

ALLEGATO A

**Linee guida per la predisposizione
del Programma delle Attività Territoriali (PAT)**

INDICE

1. Premessa

2. Definizione del PAT

3. Gli attori della programmazione territoriale

Conferenza dei Sindaci
Direzione generale dell'azienda
Assemblea dei Sindaci
Direttore del distretto
Responsabile del servizio sociale dei Comuni e altri soggetti

4. Contenuti del programma delle attività territoriali

Analisi del bisogno
Obiettivi di salute e relativi indicatori di verifica
Indicazioni in merito alle modalità organizzative del distretto
I servizi di assistenza primaria e le attività sanitarie e sociosanitarie assicurate
Localizzazione dei servizi e dei presidi
Modalità operative e le azioni di coordinamento del distretto
Attività di tipo integrato
Entità delle risorse

5. I luoghi e le modalità del processo di programmazione territoriale

Gli uffici della direzione generale dell'azienda
Lo staff di programmazione del distretto
Tavoli tematici di lavoro
La coincidenza territoriale tra ambito e distretto: il caso triestino

6. Le linee di indirizzo

Indirizzi generali
Indirizzi per area di intervento: Anziani, Salute mentale, Disabilità, Area materno infantile, Tossicodipendenze

7. Il PAT come strumento per l'integrazione sociosanitaria

8. Modalità di elaborazione congiunta

9. La programmazione nelle aree sociosanitarie

Obiettivi strategici di sistema
Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità Multiprofessionali
Il progetto personalizzato
Il coordinatore dei casi (Case Manager)
Il punto unico di accesso

10. Attività di supporto

1 PREMESSA

La legge regionale n. 23 del 17 agosto 2004 oltre a ridefinire le modalità della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, ampliando la partecipazione degli enti locali nel processo di costruzione delle politiche di salute, ha riconosciuto, richiamando il decreto legislativo 229/99, la legge quadro 328/2000 e il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001, un ruolo di maggior peso e significato agli ambiti distrettuali, eletti a luoghi ove si valorizzano con maggior forza i principi e gli strumenti dell'integrazione e della continuità assistenziale. La legge, infatti, ha assegnato al distretto autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata per sostenerne concretamente lo sviluppo, sia come centro deputato all'erogazione di prestazioni e servizi, sia come struttura cui viene demandato, spesso in sinergia con il Servizio Sociale dei Comuni, il compito di tutela di salute del cittadino e della comunità. Ad esso spetta inoltre un ruolo di collegamento con gli Enti Locali, nonché la funzione di raccordo tra persone e rete dei servizi, tra attività delle strutture dipartimentali e distrettuali aziendali.

Le risorse così attribuite sono destinate a supportare tutte le azioni che ciascun distretto inserisce e illustra nel proprio Programma delle attività territoriali (PAT). Quest'ultimo documento rappresenta parte sostanziale del più ampio Piano Attuativo Locale (PAL) dell'Azienda in cui si incardina il distretto stesso. Il PAT diviene, nell'ottica proposta dalla LR 23/2004, il terreno privilegiato di confronto tra Aziende sanitarie ed Enti locali, nonché strumento per assicurare azioni congiunte nelle aree dell'integrazione, anche grazie all'obbligo sancito dalla norma che la programmazione delle attività sociosanitarie dei PAT e dei Piani di Zona (PDZ) deve essere coincidente. In concreto entrambi i documenti devono prevedere, descrivere e quindi programmare le ricordate azioni congiunte finalizzate al raggiungimento degli obiettivi sociosanitari condivisi e integrati.

2 DEFINIZIONE

Il PAT è uno strumento decisivo per rendere operativa la transizione culturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha sintetizzato con la locuzione “dalla sanità alla salute”, ribadendo con ciò la necessità di integrare le attività dei sistemi sanitari locali con la realtà sociale ed economica del territorio.

La nuova prospettiva tende a rendere responsabili e protagonisti del proprio benessere tutti i cittadini e le comunità intere attraverso un riorientamento dei servizi e un’azione non più solo curativo-riabilitativa, ma anche di prevenzione delle malattie, di promozione e protezione della salute. Un processo rafforzato anche dalla rinnovata attenzione alla valutazione dei risultati raggiunti in termini di guadagno di salute. Ne consegue che una programmazione così concepita richiede di superare l’impostazione centrata esclusivamente sui bisogni sanitari e sulle risposte in termini di incremento di servizi, per arrivare a una integrazione effettiva delle attività, delle risorse, delle conoscenze e delle competenze presenti sul territorio. Questa prassi può permettere di considerare e di controllare il maggior numero possibile delle variabili in gioco nel manifestarsi dei fenomeni di malattia e di disabilità.

Il PAT [LR 23/2004, art. 11], pertanto, prima ancora di essere il *documento* che declina localmente le strategie aziendali, è lo *strumento* atto a muovere e sostenere un processo partecipato e condiviso di programmazione sanitaria e sociosanitaria attraverso un articolato sistema di *governance* che prevede il coinvolgimento di tutti gli attori che nel territorio possono contribuire alla promozione della salute. Le modalità con cui il PAT viene costruito sfruttano infatti i meri aspetti adempimentali per favorire la messa in atto di prassi volte alla valorizzazione delle potenzialità del distretto e alla programmazione congiunta a partire, ad esempio, dalla costituzione dei tavoli tematici di lavoro di cui si dirà in seguito. Attraverso questo articolato processo il distretto definisce i propri obiettivi, tenendo conto delle priorità stabilite a livello regionale e aziendale e in risposta ai bisogni della popolazione. L’intero iter mira al conseguimento

di risultati di salute nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza sanitari e socioassistenziali e in accordo con i livelli socioassistenziali garantiti dal Servizio Sociale dei Comuni. In quanto strumento di un processo, il PAT può e deve essere sottoposto a continui aggiustamenti determinati da una conoscenza progressivamente più precisa, non solo dei bisogni/domanda/consumi della popolazione, ma anche della mappa dell'offerta di servizi/interventi/azioni e del suo delinearli in rapporto alle risorse formali e informali disponibili.

In quanto *documento* il PAT, che ha durata triennale e deve essere aggiornato annualmente, nel declinare tutti gli obiettivi maturati nel corso del processo appena ricordato, descrive le attività che gestisce con risorse dirette o indirette, incluse, pertanto, quelle socioassistenziali integrate promosse e realizzate assieme ai Comuni.

Il primo PAT che i distretti dovranno realizzare interesserà il triennio 2006/2008 e potrà subire correzioni e aggiustamenti nell'ambito delle singole annualità di cui si compone.

Le indicazioni d'indirizzo descritte nel presente documento pertanto fungono da sostegno per la futura programmazione visto che si riferiscono ad azioni che andranno ad incidere sul triennio 2006/08.

3 GLI ATTORI DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

Si elencano di seguito i soggetti che, a seguito dell'approvazione della LR 23/2004, sono chiamati a intervenire, a livello istituzionale d'indirizzo e di gestione, nell'iter di costruzione e approvazione del PAT. Accanto a questi, anche se a diverso titolo, vengono richiamati i soggetti istituzionali e non, coinvolti nella predisposizione del PDZ e quindi protagonisti dei tavoli tematici destinati a trattare, come si vedrà in seguito, i temi dell'integrazione socioassistenziale.

3.1 Conferenza dei Sindaci

Il PAT, come precisato, costituisce parte integrante e sostanziale del Piano attuativo locale dell'Azienda. Su quest'ultimo la Conferenza dei sindaci [art.13 della LR 12/1994 come sostituito dall'art.5 della LR 23/2004] esprime parere obbligatorio e arriva

all'intesa sulle attività sociosanitarie [citato articolo, comma1, lettere b) e c)]. Rispetto all'iter l'art. 18 della LR 23/2004, precisa come la Conferenza dei sindaci tramite la propria rappresentanza è chiamata a esprimersi non solo a processo programmatico concluso, ma deve dare il suo parere circa il PAL anche in una fase intermedia di elaborazione del Piano, ossia prima che venga avviata la negoziazione con l'Agenzia regionale della sanità. Questo principio di condivisione preventiva delle scelte, nelle more dell'approvazione del Piano sanitario e sociosanitario, si intende esteso e anticipato al momento di avvio dell'intero processo, almeno per quanto attiene all'area dell'integrazione sociosanitaria.

