



REGIONE DELL'UMBRIA

OGGETTO: APPROVAZIONE ATTO DI INDIRIZZO REGIONALE IN MATERIA
DI PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE IN ATTUAZIONE DEL
DPCM 14 FEBBRAIO 2001.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

12/01/2005 n. 21.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Direttore Regionale alla sanità e servizi sociali

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento interno di questa Giunta:

- a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal Dirigente di Servizio;
- b) del parere di legittimità espresso dal Direttore;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Vista la DGR 548 del 12/05/2004 recante "Atto di indirizzo in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001. Presa d'atto e rinvio alla Conferenza socio-sanitaria regionale"

Visto il parere favorevole espresso dalla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale in data 4/8/2004

Visto il verbale del tavolo Welfare del Patto per lo sviluppo del 29/12/2004;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del Direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare il documento "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001" allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;
- 3) di stabilire che - nelle more della approvazione di apposito atto di indirizzo regionale attuativo del D.lgs.109/98 e s.i.m. che uniforma i criteri per la determinazione del concorso alla spesa sociale da parte degli utenti dei servizi socio-sanitari

residenziali, semiresidenziali e domiciliari diretti ad anziani non autosufficienti; a soggetti adulti disabili; a soggetti adulti con problematiche psichiatriche; a soggetti adulti con problematiche correlate alla dipendenza; a soggetti affetti da patologie per infezioni da HIV - le modalità di concorso alla spesa sociale dei servizi citati da parte degli utenti sono disciplinate dai regolamenti comunali vigenti in materia;

- 4) di pubblicare integralmente sul Bollettino ufficiale della Regione il presente atto;
- 5) di stabilire che l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001" entrerà in vigore il giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino ufficiale secondo le modalità di attuazione previste nel medesimo.

IL PRESIDENTE: LORENZETTI MARIA RITA

IL RELATORE: LORENZETTI-ROSI

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione Atto di indirizzo regionale in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001

Con DGR 548 del del 12/05/2004 recante "Atto di indirizzo in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001. Presa d'atto e rinvio alla Conferenza socio-sanitaria regionale" la Giunta regionale aveva preso atto del documento conclusivo elaborato dal Tavolo tecnico dei Comuni su mandato della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e rinviato alla medesima Conferenza il documento così modificato per un esame congiunto e collegiale.

In data 4/08/2004 la Conferenza ha espresso parere favorevole.

Successivamente il documento è stato oggetto di confronto al tavolo istituzionale composto da Regione e Comuni con i soggetti sociali, organizzazioni sindacali e Terzo settore negli incontri del 20 ottobre 2004 e 1 dicembre 2004.

Nella riunione del 29 dicembre u.s. il Tavolo tematico "Riqualificazione del sistema di welfare. Tutela del diritto alla salute e promozione dei diritti di cittadinanza" del Patto per lo sviluppo ha altresì approvato il documento.

Occorre procedere ad una specificazione della partecipazione dell'utente alla spesa sociale.

Gli utenti, come già previsto nel documento "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001" allegato al presente quale parte integrante e sostanziale dello stesso, sono chiamati a partecipare alla spesa sociale dei servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari diretti a:

- anziani non autosufficienti;
- soggetti adulti disabili
- soggetti adulti con problematiche psichiatriche
- soggetti adulti con problematiche correlate alla dipendenza
- soggetti affetti da patologie per infezioni da HIV

in ragione della loro condizione di reddito come determinata in applicazione del D.lgs. 109/98 e s.i.m.

Nelle more della approvazione di un atto di indirizzo regionale che uniformi i criteri per la determinazione del concorso alla spesa sociale da parte degli utenti dei servizi sopra citati, le modalità di compartecipazione sono disciplinate dai regolamenti comunali vigenti in materia.

Visto tutto quanto sopra si propone alla Giunta regionale:

1. di approvare il documento "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001" allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

2. di stabilire che - nelle more della approvazione di apposito atto di indirizzo regionale attuativo del D.lgs.109/98 e s.i.m. che uniforma i criteri per la determinazione del concorso alla spesa sociale da parte degli utenti dei servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari diretti ad anziani non autosufficienti; a soggetti adulti disabili; a soggetti adulti con problematiche psichiatriche; a soggetti adulti con problematiche correlate alla dipendenza; a soggetti affetti da patologie per infezioni da HIV - le modalità di concorso alla spesa sociale dei servizi da parte degli utenti sono disciplinate dai regolamenti comunali vigenti in materia;

3. di pubblicare integralmente sul Bollettino ufficiale della Regione il presente atto;
4. di stabilire che l'“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001” entrerà in vigore il giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino ufficiale secondo le modalità di attuazione previste nel medesimo.

Perugia,30.12.2004

L'Istruttore
(Adriana Lombardi)

**Atto di indirizzo e coordinamento
in materia di prestazioni socio-sanitarie
in attuazione del DPCM 14 febbraio 2001**

(PROPOSTA INTEGRATA

DAL TAVOLO TECNICO DEI COMUNI

- PERUGIA, TERNI, FOLIGNO,

SPOLETO, GUBBIO, MAGIONE, ACQUASPARTA)

