;
- lo sviluppo e la qualificazione della presa in carico dei bisogni complessi (Stati vegetativi e di minima coscienza, SLA e malattie del motoneurone, malattie neurologiche degenerative, in particolare le demenze);
- interventi ad intensità assistenziale post acuta, anche di tipo riabilitativo, al fine di facilitare le dimissioni ospedaliere precoci e limitare il ricorso ai ricoveri impropri in particolare di pazienti anziani non autosufficienti, disabili adulti e minori;
- il miglioramento della qualità attraverso una più forte sinergia con gli interventi e i servizi socio sanitari e sociali territoriali, erogati dai Comuni o dal Terzo Settore

### **Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:**

- stipula di protocolli con le Strutture ospedaliere e di riabilitazione, pubbliche e private, per le dimissioni protette dei pazienti al domicilio;

- sottoscrizione di almeno un protocollo d'azione interistituzionale tra ASL e Ambito territoriale, teso a superare la frammentazione della rete d'offerta dei servizi domiciliari, volto a garantire la qualità dell'assistenza ed una razionalizzazione delle risorse;
- adeguamento dei sistemi organizzativi/gestionali nell'erogazione e controllo delle prestazioni domiciliari alle linee programmatiche regionali che saranno emanate;
- incentivazione, anche attraverso un sistema premiante, delle progettualità riguardanti elementi qualificanti di erogazione dell'ADI (ad esempio: ampliamento degli orari di erogazione del servizio, maggiore personalizzazione delle risposte alla persona, ecc.);
- sostegno alla famiglia nel "lavoro di assistenza" al domicilio di persone con problematiche assistenziali complesse, anche attraverso il potenziamento dell'offerta di ricoveri di sollievo.

### **Residenzialità socio sanitaria nella fase di lungoassistenza**

#### **Azioni previste a carico delle ASL per l'anno 2011:**

- prosecuzione dell'applicazione delle Linee regionali per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo ai sensi delle DDGR n. 6220/2007 e n. 10160/2009;
- prosecuzione dell'applicazione delle indicazioni regionali relative all'assistenza delle persone affette da malattie del motoneurone, in particolare da SLA, ai sensi delle DDGR n. 7915/2008 e n. 10160/2009;
- stipula di protocolli con le Strutture ospedaliere e di riabilitazione, pubbliche e private, per la dimissione programmata delle persone in Stato vegetativo e affette da malattie del motoneurone, in particolare da SLA, all'interno dei quali la ASL deve garantire il ruolo di coordinamento del percorso assistenziale a sostegno delle famiglie.