3.2 La Direzione Generale dell'Azienda

La Direzione generale dell'Azienda territoriale di riferimento, in ottemperanza alle Linee di gestione approvate dalla giunta e sottoposte al parere obbligatorio della Conferenza permanente, assegna, a seguito di negoziazione, al Direttore di distretto il budget e gli obiettivi in base al quale quest'ultimo può predisporre il PAT [LR 23/2004, art.11, comma 4]. Gli obiettivi relativi alle attività integrate sociosanitarie devono essere impostati nel rispetto di quanto concordato preventivamente con la Rappresentanza della Conferenza dei sindaci.

Alla fine del processo compete al Direttore generale - supportato, per quanto attiene alle strategie di area sociosanitaria, dal Coordinatore sociosanitario -, l'approvazione del PAT previo parere sulla parte sanitaria e previa intesa sulla parte sociosanitaria con l'assemblea dei Sindaci di ambito distrettuale.

3.3 L'Assemblea dei Sindaci

L'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale interviene nel processo di programmazione territoriale partecipando, con riferimento particolare all'area dell'integrazione sociosanitaria, alla predisposizione del PAT [LR 23/2004, art.11, comma 4] e promuovendo l'attivazione del processo preordinato alla definizione del PDZ e alla stipula del relativo accordo di programma. Alle riunioni dell'Assemblea

[art.40, LR 49/96, come sostituito dall'art.6, LR 23/2004, comma 4] prendono parte, ma senza diritto di voto, il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari o un suo delegato, il Coordinatore sociosanitario dell'Azienda medesima, il Responsabile del servizio sociale dei Comuni e il Direttore del distretto.

L'Assemblea nel definire gli obiettivi del PDZ individua, di concerto con il Direttore generale dell'Azienda, anche le attività integrate su cui avviare il confronto tecnico nei tavoli tematici destinati alla programmazione congiunta PAT/PDZ.

All'Assemblea spetta, infine, il compito di stabilire le quote a carico dei Comuni riguardo le attività integrate.

3.4 Il Direttore di Distretto

Al Direttore di distretto spetta la responsabilità della gestione delle risorse assegnate, avendo il distretto un'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nonché contabilità separata [art. 18bis, LR 12/1994, comma 8 ter, come modificato dalla LR 23/2004, art. 17]. Al Direttore di distretto compete l'elaborazione della bozza del PAT individuando le attività sanitarie e sociosanitarie di rilievo per il proprio territorio. Per quanto attiene specificatamente alle attività sociosanitarie integrate la loro programmazione viene tracciata assieme ai diversi soggetti chiamati a predisporre il piano di zona (cfr. specifico successivo paragrafo e linee guida dei piani di zona). Per questo insieme di compiti il direttore può avvalersi del supporto dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) composto dai responsabili delle unità operative, dai rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali, nonché da rappresentanti dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto [art. 18bis, LR 12/1994, comma 10bis, come modificato dalla LR 23/2004, art. 17]. L'ufficio va opportunamente integrato con la presenza del responsabile del Centro di salute mentale delegato dal Direttore del Dipartimento di salute mentale, del responsabile del Servizio tossicodipendenze e un rappresentante del Dipartimento di prevenzione. E' indubbio, infatti, che il distretto per assicurare l'intersectorialità degli interventi cui

necessariamente concorrono diverse strutture operative, deve, anche per mezzo dell'ufficio di coordinamento, operare in sinergia con i dipartimenti e i servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

3.5 Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni e altri soggetti

Partecipano inoltre alla fase di definizione degli interventi dell'area sociosanitaria, la "componente tecnica" relativa alle funzioni di regia e di coordinamento per l'effettuazione del PDZ, costituita dal responsabile del coordinamento tecnico amministrativo del Servizio Sociale dei Comuni e dai coordinatori delle équipes professionali di servizio sociale. Possono altresì essere chiamati a collaborare i soggetti individuati dalla legge quadro 328/2000, art. 1 comma 4, parimenti coinvolti nella predisposizione del PDZ relativo al medesimo territorio cui è riferito il PAT.

4 CONTENUTI DEL PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI

Per punti si sintetizzano di seguito i contenuti che ciascun PAT deve sviluppare.

4.1 L'analisi del bisogno

L'analisi dei bisogni di salute della popolazione rappresenta l'elemento critico del PAT, poiché in essa rientrano aspetti che vanno considerati e interpretati come fenomeni sociosanitari multidimensionali, dinamici e in rapida evoluzione, caratterizzati da specifiche dimensioni temporali e territoriali, frutto dell'integrazione di diverse fonti di indagine.

A questo scopo è prioritario giungere ad una rappresentazione unitaria di lettura dei bisogni di salute tra i diversi attori in gioco, che porti all'elaborazione di modelli concettuali in grado di superare i limiti di codifica del bisogno sanitario classicamente inteso per estendersi ai concetti di funzionamento e partecipazione sociale e di percezione soggettiva della salute. In questo senso la fase di analisi del bisogno rappresenta il momento cruciale di integrazione degli attori della programmazione perché può permettere l'incontro, prima ed aldilà di confini più o meno artificiali di responsabilità, di diverse competenze, appartenenze, sensibilità e culture sull'affermazione della centralità della persona e dei suoi bisogni.

La conoscenza dello "stato di salute" di un territorio non rappresenta dunque un semplice atto informativo, ma diventa uno strumento decisionale essenziale per la valutazione e la programmazione di servizi sanitari coerenti con i bisogni di salute della comunità distrettuale. Pertanto, il possesso da parte del distretto di un efficace sistema che renda disponibili informazioni di qualità in grado di interpretare la realtà territoriale è un requisito indispensabile per una puntuale programmazione degli interventi. E' necessario tenere in considerazione che il sistema informativo deve raccogliere informazioni anche da database che si trovano al di fuori dei normali flussi informativi sanitari e che sono un importante patrimonio di conoscenza in possesso di altri enti chiamati a concorrere alla realizzazione del PAT stesso. Molti sono i soggetti, istituzionali e non, che a questo proposito potrebbero disporre di valide fonti di

informazioni. Lo sforzo sarà quello di ricomporre tutti i flussi informativi in un unico quadro. Un sistema informativo così strutturato permette di stimare correttamente i bisogni della salute della popolazione, di definire le modalità ottimali di risposta ai bisogni stessi, di stimare la compatibilità degli interventi nei confronti della realtà locale, di pianificare gli interventi stessi e di valutare i risultati ottenuti.

L'analisi del bisogno deve soprattutto considerare la necessità di sviluppare la capacità di leggere le richieste non formulate o le sofferenze inesprese per individuare le condizioni di fragilità che potrebbero beneficiare di interventi di presa in carico tesi a prevenire o ritardare l'aggravarsi della condizione di non autonomia.

Un'importante tappa nella direzione della costruzione di un sistema informativo integrato, che consenta di leggere il bisogno in forma unitaria ed orientare i servizi e gli interventi secondo quanto programmato, è rappresentata dalla costruzione degli indicatori omogenei ai settori sanitario e socio-assistenziale di cui all'art. 9 comma 5 della LR 23 del 2004.

Al termine del processo conoscitivo il distretto dispone di elementi sufficienti e idonei a:

- documentare la frequenza e la distribuzione dei fenomeni di salute/malattia;
- conoscere i bisogni di salute nella loro genesi, dinamica e distribuzione;
- individuare i possibili fattori determinanti la distribuzione dei fenomeni/malattia;
- identificare le "aree problematiche", cioè quei fenomeni sanitari e sociosanitari, quelle aree geografiche o quelle condizioni organizzative dei servizi che, in relazione alla loro rilevanza epidemiologica, richiedono un intervento prioritario.

4.2 Gli obiettivi di salute ed i relativi indicatori di verifica

Include gli obiettivi di salute e i relativi indicatori. In prima istanza gli interventi e le azioni previsti nel PAT rappresentano la declinazione che il singolo territorio dà agli

obiettivi generali di pianificazione regionale e aziendale. Per questi obiettivi di salute vengono individuati i relativi indicatori di risultato.