INDICE

| | |
|---|-----------|
| IL QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO | 8 |
| L'integrazione socio-sanitaria a livello normativo..... | 9 |
| Gli strumenti regionali e locali della programmazione integrata..... | 10 |
| La concertazione tra soggetti istituzionali a livello territoriale..... | 11 |
| L'integrazione nel quadro scientifico-culturale..... | 12 |
| Definizione convenzionale degli interventi..... | 13 |
| Ambito di applicazione..... | 14 |
| Il modello organizzativo- gestionale..... | 14 |
| La partecipazione degli utenti alla spesa sociale..... | 15 |
| La formazione del personale..... | 16 |
| LE AREE DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA | 18 |
| INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIE E DONNA | 19 |
| <i>Il modello assistenziale</i> | 20 |
| Accesso alla rete e percorso assistenziale..... | 20 |
| <i>Tipologia degli interventi</i> | 22 |
| Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria..... | 22 |
| Interventi sanitari a rilevanza sociale..... | 23 |
| Interventi sociali a rilievo sanitario..... | 25 |
| <i>Prestazioni e criteri di finanziamento</i> | 26 |
| ANZIANI | 32 |
| <i>Il modello assistenziale</i> | 34 |
| Accesso alla rete e percorso assistenziale..... | 34 |
| <i>Tipologia degli Interventi</i> | 36 |
| Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria..... | 36 |
| Interventi sanitari a rilevanza sociale..... | 38 |
| <i>Prestazioni e criteri di finanziamento</i> | 40 |
| DISABILI | 42 |
| <i>Il modello assistenziale</i> | 42 |
| Accesso alla rete e percorso assistenziale..... | 42 |
| <i>Tipologia degli interventi</i> | 45 |
| Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria..... | 45 |
| Interventi sanitari a rilevanza sociale..... | 49 |
| Interventi sociali a rilevanza sanitaria..... | 49 |
| <i>Prestazioni e criteri di finanziamento</i> | 53 |
| SALUTE MENTALE | 54 |
| <i>Il modello assistenziale</i> | 55 |
| Accesso alla rete e percorso assistenziale..... | 55 |

| | |
|--|-----------|
| <i>Tipologia degli interventi</i> | 57 |
| Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria | 57 |
| Interventi sanitari a rilevanza sociale | 57 |
| Interventi sociali a rilevanza sanitaria | 62 |
| <i>Prestazioni e criteri di finanziamento</i> | 63 |
| DIPENDENZE | 65 |
| <i>Il modello assistenziale</i> | 66 |
| Accesso alla rete e percorso assistenziale | 66 |
| <i>Tipologia degli interventi</i> | 69 |
| Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione socio- sanitaria | 69 |
| Interventi sanitari a rilevanza sociale | 70 |
| Interventi sociali a rilevanza sanitaria | 72 |
| <i>Prestazioni e criteri di finanziamento</i> | 73 |
| PATOLOGIE DA INFEZIONE DA HIV | 74 |
| <i>Il modello assistenziale</i> | 75 |
| Accesso alla rete e percorso assistenziale | 75 |
| <i>Tipologia degli interventi</i> | 78 |
| Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria | 78 |
| Interventi sanitari a rilevanza sociale | 78 |
| Interventi sociali a rilevanza sanitaria | 81 |
| <i>Prestazioni e criteri di finanziamento</i> | 83 |
| DOCUMENTO CONCLUSIVO DEL TAVOLO TECNICO DEI COMUNI | 85 |

IL QUADRO GENERALE DI RIFERIMENTO

L'integrazione socio-sanitaria a livello normativo

Negli ultimi dieci anni si è sviluppata una consistente evoluzione normativa che ha fatto propri orientamenti culturali maturatisi, in particolare, nel settore sanitario e socio-assistenziale producendo significativi mutamenti sotto il profilo degli assetti istituzionali e organizzativo-gestionali.

Si tratta, in sequenza temporale, della rivisitazione della legge di riforma del servizio sanitario nazionale (D.lgs 229/1999) e del nuovo ordinamento degli EE.LL. (D.lgs 267/2000), i quali ridisegnano un ruolo per le Autonomie locali auspicando forme associative; della legge di riforma dell'assistenza (L.328/2000) che istituisce per la prima volta, analogamente a quanto avviene nel comparto sanitario, i livelli di prestazione essenziali da garantire su tutto il territorio nazionale; da ultimo, si tratta della modifica del Titolo V della Costituzione (L.C. 3/2001) che interviene nell'allocazione del potere conferendo, sulla base del principio di sussidiarietà già presente nei provvedimenti "Bassanini", la competenza amministrativa generale al Comune.

Questo complesso di provvedimenti, a sua volta, ha comportato uno sviluppo del quadro normativo regionale (LR 3/1997, LR 3/1998, LR 34/1998, LR 3/1999) e degli atti amministrativi fondamentali, quali il Piano sanitario regionale (DCR 647 del 1.3.1999), il Piano sociale regionale (DCR 759 del 20.12.1999), l'Atto d'indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa (DGR 248 del 6.3.2002).

Per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria si passa da due sistemi paralleli (sanità/sociale), con forme di coordinamento affidate ad interventi normativi regionali (DGR 1907/1986, DGR 3100/1993, DGR 7813/1995) ed allo strumento della delega, a due macro-settori, la sanità ed i servizi sociali come nuova articolazione del *welfare*, caratterizzati da autonomia sotto il profilo organizzativo, funzionale, professionale e finanziario.

In questo scenario l'integrazione si sposta dal livello del rapporto interistituzionale, fra Azienda USL e Comune, a livello della programmazione territoriale (Programma delle attività territoriali del Distretto e Piano di Zona) quale sede per definire, in modo condiviso e concertato, appropriati percorsi di benessere attraverso strategie di integrazione, da costruirsi attorno alla persona che diventa il soggetto dell'integrazione socio-sanitaria, nell'ambito di procedure di valutazione e di progettazione personalizzata, come previsto dall'art. 2 del DPR 14 febbraio 2001.

L'emanazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, nel riconfermare il valore strategico di forme di integrazione e coordinamento programmatico, progettuale ed operativo, istituzionalizza una corresponsabilizzazione fra i due sistemi sottraendo questa materia a forme di discrezionalità.

All'integrazione resta affidata la risposta di qualità in quelle aree che riguardano la disabilità, la tutela materno infantile, la salute degli anziani, la salute mentale e la dipendenza, dove sono coinvolti sia aspetti sanitari che sociali, sia perché fin dall'inizio tali aspetti risultano inseparabili, sia perché in alcune fasi dell'azione sanitaria si inseriscono problemi di natura sociale dalla cui soluzione dipende l'efficacia dell'intervento sanitario stesso.