Nel PAT possono altresì essere sviluppati, in risposta a bisogni specifici del territorio, ulteriori obiettivi; per quest'ultimi il distretto può individuare, in accordo con l'Azienda, adeguati indicatori di risultato.

Il controllo di gestione viene curato dal distretto in stretta collaborazione, per quanto attiene agli obiettivi e indicatori generali di pianificazione regionale e aziendale, con la propria Azienda che si fa anche tramite con l'Agenzia regionale della sanità.

4.3 Le indicazioni in merito alle modalità organizzative del distretto

Viene riportata la descrizione delle diverse tipologie organizzative del distretto, specificando la presenza di ogni singolo servizio/unità/équipe e le rispettive risorse umane dettagliate per profilo professionale. Al fine di conoscere il dimensionamento reale del distretto è opportuno rilevare anche eventuali convenzioni esistenti con strutture e soggetti privati e con i medici di medicina generale.

In questo contesto si devono specificare gli eventuali provvedimenti di riassetto dei servizi e delle strutture anche in riferimento a obiettivi dati dalle Linee di gestione annuali.

In considerazione delle indicazioni date dall'art.1, comma 5 legge quadro 328/2000 in merito ai soggetti che possono provvedere alla gestione e all'offerta dei servizi (ossia soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati), nonché di quanto sancito dall'art 5, comma 2, della stessa legge quadro, i PAT, in sintonia con i PDZ, possono prevedere, nelle more dell'emanazione da parte delle regione di specifiche disposizioni normative (che dovranno, tra l'altro, prevedere un equo trattamento del personale nel rispetto dei contratti vigenti), nuove modalità di rapporto pubblico e privato anche tramite la sperimentazione di idonee e innovative forme di gestione che non devono

intendersi come meri strumenti tecnici, ma devono concretizzare un significato valoriale esplicitando a tal fine il motivo della scelta effettuata.

4.4 I servizi di assistenza primaria e le attività sanitarie e sociosanitarie assicurate

Contempla la descrizione di tutti i servizi di assistenza sanitaria di base, assistenza domiciliare, assistenza farmaceutica, specialistica ambulatoriale, nonché le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. La sezione include l'individuazione di percorsi per migliorare i servizi e le eventuali proposte di innovazione del sistema di offerta.

Devono essere favoriti in ogni distretto gli insediamenti della medicina generale di gruppo o in associazione in sedi di proprietà aziendale, anche in vista della realizzazione delle équipes territoriali e comunque di attività di cure primarie protratte durante tutta la giornata soprattutto al fine di un effettivo coinvolgimento dei medici di medicina generale nelle strategie di contrasto alla istituzionalizzazione. Inoltre dovranno essere identificate le metodiche per il potenziamento dei collegamenti informatici tra gli ambulatori dei medici di medicina generale e le banche dati aziendali allo scopo di incrementare la capacità di presa in carico dell'assistito e di agevolare i percorsi di accesso dei cittadini ai servizi.

4.5 La localizzazione dei servizi e dei presidi

Illustra la distribuzione dei servizi e dei presidi sul territorio di riferimento, nonché eventuali proposte di modifica dell'assetto esistente con particolare riguardo all'ampliamento dell'accessibilità (accesso unico).

4.6 Le modalità operative e le azioni per il coordinamento tra le attività del distretto, quelle dei dipartimenti, dei restanti servizi aziendali e in particolare quelle afferenti alle funzioni ospedaliere

Descrive i rapporti tra il distretto e le seguenti aree: a) prevenzione; b) salute mentale; c) dipendenze; nonché strutture ospedaliere e ulteriori strutture specialistiche. In

questa sede vanno citate tutte le attività volte a migliorare le forme di coordinamento per assicurare la continuità assistenziale. L'integrazione tra area sanitaria e area sociale, di cui si dirà in seguito, può infatti avere reali e positivi effetti solo nel caso in cui il distretto possa gestire gli interventi di sua competenza coordinando le proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi, come detto, i presidi ospedalieri in un'ottica di continuità assistenziale. In questo punto pertanto devono essere indicate le modalità di raccordo tra le diverse strutture aziendali e in particolare essere previste le attività volte a definire protocolli di dimissione protetta ospedale-territorio.

Infine, per garantire al distretto efficaci strategie in merito al tema della continuità assistenziale, il PAT dovrà fare riferimento ai percorsi previsti dagli accordi di Area vasta che, in ottemperanza alle Linee di gestione 2005, dovranno essere sottoscritti tra Azienda sanitaria e Aziende ospedaliere, IRCCS e Policlinico universitario.

4.7 Le attività di tipo integrato

Riguardo all'ambito di azione delle attività di tipo integrato si dirà in dettaglio ai capitoli 8 e 9 del presente documento.

In questo paragrafo si anticipa che, per sostenere la programmazione di questi interventi, che possono richiedere unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire percorsi integrati, la Regione ha stabilito di utilizzare, come griglia di rilevazione e quale supporto operativo alla programmazione del PAT e del PDZ, la tabella 1.C inclusa nell'allegato n.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Si tratta per lo più di prestazioni a carico del servizio sanitario, ma in alcuni casi, possono vedere la partecipazione dei Comuni con propri fondi e non solo con apporti professionali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza. A questa griglia ne vengono aggiunte ulteriori, destinate a illustrare le attività di area sociale che possono anche includere prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (cfr. capitolo 10).

4.8 Entità delle risorse da investire nella realizzazione degli obiettivi di carattere sanitario e di quelli di integrazione sociosanitaria per la quale vengono altresì determinate le quote, concordemente definite, da porre rispettivamente a carico dell'azienda per i servizi sanitari e dei comuni.

Include la descrizione dettagliata delle risorse da destinare alle attività descritte nel PAT. In questa sede deve trovare supporto economico ogni azione descritta con particolare riguardo per quelle di sviluppo. Per quanto attiene all'area dell'integrazione sociosanitaria si deve precisare per le diverse prestazioni erogate la quota a carico dell'azienda e la quota a carico degli enti locali. A tal riguardo devono essere adeguatamente compilate la tabella relativa all'allegato n.1 del DPCM, 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (tabella 1.C), e le schede riferite agli interventi di area sociale qualora vi sia la partecipazione alla prestazione dell'area sanitaria.

Dato che, come recita la L 328/2000, alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché il terzo settore e i soggetti privati, i PAT, in sintonia con i PDZ, prevedere, nelle more dell'emanazione da parte delle regioni di specifiche disposizioni normative, nuove modalità di rapporto pubblico e privato anche tramite la sperimentazione di idonee e innovative forme di gestione che non devono intendersi come meri strumenti tecnici, ma devono concretizzare un significato valoriale esplicitando a tal fine il motivo della scelta effettuata.

Infine, laddove vi sia l'intervento finanziario di più soggetti pubblici, è necessario, per assicurare la piena integrazione e dignità dei diversi attori, che nella fase della definizione delle procedure di affidamento di servizi a terzi vengano coinvolti tutti coloro che sostengono i costi del servizio stesso.

Nella stesura del PAT il distretto si avvale del supporto dell'Azienda e in particolare modo degli uffici del controllo di gestione e finanziari cui spetta, su mandato del Direttore generale, la definizione dei singoli budget di distretto e la loro assegnazione ai centri di costo.

Nella fase di avvio l'assegnazione del budget viene fatta su "base storica". Ogni ipotesi di incremento può essere sviluppata in seno alla programmazione triennale 2006-2008 compatibilmente con le risorse che il Direttore generale, in relazione alle linee annuali di gestione approvate dalla Giunta Regionale, assegna al distretto.

5 LUOGHI E MODALITÀ DEL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

5.1 Gli Uffici della Direzione Generale dell'Azienda

Gli Uffici della Direzione generale delle singole aziende devono garantire al distretto, anche con personale parzialmente dedicato, ogni supporto necessario per la gestione e lettura finalizzata dei dati (statistici ed epidemiologici), nonché per tutti gli aspetti di natura finanziaria e contabile. In fase di avvio l'ausilio deve essere assicurato anche nel momento della rilevazione dello *status quo* specie per quanto attiene l'allocazione delle risorse, incluse quelle umane.

5.2 Lo staff di programmazione del Distretto

Per favorire la stesura del PAT e per accompagnare operativamente tutte le fasi del processo di elaborazione, si ritiene opportuno che il Direttore di distretto individui degli operatori destinati a formare il cosiddetto "staff di programmazione di distretto". Quest'ultimi devono garantire da un lato un costante collegamento con le varie strutture di area distrettuale e con l'ufficio di coordinamento (UCAD), dall'altro il sostegno e lo sviluppo di percorsi congiunti di studio, raccolta ed elaborazione con il Servizio Sociale dei Comuni. Lo staff, infatti, al fine di favorire l'effettiva programmazione integrata delle attività, è chiamato ad operare in collaborazione con l'Ufficio di Piano del coordinamento tecnico amministrativo del Servizio Sociale dei Comuni.

5.3 Tavoli tematici di lavoro

Per favorire l'elaborazione congiunta della programmazione territoriale e per realizzare quella coincidenza tra le attività sociosanitarie previste dal PAT con le omologhe previsioni del PDZ, come sancito dalla LR 23/2004, art.11, comma 5, i distretti e i SSC utilizzano lo strumento dei *tavoli tematici di lavoro* destinati ad affrontare i bisogni di salute relativi alle aree di integrazione sociosanitaria. In particolare dovranno essere istituiti tavoli congiunti, ossia formati da soggetti almeno sulle seguenti aree:

- Salute mentale;
- Anziani;
- Disabili;
- Materno Infantile;
- Tossicodipendenze.

I tavoli rappresentano il luogo dove si strutturano e sostanziano in azioni concordate tra le parti e, per quanto attiene al distretto, in allineamento sia con le linee di programmazione regionale per le Aziende Sanitarie sia con il budget assegnato, gli indirizzi per la programmazione integrata PAT/PDZ concordati con l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale. Essi sono pertanto composti da rappresentanti del distretto (possono essere anche gli stessi soggetti raccolti nell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, o parte di essi) e da soggetti che intervengono nella predisposizione dei Piani di Zona, inclusa la componente politica.

Nello specifico i tavoli tematici sono chiamati a trattare almeno i temi definiti al successivo capitolo 9, nonché l'argomento delle prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili, con particolare riguardo al tema dell'integrazione professionale e delle percentuali di costo attribuibili rispettivamente al sistema sanitario e ai Comuni.

5.4 La coincidenza territoriale tra ambito e distretto.

Nell'ambito della programmazione locale è opportuno fornire alcune precisazioni per quanto attiene all'area territoriale della provincia di Trieste, dove a fronte di tre ambiti

del Servizio Sociale dei Comuni e quattro distretti afferenti all'Azienda sanitaria n.1 "triestina", insiste un'unica Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale.

Stante la peculiarità del territorio, che è alla base della previsione normativa (LR 49/96, art. 40, comma 10 e art. 41bis, c. 5), è necessario prevedere per i tre ambiti e per i quattro distretti una fase programmatica di avvio comune e collegiale, in cui dovranno essere definite almeno le modalità per assicurare l'elaborazione congiunta della programmazione integrata. Il risultato concreto di questo percorso condiviso dovrà, in particolare, portare il distretto n.1 e il distretto n.3 – che operano a scavalco tra più ambiti del SSC – alla redazione di un unico capitolo dedicato all'integrazione dato dalla presenza di due PDZ, quello relativo all'ambito del Comune di Trieste e, rispettivamente, quello proprio dell'ambito dei comuni di Aurisina, Sgonico e Monrupino da un lato, e dell'ambito dei comuni di S.Dorligo e Muggia dall'altro.

6 LE LINEE DI INDIRIZZO

6.1 Indirizzi generali

La programmazione locale dovrà conformarsi agli indirizzi strategici desumibili dagli atti normativi nazionali e regionali vigenti in materia, nonché dalle Linee per la gestione del SSR 2005, dal Progetto obiettivo materno infantile (in fase di approvazione definitiva) e dal Piano regionale della riabilitazione ora in discussione. Inoltre, per quanto riguarda gli interventi di natura integrata, i PAT dovranno far propri gli obiettivi prioritari definiti nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. Pertanto, in attesa della definizione puntuale di strategie, obiettivi di salute e priorità di intervento nell'ambito del Piano sanitario e sociosanitario regionale di prossima emanazione, è possibile individuare, richiamandosi ai documenti citati, come centrali per la pianificazione sanitaria e sociosanitaria locale, le strategie volte a realizzare efficaci interventi di deistituzionalizzazione e di contrasto all'istituzionalizzazione e a garantire la continuità assistenziale per le persone con problematiche riferibili alle aree integrate.

A motivare la scelta di queste strategie vi sono altresì alcune considerazioni legate alla specifica realtà del territorio regionale. Infatti, nonostante la normativa regionale e nazionale abbia a più riprese affermato l'assoluta centralità delle cure a domicilio e dei percorsi assistenziali svolti in contesti familiari, nonché l'insostenibilità deontologica prima ancora che l'inefficacia clinica di pratiche assistenziali che privino, in forma più o meno evidente, la libertà e la dignità delle persone, la nostra regione continua a vedere incrementati i tassi di istituzionalizzazione della popolazione fragile (specie in riferimento agli anziani) con significativi impatti sulla qualità della vita delle persone coinvolte e sul consumo delle risorse.

Gli interventi di contrasto all'istituzionalizzazione si fondano prioritariamente sul rafforzamento delle reti primarie di cura. L'evoluzione della struttura demografica della popolazione regionale e delle reti familiari, nonché la ricomposizione delle reti informali di cura, richiedono un significativo potenziamento ed un sostanziale ri-orientamento (ri-qualificazione) degli interventi sul territorio. La capacità di "accoglienza" che il sistema

domiciliare saprà esprimere nei confronti delle nuove persone non autosufficienti, sarà, infatti, direttamente proporzionale alla efficacia del distretto di incrementare il “sistema delle opportunità” nel territorio e di governarne le relazioni. Le strategie di incremento del “sistema delle opportunità” sono vincolate al potenziamento dei servizi del territorio, ma soprattutto legate ad una nuova interpretazione che di questi servizi si deve dare, orientandoli secondo il principio della sussidiarietà promozionale e finalizzandoli alla costruzione di un welfare di comunità. E’ fondamentale, infatti, che il distretto, nell’organizzare il proprio agire, si muova nella logica di promuovere, valorizzare, sostenere attivamente le capacità di responsabilizzazione e di protagonismo degli utenti, delle famiglie e delle espressioni di utilità sociale che nascono all’interno delle comunità locali, al fine di costruire assieme la risposta ai diversi bisogni. Dovrà inoltre essere in grado di mettere in rete e di governare la costruzione delle risposte ai bisogni socio-sanitari, integrando le diverse risorse in mix innovativi di interventi e di forme gestionali. La riprogettazione congiunta della rete dei servizi, che valorizza tutte le risorse del territorio, è infatti il passaggio cruciale per favorire l’accessibilità ai servizi e per garantire la continuità assistenziale.

6.2 Indirizzi per area di intervento

Per rispondere operativamente a queste linee strategiche si evidenziano alcuni obiettivi già presenti negli atti di programmazione emanati dalla Regione negli ultimi anni, e si anticipa parte degli indirizzi del Piano sanitario e sociosanitario al fine di programmare gli interventi nelle seguenti aree.