Già il D.lgs 502/1992 (con le modifiche apportate dal D.lgs 229/1999) definisce le aree di integrazione sociosanitaria, demandando all'apposito Atto di indirizzo e coordinamento, la classificazione delle prestazioni socio-sanitarie e la formulazione dei criteri per la

ripartizione degli oneri tra Fondo sanitario e Fondo sociale. Inoltre, all'art. 3-*quater* individua nel Programma delle attività territoriali di ogni distretto, lo strumento per indirizzare i servizi e definire le risorse destinate all'integrazione socio-sanitaria.

Analogamente, la Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" prevede che gli ambiti territoriali, individuati dalla Regione come soglia ottimale per la programmazione della rete dei servizi sociali, coincidano di norma con i Distretti sanitari (art. 8, comma 3, lett. a); altresì favorisce l'esercizio associato delle funzioni sociali da parte dei Comuni ricadenti nell'ambito territoriale (D.lgs 31 marzo 1998, n. 112, art. 3 comma 2 e DGR 248 del 6.3.2002) e prevede che i Comuni associati, d'intesa con le Aziende sanitarie locali definiscano gli interventi sociali e socio-sanitari nella predisposizione dei Piani di zona (art.19, comma 1) Inoltre agli artt. 14, 15 e 16, per quanto riguarda i disabili, gli anziani non autosufficienti e il sostegno per le responsabilità familiari, viene affermata l'esigenza di definire, dal punto di vista operativo, progetti integrati tra sanità e assistenza.

Infine, il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 (DPR 3 maggio 2001) stabilisce che nel Piano di zona vengano individuate le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari nell'ambito del Distretto tramite accordi operativi con l'Azienda unità sanitaria locale, ai sensi dell'art. 3 *quater* del D. lgs 502/1992.

Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio- sanitaria il Piano sociale nazionale afferma la necessità di garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali del distretto (D.lgs 229/1999, art 3- *quater*) e dal Piano di zona (L.328/2000, art. 19).

Gli strumenti regionali e locali della programmazione integrata

La definizione dei rapporti tra sociale e sanitario si colloca in una cornice normativa di riferimento molto connotata dal valore dell'integrazione, pur in presenza di titolarità separate nell'esercizio delle funzioni e nelle competenze finanziarie tra sistema sanitario e sociale.

L'integrazione socio-sanitaria trova un suo efficace dispiegamento nell'ambito degli strumenti che disciplinano la programmazione regionale e locale nei settori sanitario e socio-assistenziale, rispettivamente: Piano sanitario regionale e Programma delle attività territoriali; Piano sociale regionale e Piano di zona.

Inoltre l'unitarietà del processo programmatico è assicurata dalle azioni regionali di recepimento del DPCM che rendono tra loro compatibili le scelte previste dagli atti di programmazione sopra menzionati.

A livello territoriale, così come previsto dal comma 3, art.3-*quater* del D.Lgs 502/1992 per quanto riguarda il distretto e dalla DGR n. 248 del 6.03.2002 per quanto attiene agli ambiti, dovrà essere approvato il Programma delle attività territoriali del distretto che, per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria, diventa parte integrante del Piano di Zona previa approvazione dei Comuni dell'Ambito.

La convergenza sulle scelte programmatiche si realizza mediante una pratica di concertazione/condivisione fra i soggetti interessati, Comuni e Azienda USL, che nelle aree d'intervento socio-sanitario sono chiamati a delineare strategie d'organizzazione delle risorse su obiettivi condivisi.

In questo quadro:

spetta alle Conferenze dei Sindaci, nell'ambito della formulazione degli indirizzi per l'impostazione programmatica delle Aziende sanitarie locali, fornire indicazioni per la promozione dell'integrazione tra le attività sanitarie e quelle dei servizi sociali dei Comuni sulla base di quanto indicato dagli atti d'indirizzo regionali in materia;

spetta alla Regione, con il concorso della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui all'art. 2, comma 2 bis, del D.lgs 502/1992 e successive modificazioni, svolgere attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto delle indicazioni del DPCM da parte delle Aziende USL e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamento a livello territoriale;

La concertazione tra soggetti istituzionali a livello territoriale

La Regione nel definire gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie, le modalità e i criteri dei progetti assistenziali personalizzati nell'ambito della programmazione territoriale, che può articolarsi su scala di "ambito territoriale/ distretto" e su scala di "sovra-ambito territoriale/ Azienda USL", si avvale del metodo della concertazione che coinvolge soggetti istituzionali e sociali:

1. a livello istituzionale, in attuazione dell'art. 4, comma 1, del DPCM 14 febbraio 2001 che prevede il coinvolgimento degli organismi consultivi contemplati nella legislazione regionale, la concertazione a scala di Ambito e di sovra-Ambito territoriale ha come soggetti protagonisti i Sindaci dei Comuni di riferimento (LR 2/2002) e, come sede, l'Assemblea/assemblee dei Sindaci del Distretto/i coinvolti (art. 18, LR 3/1998).

2. a livello tecnico professionale, per le aree indicate dal decreto, la concertazione è affidata alle Strutture tecniche dei due sistemi deputate alla programmazione territoriale (distretto/ufficio di piano sociale di zona) nonché ai tavoli di "coprogettazione", previsti dalla L. 328/2000, art. 1, comma 5, e dall'Atto d'indirizzo ai Comuni per la programmazione sociale di territorio condivisa di cui alla DGR 248/2002.

Sotto il profilo gestionale gli Enti locali e le Aziende USL dovranno adottare appositi accordi di programma per le aree di integrazione di cui all'art. 31 della LR 3/1997 e all'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001.