Anziani

Al fine di realizzare un efficace contrasto al rischio di istituzionalizzazione degli anziani e di migliorare la loro qualità di vita nelle strutture residenziali, i PAT dovranno far propri i seguenti indirizzi:

Assistenza domiciliare

Il campo della home care, pur abbastanza progredito negli ultimi anni, appare – senza coerenza con il rispetto dei livelli essenziali di assistenza – non ancora dotato di standard di riferimento di personale per l'erogazione uniforme su tutto il territorio regionale di servizi infermieristici. Quest'ultimi necessariamente vanno estesi almeno alle 12 ore per 7 giorni alla settimana, prioritariamente per quelle principali tipologie di malati dove è provata l'efficacia delle cure domiciliari in rapporto a quelle ospedaliere o residenziali (se non altro nei termini di qualità di vita migliore): in prima istanza, oncologici, con insufficienza cardiaca o respiratoria, terminali o in stato vegetativo. In casi particolari si potranno sperimentare forme di assistenza sulle 24 h.

Gli investimenti in questo settore, sicuramente rilevanti, devono essere prioritari rispetto ad ogni ulteriore ampliamento o riqualificazione dell'attuale offerta residenziale. Si dovranno inoltre promuovere sperimentazioni che favoriscano l'innovazione dell'organizzazione e della gestione delle cure infermieristiche domiciliari. In particolare quelle innovazioni che sostengono una gestione orientata alla presa in carico, anche anticipata, delle persone con bisogni socio-sanitari e l'orientamento degli interventi professionali verso una effettiva promozione della salute e della qualità della vita dei singoli e delle comunità.

In ogni distretto della regione deve essere previsto inoltre un servizio di riabilitazione domiciliare attivo almeno 6 giorni alla settimana.

Assistenza residenziale a breve periodo

Le strutture di riabilitazione extraospedaliera a breve termine sono dedicate prioritariamente al recupero funzionale di soggetti con disabilità caratterizzate da indici predittivi di recupero e/o svolgono funzione respiro. Alcune strutture accolgono anche soggetti cronici che necessitano di un trattamento di mantenimento delle proprie capacità funzionali residue e/o riacquisite.

Inoltre, tali strutture assolvono anche ad una funzione di "attesa" rispetto ad altre destinazioni della rete dei servizi (attesa per entrare in casa di riposo, organizzazione

servizi domiciliari, riorganizzazione del contesto socio-ambientale e familiare, abbattimento barriere architettoniche,...), che pur essendo espressione di una difficoltà fisiologica del sistema a garantire la continuità terapeutica, rappresenta una necessità attualmente ineliminabile.

Tale offerta si compone di strutture già esistenti o da implementare come ad esempio: RSA, residenze per alcolisti, Presidi riabilitativi ex art. 26/833, Progetto Spilimbergo.

In particolare, le RSA sono state concepite quali strutture distrettuali intermedie tra ospedale e i servizi territoriali per garantire un accoglimento a prevalente indirizzo riabilitativo (patologie ortopediche e neurologiche) a soggetti temporaneamente non autosufficienti, in modo da evitare ricoveri o ridurre la durata della degenza ospedaliera, nonché per reinserire tempestivamente la persona nel proprio contesto di vita. Inoltre, esse assicurano una funzione di "respiro" per le famiglie, nonché funzioni specialistiche per cure palliative di I livello, per demenze e per problemi alcool-correlati. Attualmente le RSA ubicate all'interno degli ospedali svolgono anche una funzione di degenza post-acuta, garantendo un'assistenza a quell'utenza che, superata la fase acuta, non è ancora dimissibile dall'ospedale, in quanto presenta bisogni assistenziali complessi ed un quadro di instabilità clinica che necessita di una protezione medica sulle 24 ore.

Il distretto deve leggere i bisogni della propria popolazione e dimensionare l'offerta degenziale, comprensiva di tutte le tipologie di residenze a breve termine, favorendo l'inserimento dell'utente nel proprio contesto familiare-abitativo, in un'ottica di incremento della sua autonomia.

Assistenza semiresidenziale

Dovrà essere valutato l'utilizzo del segmento semiresidenziale "centro diurno", quale strumento di contrasto all'istituzionalizzazione ed anello di congiunzione con la domiciliare; particolare attenzione andrà posta alla creazione di centri per l'anziano con grave disturbo cognitivo e comportamentale (morbo di Alzheimer).

Assistenza residenziale a lungo periodo

Nel prossimo triennio si dovrà realizzare la ri-organizzazione del sistema di offerta delle strutture residenziali per anziani come previsto dalla LR 10 del 1998 e dalla DGR n. 688, dd. 9 marzo 1999.

Questo cambiamento, finalizzato a garantire maggior qualità nel sistema e maggior equità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, prevede una nuova classificazione dei bisogni degli anziani. Il nuovo sistema di classificazione dovrà superare la semplificazione della dicotomia autosufficienza/non autosufficienza e considerare, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionali evoluti, anche le diverse composizioni del bisogno e l'investimento di risorse che lo stesso richiede per la sua soddisfazione.

Il raggruppamento per classi omogenee di tipologia di bisogno orienterà la nuova organizzazione delle tipologie di offerta, definendone standard di struttura, di processo e di esito.

Il raggruppamento per classi omogenee secondo il livello di assorbimento di risorse determinerà inoltre una differenziazione della contribuzione regionale permettendo una distribuzione delle risorse secondo criteri di maggiore equità.

In generale è necessario prevedere un sempre maggiore coinvolgimento del distretto nel verificare il fabbisogno assistenziale, le entità delle risorse necessarie, e nel garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria nelle strutture residenziali.

Salute Mentale

Anche l'attività di deistituzionalizzazione e di contrasto all'istituzionalizzazione nel campo della salute mentale dovrà conformarsi alle linee strategiche previste. In particolare si dovranno promuovere interventi volti alla realizzazione di percorsi integrati per gli utenti dei servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale. Si dovranno inoltre adottare strumenti integrati (Unità multiprofessionali/UVD) di

valutazione, progettazione, monitoraggio e verifica affinché i progetti personalizzati per i pazienti psichiatrici che richiedono interventi sociosanitari integrati siano inseriti nel governo complessivo dei percorsi distrettuali.

L'attività del Centro di Salute Mentale, come prevista dal precedente Piano d'intervento a medio termine, deve quindi inserirsi nella rete dei servizi distrettuali e seguire un approccio che sostenga la costruzione effettiva di un sistema di opportunità e di un welfare di comunità rivolto alle persone con problemi di salute mentale. Non va infatti sottovalutato il rischio di forme subdole di nuova istituzionalizzazione psichiatrica e pertanto si deve porre costantemente al centro del processo terapeutico-riabilitativo il percorso emancipativo del paziente e la sua effettiva integrazione sociale, anche in termini abitativi e lavorativi. In questo senso, la programmazione integrata e partecipata delle attività rivolte alle persone con problemi di salute mentale rappresenta una importante occasione per la realizzazione di nuove opportunità lavorative ed abitative per questi soggetti. Le Aziende e gli enti locali devono valutare, nell'ambito delle possibilità offerte dalla normativa vigente, quali attività siano utilmente esternalizzabili, anche attraverso affidamenti ad imprese sociali del territorio, ai fini dell'inserimento lavorativo degli utenti afferenti al Dipartimento di Salute Mentale.

Disabilità

Per quanto riguarda gli indirizzi della Regione per gli aspetti di carattere sanitario e sociosanitario inerenti i problemi legati alla disabilità si rimanda al Piano regionale della Riabilitazione di prossima approvazione.

In particolare nel PAT il distretto dovrà implementare le seguenti attività:

- prendere in carico il soggetto con disabilità contrastando l'istituzionalizzazione e garantendo il mantenimento della persona nel proprio contesto sociale, relazionale e affettivo, a questo fine deve essere dato particolare rilievo all'attività dell'equipe multidisciplinare;

- sviluppare attività di prevenzione, attività riabilitativa domiciliare (SRD), attività riabilitativa ambulatoriale, attività riabilitativa nei centri diurni e nelle strutture residenziali, nonché l'attività riabilitativa nelle RSA.

Area materno infantile e dell'età evolutiva

Per quanto riguarda gli indirizzi della Regione, per gli aspetti di carattere sanitario e sociosanitario, inerenti i problemi legati all'area materno infantile, si rimanda al Progetto Obiettivo Materno Infantile di prossima definitiva approvazione da parte della Giunta Regionale.

In particolare il distretto è chiamato ad essere punto di accesso privilegiato per ciascun servizio correlato alla salute della madre e del bambino, in cui l'utente viene accolto e al quale viene garantito un percorso assistenziale chiaro attraverso tutti i livelli dei servizi disponibili. In particolare tale intervento dovrà interessare i pediatri di libera scelta, la Neuropsichiatria infantile, il Consultorio familiare e l'area ambulatoriale.

Pertanto nei PAT il distretto dovrà esplicitare modalità organizzative dei servizi sanitari che:

- permettano il raccordo con i servizi di un livello superiore;
- garantiscano l'erogazione di prestazioni transdisciplinari e non settoriali e frammentate;
- prestino attenzione alle peculiarità di genere e di età;
- favoriscano l'accesso da parte degli utenti, adeguandosi ai nuovi ritmi di vita (es: orari di apertura e distribuzione territoriale);
- sappiano interfacciarsi con utenti di lingua e cultura diversa;
- garantiscano la continuità assistenziale sia in senso orizzontale (passaggio da un servizio all'altro) sia in senso verticale (passaggio all'età adulta).

Tossicodipendenze

La programmazione integrata degli interventi in materia di tossicodipendenza rappresenta il contesto privilegiato dove le Aziende sanitarie, gli Enti locali, le istituzioni scolastiche, l'amministrazione della giustizia e le diverse realtà associative, possono raccordarsi per affrontare efficacemente la complessità del fenomeno e per gestire le conseguenti risposte nei diversi territori.

In particolare si dovranno programmare azioni di promozione della salute per la popolazione giovanile da realizzarsi nei luoghi da essi frequentati ed abitati.

Analogamente all'area della salute mentale, anche per i problemi legati alle tossicodipendenze si dovranno prevedere, nella programmazione integrata locale, azioni utili a promuovere l'inserimento lavorativo, anche attraverso interventi formativi specifici, e a realizzare nuove opportunità abitative per le persone con problemi alcol droga correlati. In questa direzione è auspicabile il raggiungimento di specifici protocolli e accordi con le amministrazioni comunali e con le Aziende Territoriali per l'Edilizia Residenziale (ATER). In particolare per i soggetti ad alto rischio di marginalità sociale è opportuno prevedere misure di accoglienza ed interventi a "bassa soglia".

7 IL PAT COME STRUMENTO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 sottolinea come “nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria”.

L'interrelazione tra la componente sociale e quella sanitaria del bisogno emerge evidente nelle problematiche legate alle malattie cronicodegenerative e più in generale nelle aree riguardanti: l'assistenza e la riabilitazione delle persone con disabilità, il recupero psicofisico e la risocializzazione delle persone con disturbi mentali, il recupero psicofisico e la risocializzazione dei tossicodipendenti, alcolodipendenti e malati di AIDS, l'assistenza agli anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti, l'assistenza psico-sociale alla maternità, all'infanzia all'età evolutiva. Queste aree sono connotate, oltre che dalle caratteristiche dell'utenza che evidenziano bisogni complessi e multidimensionali, dalle caratteristiche dell'intervento stesso che richiede un elevato grado di integrazione tra attività sociali e sanitarie e di assistenza tutelare. Le aree ad elevata integrazione socio-sanitaria sono inoltre caratterizzate dalla presenza di obiettivi di natura socioassistenziale e socio-riabilitativa, da modalità di valutazione multidimensionale e, soprattutto, da un approccio per progetti personalizzati.

Tutta la normativa nazionale e regionale [LR 49/1996], in materia di integrazione sociosanitaria, orienta l'organizzazione degli interventi secondo un approccio guidato dal bisogno, che ricolloca al centro del sistema la persona con i problemi legati al suo stato di salute, e al contempo la valorizza come portatrice di risorse in termini di saperi, competenze, legami che un progetto di intervento deve saper cogliere e promuovere. L'approccio guidato dalla domanda favorisce l'autoattivazione delle persone e dei contesti, promuove la responsabilizzazione dei singoli e delle comunità, considera e incide sulle determinanti socio-economiche della salute la cui importanza è dimostrata in particolare nelle aree dell'integrazione sociosanitaria. Rispetto al sistema sanitario questo approccio si estrinseca nella progettazione e realizzazione congiunta di *progetti*

individuali [L. 328/2000, art. 14] e di *percorsi assistenziali integrati* [art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modifiche ed integrazioni], per dare risposta a bisogni che “richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali” [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*].

In questo contesto l'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria, oltre a precisare le tipologie di prestazione e i criteri di finanziamento, ha delineato i requisiti necessari per personalizzare gli interventi sulla base di progetti assistenziali personalizzati, definiti tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale nonché la sua durata [citato DPCM, 14 febbraio 2001, art.2]. A questi requisiti deve uniformarsi la gestione della presa in carico professionale e dei percorsi assistenziali basata sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati. Quest'ultimi richiedono interventi a diversi livelli: istituzionale, gestionale e professionale. A questo proposito già il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 affermava che: “l'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare Aziende sanitarie, Amministrazioni comunali), che si organizzano per perseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma.

L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto ed in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità del lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra

strutture residenziali e territoriali, la predisposizione dei percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate”.

La LR n.23/2004 prevede che il PAT, per la parte comprendente le aree dell'integrazione sociosanitaria, coincida con l'omologo PDZ. Il relativo accordo di programma rappresenta pertanto la modalità operativa per dare corpo formale all'integrazione istituzionale. Se da un lato l'integrazione istituzionale è la sintesi unitaria della visione dei futuri scenari di welfare locale e la definizione di linee di indirizzo strategico condivise, dall'altro rappresenta l'avallo politico di processi applicativi dell'integrazione professionale e gestionale che vedono nei PAT il momento elettivo di concezione. In particolare possono essere gettate le basi di una reale integrazione gestionale attraverso la progettazione condivisa delle reti di intervento.

Il dimensionamento ottimale dei diversi servizi, l'elaborazione di percorsi di accesso unitari o integrati, l'orientamento ai setting più adeguati alle diverse tipologie di bisogno valutati con metodologie condivise, la condivisione di protocolli che definiscono le modalità di interazione tra servizi diversi, rappresentano il terreno di confronto dei soggetti coinvolti nell'elaborazione del PAT.

Per esprimere operativamente questa esigenza di coinvolgimento dei molteplici soggetti gestori dei servizi è necessario definire e sperimentare nuove soluzioni gestionali tra pubblico e privato, in particolare sostenendo attivamente le proposte che realizzano partenariati tra pubblico e “privato sociale” (cooperazione sociale, associazionismo e volontariato) finalizzati alla “valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata” [L 328/2000].

Sia i protocolli che definiscono le modalità di coordinamento e di interazione tra i diversi servizi, sia i progetti personalizzati, in particolare se sostenuti da risorse economiche dedicate (es. budget di cura), sono i ponti di collegamento tra l'integrazione gestionale e quella professionale.

L'integrazione a livello professionale presuppone sia la costituzione di unità e di nuclei di valutazione multidimensionali ed integrati (UM/UVD), sia l'adozione di strumenti condivisi di valutazione del bisogno e di gestione delle informazioni (sistema informativo), nonché la definizione di modalità congiunte di redazione dei piani individualizzati. Più in generale è necessario procedere ad una analisi dei processi assistenziali delle aree integrate per riprogettarne le principali fasi (segnalazione, valutazione ex ante e presa in carico, progettazione, attuazione, monitoraggio e verifica) e giungere alla condivisione di protocolli operativi che regolino le relazioni operative tra le diverse figure professionali.

8 LE MODALITÀ DI ELABORAZIONE CONGIUNTA PAT/PDZ

Con riferimento ai processi di integrazione sociosanitaria, la normativa regionale individua, nell'implementazione di tali processi, l'elemento strategico caratterizzante il complesso della rete dei servizi alla persona in ambito regionale, in sintonia con le indicazioni date dalla normativa e dagli atti di programmazione statale. Anche il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, affermando che "l'integrazione delle responsabilità e delle risorse rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi..." [DPR 23 luglio 1998, Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000], poneva come centrale la questione dell'integrazione sociosanitaria. Peraltro il tema dell'integrazione sociosanitaria è ampiamente presente anche nella legge 328/2000.