Per quanto attiene alla gestione delegata si fa riferimento a quanto indicato nel punto 8.2.2 del Piano sociale regionale, dove viene ribadito che "la gestione delegata trova la sua ragion d'essere in tutte quelle situazioni dove la natura dei problemi richiede un'elevata integrazione socio sanitaria e gli interventi sociali hanno piena efficacia solo se integrati con quelli sanitari nell'ambito di un progetto unitario" e che lo strumento della delega "per coniugare economie di scala e qualità sociale deve assumere i caratteri di una delega solidale, pluriennale ed omogenea".

A livello di organizzazione di Azienda USL l'integrazione è garantita:

a) dal punto di vista gestionale, dal Distretto quale ambito territoriale per la gestione e l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, prevedendo l'articolazione del servizio di assistenza sociale a livello territoriale;

b) dal punto di vista funzionale, dal Servizio di assistenza sociale, quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL, deputato al coordinamento tecnico, nello specifico deputato a:

- proporre alla Direzione aziendale azioni progettuali e indirizzi operativi per l'integrazione socio sanitaria;
- supportare la Direzione aziendale e i distretti per la stipula di convenzioni e/o accordi di programma e/o protocolli di intesa nel campo dell'integrazione socio-sanitaria;
- coordinare, sul piano tecnico, le attività relative alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, nonché alle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria eventualmente delegate dai Comuni, mediante la predisposizione di indirizzi operativi, standard di attività, criteri di valutazione e di interpretazione applicativa uniforme di norme nelle materie di competenza, in applicazione degli Atti di indirizzo e coordinamento emanati a livello regionale;
- programmare con lo staff e con le altre articolazioni aziendali, le attività finalizzate alla formazione e all'aggiornamento del personale sociale;
- collaborare con il Dipartimento salute mentale, il Dipartimento delle Dipendenze, il Dipartimento materno infantile per tutti gli aspetti collegati all'integrazione socio-sanitaria.

Al Servizio di Assistenza sociale è preposto un responsabile con la funzione di Coordinatore sociale in conformità a quanto previsto dall'art. 40, commi 1 e 4, della LR 3/1997 e all'art. 5, comma 3 lettera c), della LR 3/1998.

Con l'entrata in vigore del DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia prestazioni socio-sanitarie" vengono declinate le aree di integrazione come indicate nelle normative e negli atti di programmazione regionale, sanitaria e sociale. Il decreto, nel definire le prestazioni sociosanitarie, introduce alcuni elementi di innovazione tra cui i criteri dell'appropriatezza, della modulazione di intensità e della complessità dei fattori produttivi; riconferma dal punto di vista organizzativo, quanto già viene previsto e in parte realizzato nelle Aziende sanitarie della Regione con riferimento a: valutazione multidimensionale del bisogno, predisposizione dei piani individualizzati di assistenza, approccio progettuale.

L'integrazione nel quadro scientifico-culturale

Il concetto di stato di salute introdotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Le interconnessioni tra sociale e sanitario sono più facilmente leggibili nel quadro dell'elaborazione scientifico-culturale sul concetto di salute prodottasi a livello internazionale, fatta propria dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, che definisce la salute come una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale.

A partire da quest'approccio per *integrazione* si deve intendere una pratica unitaria che coinvolge ruoli, professionalità e competenze diverse, in luoghi e tempi comuni, per affrontare bisogni complessi con proprie metodologie e appropriati percorsi.

Con quest'atto vengono declinati forme, strumenti, luoghi e modalità di coordinamento fra area sociale e sanitaria, nonché le reciproche responsabilità istituzionali e finanziarie

LE AZIONI REGIONALI DI SEGUITO PRESENTATE
RECEPISCONO IL DPCM DEL 14 FEBBRAIO 2001.

Definizione convenzionale degli interventi

Nell'ambito delle legislazione vigente in materia sanitaria e sociale s'individuano tre macro aree di intervento:

- l'area socio-assistenziale disciplinata dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. La competenza istituzionale e finanziaria di tutti gli interventi in essa ricompresi fa capo ai Comuni e al fondo sociale dei Comuni;

- l'area sanitaria disciplinata dal D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421* e dal D.lgs 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*. La competenza istituzionale e finanziaria di tutti gli interventi in essa ricompresi fa capo alle Aziende USL e al Fondo Sanitario Regionale.

- l'area socio-sanitaria disciplinata dal DPCM 29 novembre 2001 recante *Definizione dei livelli essenziali di assistenza* e dal DPCM 14 febbraio 2001 recante *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*, a norma dell'art. 2, c. 1 lettera n) della L. 419/98.

L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

Pertanto, all'interno di quest'area sono ricompresi un complesso di interventi non scomponibili e definibili solo attraverso l'integrazione fra prestazioni sanitarie e sociali, dove le due componenti sono presenti in misura variabile in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale. Tali attività vengono svolte, di norma, in forma integrata e richiedono, ai fini dell'efficacia dell'intervento, personale e modalità propri sia dei servizi di assistenza sociale sia dei servizi sanitari.

La compresenza della componente sociale e sanitaria comporta una corresponsabilizzazione da parte dei due sistemi, sanitario e socio-assistenziale, e la compartecipazione alla spesa, da imputarsi rispettivamente al Fondo sanitario regionale e al Fondo sociale dei Comuni, in misura diversificata e proporzionale all'intensità della componente medesima.

Nell'ambito dell'area socio-sanitaria, l'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001 individua tre tipologie di prestazioni:

1. prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, che ricomprendono tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza.

Dette prestazioni ad elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende unità sanitarie locali e sono a carico del fondo sanitario.

Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti alle funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

2. **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** che ricomprendono le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale.

Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

3. **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** che ricomprendono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività sono di competenza dei comuni e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

Ambito di applicazione

Sulla base dei parametri forniti dal Decreto si individuano le aree di integrazione e gli interventi in esse ricompresi con la relativa attribuzione della competenza istituzionale e finanziaria.

Aree sociali di integrazione:

- infanzia, adolescenza, famiglie e donna;
- anziani;
- disabili;
- salute mentale;
- dipendenze;
- patologie per infezioni da HIV

Il modello organizzativo- gestionale

Mentre la rete dei servizi territoriali preposta a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-assistenziale (LEA e LIVEAS) è unica, l'area integrata costituita dal complesso dei servizi socio-sanitari configura un sistema a doppia entrata, con il centro di salute, da un capo, e l'Ufficio della cittadinanza, dall'altro capo, quali servizi territoriali di base e strutture operative dei rispettivi comparti amministrativi, Distretto/Azienda USL, Settore assistenza sociale/Comune, dove sono attivabili tutti i percorsi di accesso del cittadino alla rete dei servizi.

Il percorso assistenziale integrato, per i soggetti afferenti alle aree sociali del Decreto, si struttura

- a livello della **valutazione**, con l'attivazione di *nuclei di valutazione multiprofessionali e interorganizzativi* (UMV, UVG, ecc.) dove la componente sociale, laddove si configura la prospettiva di una progettualità integrata, è espressione funzionale del comparto amministrativo dei servizi sociali del Comune o dei Comuni associati a livello distrettuale/ambito territoriale. Il carattere multidimensionale della valutazione richiede anche un'attenzione al sapere sociale che si forma nella rete delle relazioni primarie;
 - a livello della **presa in carico**, prevedendo la *presa in carico congiunta, da parte del comparto sanitario e socio-assistenziale*, da definirsi con Protocolli fra Servizi che devono codificare:
 - a) il lavoro interorganizzativo, ovvero come servizi diversi di amministrazioni diverse (Azienda/USL – Comuni) possono svolgere, in modo unitario, compiti rispetto a problemi di comune competenza e con quale assunzione di responsabilità;
 - b) l'affidamento del coordinamento all'Amministrazione cui spetta la competenza istituzionale primaria;
 - c) l'individuazione del *referente di progetto*;
 - a livello della **progettazione** prevedendo la costruzione di *progetti integrati dimensionati* sulla persona e sui gruppi sociali, sulla base di un approccio unitario e globale, da realizzarsi con l'impiego di équipes territoriali, multidisciplinari, interprofessionali e interorganizzative.
- In quest'approccio la presa in carico non si configura come una fase a sé stante ma come componente trasversale alle fasi costitutive del processo assistenziale.

Le funzioni di valutazione e monitoraggio della rete dei servizi socio-sanitari dedicati ai diversi target di bisogno (area della tutela infanzia e adolescenza; anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale, dipendenze, patologie da infezione da HIV), sono anch'esse funzioni integrate espletate a livello di Distretto/Ambito Territoriale da appositi Nuclei di Valutazione.

La titolarità dei servizi integrati fa capo al soggetto pubblico.

La titolarità comporta la responsabilità del soggetto pubblico di definire gli standard di programmazione, gli standard di servizio, gli standard di costo del servizio, nonché la competenza autorizzativa e il finanziamento dei servizi e degli interventi secondo le modalità definite nel presente atto.

La competenza autorizzativa spetta, rispettivamente, all'Azienda USL per i servizi socio-sanitari ad elevata integrazione e per i servizi sanitari a rilevanza sociale; al Comune o ai Comuni associati per i servizi sociali a rilevanza sanitaria.

La gestione dei servizi e degli interventi integrati può essere pubblica, privata e del privato sociale.

La partecipazione degli utenti alla spesa sociale

Nell'ottica della responsabilizzazione e nel rispetto del vincolo di solidarietà sociale contemplato nell'art. 2 della Costituzione, la normativa nazionale prevede, accanto al dovere di intervento delle Istituzioni, l'obbligo della compartecipazione al costo dei servizi da parte di coloro che ne fruiscono o dei loro familiari.

Ai sensi del DPCM sono soggetti a compartecipazione da parte degli utenti i servizi socio-sanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari diretti a:

- anziani non autosufficienti;

- soggetti adulti disabili
- soggetti adulti con problematiche psichiatriche
- soggetti adulti con problematiche correlate alla dipendenza
- soggetti affetti da patologie per infezioni da HIV

Per tutte le tipologie di servizio/intervento previste nel presente atto, la compartecipazione alla spesa da parte dell'utente attiene alla quota di finanziamento posta a carico del Comune di residenza del medesimo, come indicato all'art. 6, comma 4, della Legge 328/2000, ovvero non è computabile sulla quota a carico del SSR in quanto riferita alla copertura di prestazioni sanitarie universalistiche soggette a regolamentazione di livello nazionale per le quali non sono contemplati ticket a carico degli utenti.

La compartecipazione alla spesa è definita sulla base della condizione economica, come determinata in applicazione del D.lgs 109/98 e successive modificazioni, della persona e/o della famiglia d'appartenenza, ricomprendendo in quest'ultima anche gli obbligati per legge, ai sensi dell'art. 433 del Cod. Civ.

Per favorire il mantenimento in famiglia e riconoscere un più significativo diritto soggettivo di tutela, la partecipazione alla spesa per i servizi domiciliari, nell'ambito di percorsi assistenziali integrati, diretti a persone anziane non autosufficienti e a persone con handicap grave, può essere commisurata al solo reddito dell'assistito.

Per i soggetti anziani e disabili che usufruiscono del servizio di Assistenza Domiciliare può essere prevista una compartecipazione per l'assistenza tutelare e l'aiuto domestico (escluso assegno di cura e attività sanitarie di cura della persona¹) da parte dell'utente o dei familiari in ragione del reddito disponibile che va ad alimentare il servizio stesso. In tal modo s'intende configurare un Servizio di assistenza domiciliare universalistico, esteso a tutti gli aventi diritto sulla base dello stato di salute e non sulla base della condizione di reddito.