La LR 23/04, che dispone sulla partecipazione degli Enti locali ai processi programmatori e di verifica in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e disciplina i relativi strumenti di programmazione, contiene una serie di previsioni che mirano a regolamentare il processo di integrazione sociosanitaria sul territorio regionale.

In conformità con quanto previsto dal d. lgs. 229/99, la citata LR 23/04 attribuisce al distretto propria autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, e lo elegge a promotore di un suo piano chiamato programma delle attività territoriali (PAT), che rappresenta parte sostanziale del più ampio Piano Attuativo Locale dell'Azienda in cui si incardina il distretto stesso.

Il PAT è uno strumento decisivo per rendere operativa la transizione culturale che il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 ha sintetizzato con la locuzione "dalla sanità alla salute", per integrare le attività dei sistemi sanitari locali con la realtà sociale ed economica del territorio. Altresì, la citata LR 23/04 definisce il Piano di Zona (PDZ) come strumento fondamentale per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali territoriali, con l'obiettivo di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale.

Nell'ottica di una programmazione locale integrata, si tratta quindi di coniugare tra loro i due strumenti PAT e PDZ, tenendo conto che le previsioni in materia sociosanitaria contenute in entrambi gli strumenti devono coincidere.

L'art.11 e l'art. 12 della citata LR 23/04, che trattano rispettivamente del PAT e del PDZ, stabiliscono che i due strumenti programmatori devono individuare le attività sociosanitarie cui – nell'ambito di obiettivi condivisi - dare attuazione, nonché le risorse necessarie alla realizzazione dell'integrazione sociosanitaria e le quote da porre rispettivamente a carico dell'Azienda per i servizi sanitari e dei Comuni. Il PDZ deve inoltre individuare le forme di tazione con l'Azienda per garantire la cooperazione gestionale e professionale nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria.

Il rischio da evitare è quello della proliferazione competitiva degli ambiti di programmazione. E' dunque necessario individuare luoghi e modalità condivise per garantire unitarietà al processo programmatorio. Le indicazioni che seguono vanno lette proprio in questo senso.

E' innanzi tutto utile ricordare come il processo di programmazione debba attuarsi tenendo conto delle tre fasi di integrazione: istituzionale, gestionale e professionale.

A questo proposito anche il Piano Sanitario Nazionale 1998–2000 afferma che "l'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare Aziende sanitarie e Amministrazioni comunali), che si organizzano per perseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma".

In questo contesto "partecipato" anche la LR 23/04 ribadisce che a livello istituzionale "il luogo" dell'integrazione è l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale alla quale compete da un lato l'attivazione del processo per la definizione del PDZ e dall'altro la partecipazione al processo di programmazione territoriale preordinato alla predisposizione dei PAT.

L'Assemblea dei sindaci nel definire gli obiettivi del PDZ individua, di concerto con il Direttore generale dell'Azienda, anche le attività integrate su cui avviare il confronto tecnico nei tavoli tematici di lavoro destinati alla programmazione congiunta PAT/PDZ.

Sembra opportuno ribadire che i citati tavoli tematici di lavoro si configurano – dal lato metodologico – come quelli di cui alla parte relativa all’avvio del processo per il PDZ (§ Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, 6.1) e che dunque devono garantire la presenza dei rappresentanti della componente tecnica e politica di cui alla funzione di regia ed indirizzo, e avere al proprio interno i diversi soggetti, istituzionali e non, necessari per la definizione della programmazione integrata. Nel caso di una molteplice presenza di organismi simili (il riferimento riguarda soprattutto la variegata realtà del terzo settore), si evidenzia l’opportunità di predisporre occasioni e strumenti di rappresentanza per consentire a tutti di esprimere il proprio contributo.

Deve infine essere promossa la partecipazione delle organizzazioni sindacali nel processo di elaborazione e verifica del PAT. Le modalità di coinvolgimento delle stesse in detto processo verranno definite dalla Giunta regionale con successivo atto da adottarsi ai sensi dell’art. 7, c. 4 della LR 23/04.

9 LA PROGRAMMAZIONE NELLE AREE SOCIO SANITARIE

In attesa che la Regione, come previsto dall’art. 13 della LR 23/04, individui le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, quelle socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria e quelle sociali a rilevanza sanitaria, nonché gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, funzionamento e finanziamento delle stesse, l’elaborazione congiunta dovrà riguardare almeno [cfr. art.13, c. 4, LR 23/04]:

- la prevenzione e assistenza materno-infantile;
- l’assistenza, riabilitazione ed integrazione sociale delle persone con disabilità;
- la tutela della salute delle persone anziane;
- la cura e recupero dei soggetti tossicodipendenti;
- la cura e recupero dei soggetti malati di mente;

- le situazioni di non autosufficienza, temporanea o permanente, derivanti da patologie diverse.

Con riferimento ai su elencati temi, allo scopo di considerare i diversi bisogni della persona, della famiglia e della comunità entro un quadro unitario di politiche per il benessere, i Comuni associati e le Aziende/distretti possono concordare soluzioni idonee a garantire la gestione unitaria delle risorse per l'integrazione sociosanitaria. A tal fine possono essere individuate forme di sperimentazione volte ad attuare la gestione di un fondo unitario per finanziare tutte o parte delle risposte in materia di integrazione sociosanitaria.

9.1 Obiettivi strategici di sistema

La progettazione condivisa di una rete dei servizi ed interventi sociosanitari deve andare di pari passo con lo sviluppo ed il consolidamento di strumenti di integrazione gestionale e professionale che garantiscano la centralità della persona, dei suoi bisogni, delle sue esperienze, dei suoi legami nel percorso congiunto di presa in carico e di sviluppo del processo di cura e riabilitazione. Deve essere affermato operativamente l'approccio guidato dal bisogno che interpreta i diversi setting di intervento come strumenti e come risorse del progetto di cura e riabilitazione. Il sistema di offerta cioè deve orientarsi e plasmarsi quanto più possibile sulla soggettività del bisogno adeguando i propri meccanismi di funzionamento alle esigenze dei luoghi e dei contesti in cui di norma le persone esprimono il proprio funzionamento sociale.

In questo senso è importante ribadire la necessità, nell'ambito della programmazione congiunta PAT/PDZ, di rafforzare il sistema di lavoro integrato tra distretto e ambito e di sviluppare e consolidare specifiche azioni nelle aree di intervento, attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi strategici:

- lo sviluppo e la riqualificazione delle *Unità Multiprofessionali* in tutte le aree di integrazione sociosanitaria;
- l'affermazione diffusa dell'utilizzo del *progetto personalizzato*;

- lo sviluppo della funzione di *coordinatore del caso* (Case Manager);
- la diffusione di *punti unici* di accesso ai servizi socio-sanitari.

9.1.1 Lo sviluppo e la riqualificazione delle Unità multiprofessionali

Le Unità multiprofessionali (Um) nelle loro varie definizioni (Unità di valutazione distrettuale –UVD- équipe multidisciplinare dell’handicap, équipe minori...) sono uno dei principali strumenti organizzativi di integrazione professionale e gestionale che negli ultimi anni si sono andati consolidando nella rete dei servizi distrettuali. La diffusione di tale strumento, nell’approccio alle differenti aree di bisogno, non appare però ancora soddisfacente sia perché permangono tendenze alla “semplificazione” della presa in carico, sia perché spesso l’interpretazione che ne viene data è più di carattere amministrativo che di miglior organizzazione possibile della risposta.

Le ragioni di uno sviluppo sinergico delle diverse componenti del sistema sociale e del sistema sanitario spingono verso l’adozione di modelli organizzativi maggiormente bilanciati in cui i percorsi per l’utenza siano realmente guidati dalla risposta più adeguata al bisogno espresso.

In tal senso la riqualificazione delle Unità multiprofessionali deve riguardare la ridefinizione dell’intero processo che porta alla scelta dei migliori percorsi di salute per il cittadino a partire dalla presa in carico attraverso un punto di accesso unico già funzionalmente integrato da professionalità sociali e sanitarie, attraverso l’adozione di strumenti valutativi multidimensionali evoluti che permettano di considerare bisogni semplici e complessi, riservando a questi ultimi l’effettiva realizzazione di una formale presa in carico da parte delle Unità multiprofessionali.

Per garantire questo passaggio alle Unità multiprofessionali si dovrà assicurare un’autonomia gestionale, con il governo delle risorse utili a soddisfare i bisogni, con l’opportunità di procedere a monitoraggi continui dell’evoluzione dello stato di salute del cittadino qualunque sia la destinazione, domicilio o struttura residenziale. Sarà inoltre necessario prevedere una deburocratizzazione delle Unità multiprofessionali attraverso la distinzione degli obblighi amministrativi – che andranno rivisitati per renderli più

“leggeri” - dalle attività di presa in carico, anche sperimentandone una diversificazione nelle articolazioni organizzative che favorisca una maggiore prossimità al cittadino. Tale sviluppo porta ad un maggiore sforzo di integrazione tra soggetti diversi, ad una maggiore responsabilizzazione dei distretti garantendo un'autonomia gestionale delle risorse, ad una maggiore garanzia di equità nelle opportunità di accesso al sistema dei servizi ovunque in regione.

9.1.2 Il progetto personalizzato

Il progetto assistenziale personalizzato [art. 2 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2001 e art. 14 comma 2 LR 23/2004], redatto sulla scorta di valutazioni multidimensionali, è lo strumento fondamentale in mano alle Unità multiprofessionali per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni. Alla definizione e realizzazione del progetto personalizzato concorrono infatti diversi apporti professionali e non, in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse, secondo un criterio unitario di gestione.

La realizzazione del progetto personalizzato deve avvalersi dei servizi, interventi e di prestazioni integrate collegandole quanto possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. Deve inoltre assumere una funzione proattiva e spingersi a promuovere la realizzazione di ambienti che determinino un miglioramento del funzionamento sociale delle persone interessate. Deve conformarsi costantemente a strategie di empowerment dei contesti e dei soggetti promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi.

Nella definizione della programmazione locale è perciò strategico identificare specifici interventi per la diffusione, nelle diverse aree e nei diversi setting, dello strumento progetto personalizzato, considerandolo alla stregua di un “livello essenziale” di prestazione sociosanitaria.

I progetti personalizzati dovranno indicare: la natura del bisogno, i risultati attesi, l'articolazione degli interventi, le risorse necessarie, le responsabilità professionali e di servizio, i tempi e le modalità di verifica.

Resta inteso che nel prevedere l'utilizzo di strutture – in particolare per anziani e disabili - le Aziende per i servizi sanitari devono garantire la corretta erogazione dell'assistenza sanitaria ed il controllo della qualità del progetto personalizzato.

La Regione disciplinerà le modalità ed i criteri per la definizione dei progetti personalizzati [art. 14 comma 3 LR 23/2004] nonché gli strumenti valutativi multidimensionali per area di intervento.

9.1.3 Il coordinatore dei casi (Case manager)

Per facilitare il presidio dei percorsi assistenziali e l'attivazione dei progetti personalizzati dovrà essere introdotta e valorizzata la funzione del *coordinatore del caso*, fermo restando che la responsabilità sanitaria rimane di competenza del medico di medicina generale. Il coordinatore del caso viene individuato, sulla base di criteri condivisi (scelta del cittadino, prevalenza dell'intervento e/o altro), tra gli operatori che compongono l'Unità multiprofessionale. La sua funzione è di supportare l'utente nella gestione di tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza della persona nei diversi nodi della rete dei servizi ed in particolare nel trasferimento da un servizio all'altro. In alcune situazioni il coordinatore del caso può anche essere inteso come *tutor* del cittadino che non è in grado direttamente o attraverso una risorsa familiare di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta.

L'operatore identificato come coordinatore del caso deve garantire la personalizzazione del rapporto ed il rispetto della dignità della persona durante tutto il percorso assistenziale, svolgendo il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti e il cittadino e provvedendo al monitoraggio del percorso previsto.

E' richiesta al coordinatore del caso una conoscenza approfondita delle reti sociali e la capacità di facilitare l'accesso alle risorse del sistema sociosanitario appropriate ai diversi bisogni della persona presa in carico. In tal modo il coordinatore del caso rappresenta un punto di sintesi dei servizi e nel contempo si pone anche come "sostenitore di reti".

9.1.4 Il punto unico di accesso

Al fine di garantire ai cittadini - nella prospettiva di un progetto personalizzato condiviso e fermo restando il principio di libera scelta - una risposta rapida alle loro esigenze e richieste di servizi, si prevede che nell'ambito della Programmazione locale PAT/PDZ vengano istituiti dei punti unici di accesso ai servizi.

La necessità di creare un punto unico di accesso risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi;
- ottenere risposte alle proprie richieste, senza dispersione di tempo e di energie e senza sovrapposizione dei compiti e ruoli da parte delle strutture pubbliche;
- essere a conoscenza delle risorse di carattere socio-sanitario disponibili nel territorio, utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi di vita;
- essere orientati sull'utilizzo e le caratteristiche dei servizi socio-sanitari erogati.

Il punto unico di accesso rappresenta non tanto un unico luogo fisico al quale gli utenti possono rivolgersi, ma la strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini presenti sul territorio. In questo senso, il punto unico di accesso concorre all'effettiva costruzione di un sistema a rete, articolato nel territorio che realizza l'unicità dell'accesso.

Strettamente connessa al punto di accesso unico del sistema dei servizi socio-sanitari, è la funzione di segretariato sociale del Servizio Sociale dei Comuni, che rappresenta il raccordo organizzativo indispensabile alla connessione integrata degli interventi tramite il coordinamento in rete di essi e la strutturazione di banche dati per l'analisi della domanda.

Occorre pertanto che il Direttore di distretto (supportato dall'UCAD, nonché da altri referenti di distretto), individui insieme al Responsabile di SSC le situazioni più idonee per unificare l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari attraverso l'elaborazione e la sottoscrizione di indicazioni e procedure.

10 Attività di supporto

La Direzione centrale salute e protezione sociale per sostenere i distretti nella fase di avvio dei PAT, per agevolare le forme di collaborazione, per garantire il necessario livello di omogeneità al processo e alla struttura dello stesso documento programmatico, garantirà un supporto per l'accompagnamento dei processi locali di pianificazione sanitaria, nonché sociosanitaria integrata, anche avvalendosi di operatori dell'Agenzia regionale della sanità. Per agevolare l'elaborazione e la stesura dei PAT verranno assicurati incontri periodici con tutti i soggetti coinvolti.

Contestualmente saranno prodotti almeno i seguenti strumenti operativi e metodologici:

- indice del PAT;
- set di indicatori sanitari e sociosanitari per la rilevazione del bisogno;
- schede per la rilevazione dell'offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali;
- scheda progetto relativa alle attività sanitarie. Per le attività integrate, invece, si deve fare riferimento alla scheda progetto/servizio/intervento che accompagna le Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona (Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona, allegato n. 2);
- scheda per la definizione delle risorse e delle modalità organizzative del distretto;
- scheda finanziaria.

Per quanto concerne la rilevazione del sistema di offerta locale delle attività integrate, la Direzione centrale salute e protezione sociale si impegna a fornire apposite griglie comuni tanto per il PAT quanto per il PDZ (cfr. paragrafo 4.7 del presente documento). Sarà inoltre predisposto un documento che definisce nel dettaglio il percorso temporale e procedurale della programmazione generale e di quella integrata.

Per la predisposizione delle basi informative di natura epidemiologica ed economica necessarie per la definizione del PAT, oltre al supporto che gli uffici di staff della direzione aziendale devono garantire ai distretti, sarà realizzato un sistema di reportistica delle conoscenze in possesso del sistema informativo sanitario.

La Direzione centrale salute e protezione sociale assicurerà la possibilità di interscambio di informazioni, problematiche ed esperienze tra i diversi territori ed il supporto per garantire coerenza tra gli strumenti di pianificazione regionale ed i documenti di programmazione territoriale, nonché la congruità con gli atti aziendali.