La formazione del personale

La qualità dell'offerta dei servizi socio-sanitari è strettamente correlata alla qualità professionale degli operatori essendo costituita da un'elevata componente immateriale che sostanzia il lavoro di cura delle persone dipendenti. Per questo occorre portare particolare attenzione, oltre alle abilità tecniche, alle motivazioni e alle capacità relazionali del personale impiegato in questi servizi.

Per sviluppare questo profilo della qualità è opportuno coinvolgere tutti gli operatori attraverso un processo costante di formazione, ricerca, sperimentazione da realizzarsi con una programmazione mirata e curata dalle competenti Agenzie formative.

Considerata la natura sempre più assistenziale dei bisogni, anche a fronte della crescita esponenziale della popolazione anziana, è opportuno allargare l'azione formativa al contesto sociale per valorizzare quelle risorse informali in esso presenti che, se inserite nel processo di aiuto, lo rendono più sostenibile. In questo orizzonte tra gli obiettivi formativi deve essere assunto quello della definizione di un percorso standard rivolto alla

¹ per attività sanitarie di cura della persona si deve intendere:

- cura delle operazioni per l'igiene personale quotidiana;
- cura delle operazioni periodiche di pulizia completa della persona;
- assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilitazione, vestizione;
- prevenzione piaghe da decubito;
- attività per il mantenimento e la prevenzione delle residue capacità psico-fisiche;
- attività di stimolo per il mantenimento ed il recupero delle capacità relazionali e di comunicazione

figura dell' "assistente familiare", come previsto dalla D.G.R. n. 1244 del 10/10/2001, onde inserire questi operatori nel circuito assistenziale regolato dal pubblico per accrescere la qualità dell'assistenza nelle famiglie.

LE AREE DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

INFANZIA, ADOLESCENZA, FAMIGLIE E DONNA

L'elemento più significativo di innovazione culturale che ha una diretta ricaduta sul concetto e sulla pratica dell'integrazione nell'area infanzia, adolescenza, famiglie e donna, sta nel collegamento, sancito sotto il profilo normativo dalla Legge 328/2000, degli interventi sociali con quelli dell'istruzione, della formazione e del lavoro. Tale orientamento apre ad una nuova operatività sociale nella direzione di un possibile equilibrato sviluppo nella crescita delle persone in questa fascia d'età, anche mediante azioni di accompagnamento per quei soggetti esposti a criticità, in particolari fasi del ciclo di vita.

Per l'area famiglie e donna, l'esigenza dell'integrazione socio-sanitaria nasce dall'impossibilità di separare i contenuti di cura, dalla prevenzione, riabilitazione e recupero sociale in presenza di bisogni che investono aspetti fisici, psichici, relazionali e socio-ambientali, ai quali occorre corrispondere con un'offerta unitaria, sotto il profilo delle prestazioni sanitarie e sociali, che poggia sulla valutazione multidisciplinare del bisogno, sulla definizione di un piano di aiuto integrato e personalizzato, sulla verifica periodica dei risultati ottenuti.

Da questa premessa ne scaturisce l'individuazione delle "tipologie di servizio e prestazioni", sulla base:

- dei macro livelli individuati dall'art. 22, comma 4, della legge 328/2000 per i servizi e le prestazioni a carattere sociale

- del DPCM del 29.11.2001 per quanto attiene i servizi e le prestazioni a carattere sanitario e socio-sanitario ad elevata integrazione. Il decreto stabilisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) individuando le prestazioni sanitarie garantite a tutti i cittadini, quelle sanitarie con una forte rilevanza sociale strettamente connesse con gli interventi di assistenza sociale da garantire ai cittadini in condizione di bisogno, in particolare a minori, donne e famiglie.

Per l'area infanzia si specifica che dette prestazioni sono indirizzate a tutti i soggetti in età minore compresi quelli che presentano una disabilità fisica, psichica e sensoriale.

La ridefinizione delle competenze operata dalle nuove normative di settore potrebbe, tuttavia, comportare un rischio di disarticolazione dei livelli di integrazione ottenuti sinora nei servizi territoriali, con particolare riferimento all'assetto funzionale esistente nell'area consultoriale, derivante dal venir meno, sotto il profilo organizzativo, del personale socio-assistenziale degli Enti locali in tali ambiti operativi del SSR.

Si tratta perciò di attivare un processo controllato di riassegnazione delle funzioni al fine di garantire livelli di unitarietà dell'offerta. In particolare per alcune aree "critiche" di intervento dove più alto può risultare il rischio di sovrapposizione delle competenze a fronte di una forte esigenza di coordinamento delle attività e di integrazione progettuale, quali sono la mediazione familiare, l'adozione e l'affido, l'abuso, nonché interventi di sostegno alla genitorialità.

Di seguito vengono declinate le prestazioni finanziabili dal Bilancio sociale dei Comuni che richiedono l'apporto professionale di figure afferenti al comparto sanitario e le prestazioni finanziabili dal Fondo Sanitario Regionale, rese praticabili solo in un contesto integrato tra attività sanitarie e sociali.

Comunque, considerata la complessità dell'area in oggetto è opportuno che le Aziende USL e i Comuni adottino Protocolli operativi per tipologie di intervento nell'ambito dei quali definire, in modo flessibile, i rispettivi impegni.

IL MODELLO ASSISTENZIALE

Accesso alla rete e percorso assistenziale

I bisogni individuali della persona legati alle problematiche proprie di quest'area, nella generalità suscettibile di percorsi integrati, trovano la prima accoglienza nella rete territoriale dei servizi, ovvero, sul versante sanitario presso il centro di salute di residenza della persona e/o presso i servizi specialistici competenti (es. servizi igiene mentale o di riabilitazione); sul versante sociale presso l'Ufficio della cittadinanza. Dopo una prima decodificazione e valutazione del bisogno da parte degli operatori dei servizi interessati viene delineato il percorso assistenziale più appropriato, rinviando, se necessario, la valutazione di bisogni complessi agli appositi nuclei di valutazione e alle équipe multidisciplinari interprofessionali integrate (équipe riabilitazione infanzia, équipe abuso e maltrattamento minori, équipe infanzia CSM) la progettualità sociale più complessa.

| Percorso soggetto in età minore | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|--|--|--|
| Accoglienza e analisi di contesto | - Centro di Salute : équipe socio-sanitaria - Ufficio della cittadinanza: - équipe sociale territoriale | Accoglienza delle richieste pervenute dal diretto interessato o dalla famiglia in caso di minore o disabile soggetto a tutela. |
| Ricognizione sociale | Assistenti Sociali dei comuni Medico di Medicina Generale | Indagine sociale; acquisizione attraverso la famiglia delle notizie sanitarie anamnestiche; diagnosi medica |
| - Valutazione dei bisogni complessi - Attivazione delle équipe multidisciplinari interprofessionali integrate | <i>Team Multidisciplinari:</i> - UMV età evolutiva disabili - Equipe abuso e maltrattamento - UMV | Valutazione globale (ICF); Individuazione team di lavoro sul caso; Elaborazione progetto individualizzato; |

| Percorso soggetto in età minore | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - riabilitazione infanzia - UMV igiene mentale infanzia | |
| Attivazione della progettazione di percorsi terapeutici, riabilitativi, assistenziali, socio-riabilitativi ed educativi | équipe multidisciplinari interprofessionali integrate (Servizio sociale professionale dei comuni e servizi specialistici dell'Azienda USL) | Attivazione percorsi terapeutici e/o di inserimento; Definizione strategie d'intervento e Piano Assistenziale Personalizzato; Individuazione operatore sociale o sanitario referente del progetto; |
| Verifica | équipe multidisciplinari interprofessionali integrate e servizi coinvolti | Verifica degli interventi ed eventuale riformulazione del progetto. |

Affido e adozione – Accesso alla rete e percorso assistenziale

Si specificano le modalità di accesso alla rete e il percorso assistenziale nei procedimenti di affido e adozione in quanto curati non solo dai servizi territoriali di base ma anche da servizi dedicati quali l'Équipe multidisciplinare interprofessionale integrata interambito e il Tribunale per i minorenni

| Percorso famiglie e soggetti in età' minore | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|--|---|--|
| Accoglienza e analisi di contesto | <ul style="list-style-type: none"> - Équipe multidisciplinare e interprofessionale integrata interambito - Ufficio della cittadinanza: équipe sociale territoriale - Tribunale per i minorenni | Accoglienza e orientamento della domanda pervenuta dalla coppia direttamente interessata |

| Percorso famiglie e soggetti in eta' minore | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|---|--|---|
| Valutazione dei bisogni complessi e delle famiglie, preparazione, consulenza e sostegno ai procedimenti di affido/adozione nazionale e internazionale Attivazione dell'équipe multidisciplinare, interprofessionale, integrata | Équipe multidisciplinari interprofessionali integrate (Servizio sociale professionale dei comuni e servizi specialistici dell'Azienda USL) | Formazione/informazione e sensibilizzazione Consulenza Indagine psico-sociale Sostegno e orientamento Elaborazione progetto personalizzato Elaborazione progetto integrato Valutazione delle famiglie Attivazione reti |
| Verifica | Équipe multidisciplinare interprofessionale integrata interambito | Valutazione ex ante, in itinere e ex post |

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI

Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria
 (Fondo sanitario regionale)

Nell'ambito degli interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria, le prestazioni individuate sono a carico del Fondo sanitario regionale mentre l'integrazione con il comparto sociale si realizza sul terreno delle risorse tecnico-professionali ad esso afferenti per la definizione e la gestione dei progetti personalizzati integrati.

Essi ricomprendono:

- Interventi di informazione, educazione sanitaria e consulenza gestiti da professionalità sociali nell'ambito delle funzioni più complessive di tutela sanitaria della procreazione responsabile, gravidanza, maternità e della sessualità, con particolare riferimento alla fascia adolescenziale-giovanile, in integrazione con gli interventi assistenziali e socio-educativi degli Enti locali;
- Prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori, sulle famiglie adottive ed affidatarie, in integrazione con gli altri interventi di competenza in materia, propria degli Enti locali;
- Assistenza consultoriale e domiciliare con particolare riguardo al sostegno di gravidanze e maternità a rischio sanitario, ovvero a donne in condizioni di invalidità permanente o con gravi patologie connesse allo stato di gravidanza ed al puerperio, in condizioni di tossicodipendenza o affette da disturbi psichiatrici, in integrazione con le attività socio-assistenziali degli Enti locali;

- Piani di intervento di prevenzione del disagio attraverso la promozione di reti di intervento precoce ed assistenza, supporto psico-terapeutico per adolescenti in difficoltà, con situazioni di devianza, in integrazione con i servizi sociali degli Enti locali
- Inserimento di minori disabili in strutture socio-riabilitative diurne e residenziali con progetti integrati con gli Enti locali;
- Interventi socio-terapici o socio-riabilitativi rivolti a minori disabili o affetti da disturbi psichici nel contesto del più complessivo progetto terapeutico-riabilitativo o ergoterapico che necessitano di una stretta integrazione con i servizi territoriali degli Enti locali;
- Interventi di assistenza domiciliare integrata alternativa al ricovero, a sostegno della permanenza in famiglia di soggetti in età minore affetti da malattie croniche ed invalidanti, da AIDS o malattie oncologiche, anche attraverso azioni integrate con i servizi territoriali degli Enti locali

Interventi sanitari a rilevanza sociale

(Fondo sanitario regionale con compartecipazione del Fondo sociale dei Comuni)

Assistenza domiciliare socio-riabilitativa- educativa

Il servizio è rivolto a minori disabili gravi e si attiva all'interno del più complessivo progetto terapeutico riabilitativo diretto al recupero, al mantenimento o sviluppo di funzioni compromesse, o non ancora strutturate, sia allo sviluppo di autonomie funzionali e sociali, avvalendosi di progetti individuali programmati.

L'intervento ha l'obiettivo di evitare l'istituzionalizzazione, di garantire la crescita del minore all'interno del proprio contesto sociale, familiare e relazionale, mediante un servizio domiciliare a carattere socio-riabilitativo ed educativo che contempla piani assistenziali personalizzati, predisposti dall'UMV/Età evolutiva della Azienda USL, sulla base di una valutazione globale delle capacità, motorie, relazionali, cognitive e delle autonomie.

Il servizio di assistenza domiciliare socio-riabilitativa ed educativa è rivolto a minori disabili in situazione di gravità (DPCM 14 febbraio 2001; DPCM 29 novembre 2001- LEA), con riconoscimento di gravità a cura della commissione medica, ai sensi degli artt. 3 e 4 della L. 104/92.

L'intervento di assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa viene garantito a livello di Azienda USL da operatori qualificati, per l'assistenza ai minori con grave disabilità.

Le prestazioni concernono:

- cura della persona;
- sostegno nelle difficoltà di apprendimento scolastico, aiuto nell'utilizzo di ausili tecnologici e strumenti educativo-didattici;
- supporto alla famiglia nelle pratiche e strumenti educativi; supporto per le corrette norme igieniche;
- sostegno psicosociale e sollievo alla famiglia con grave carico assistenziale;
- interventi di osservazione, mediazione e tutela del minore con gravi difficoltà, all'interno dei contesti sociali, scolastici e socio-familiari;

- attività educative e di riabilitazione sociale che evitino la restrizione della partecipazione sociale: aiuto nella vita di relazione, nel mantenimento dei rapporti con i coetanei, nella partecipazione alle attività sportive, ricreative, culturali e di animazione;
- interventi volti all'acquisizione di nuove autonomie sia sul piano funzionale che relazionale;
- attuazione di tutti quegli interventi a carattere socio-riabilitativo ed educativo inseriti nel piano terapeutico riabilitativo predisposto dai servizi sanitari;
- organizzazione di attività creative e di sviluppo delle capacità comunicative, emozionali e di integrazione sociale.
- L'intervento di assistenza domiciliare socio-riabilitativa quale componente del Piano individualizzato viene coordinato dal referente del progetto come previsto nel modello organizzativo-gestionale dell'integrazione socio-sanitaria.

Servizi e strutture semiresidenziali e residenziali

I servizi semiresidenziali rivolti a minori disabili gravi non sono sostitutivi dell'integrazione scolastica che costituisce un diritto da garantire ad ogni soggetto minore.

Per quanto riguarda la residenzialità di minori disabili gravi viene riconfermata la valenza terapeutico-riabilitativa dell'inserimento nelle strutture educative comunitarie destinate a tutti i minori, prevedendo un piano educativo assistenziale personalizzato e integrato con appropriati interventi sanitari.

Per l'assistenza ai minori disabili gravi privi del sostegno familiare si fa riferimento alla rete dei servizi territoriali deputata, fra l'altro, a fronteggiare le situazioni di emergenza che si presentano.

Servizi di accoglienza diurna a carattere socio-riabilitativo ed educativo (L. 104/1992, art. 8 c.1 lett.l)

Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno

| | |
|-------------------------------------|--|
| Definizione | Servizio di accoglienza diurna a carattere socio-riabilitativo ed educativo con percorsi riabilitativi a termine, non sostitutivo dell'integrazione scolastica. |
| Destinatari | Minori disabili gravi in età scolare |
| Durata della presa in carico | A ciclo diurno in regime semiresidenziale (5/6 giorni a settimana) per periodi di tempo da definirsi a cura dell'UMV disabili età evolutiva. |
| Finalità | <ul style="list-style-type: none"> - Recupero, sviluppo o mantenimento sia di funzioni adattive perse o non ancora strutturate, sia di autonomie funzionali e sociali, con progetti individuali programmati a medio e lungo termine; - Offrire opportunità educative e di riabilitazione sociale che evitino la restrizione della partecipazione sociale |

| | |
|----------------------------------|---|
| | (desocializzazione); |
| Funzioni | <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione di inserimenti e dimissioni in base a criteri definiti dall'équipe multidisciplinare di riferimento; - Accoglienza giornaliera con articolazione oraria strutturata sull'intera settimana in base ad una programmazione formalizzata; - Attività di carattere alberghiero (pasti, trasporti, igiene della persona, ecc.); - Attuazione dei piani assistenziali personalizzati sulla base della valutazione delle capacità motorie, relazionali, cognitive e delle autonomie del minore disabile; - Promozione della vita relazionale e sviluppo di progetti socio- riabilitativi mirati; - Organizzazione di attività educative, creative e di sviluppo delle capacità comunicative, emozionali e di integrazione sociale; - Coinvolgimento costante della famiglia nell'attuazione del piano assistenziale e socio-riabilitativo e nella relativa verifica; - Attività di integrazione con la scuola, il contesto sociale di riferimento e con i servizi del territorio (Comuni, associazioni, ecc.). |
| Capacità di accoglienza | massimo 10 posti da organizzarsi in moduli flessibili non superiori alle 5 unità, sulla base delle esigenze connesse alle diverse disabilità e all'età dei soggetti. |
| Caratteristiche | <ul style="list-style-type: none"> - prestazioni integrate personalizzate; - spazio di vita quotidiano accogliente, aperto, collegato funzionalmente ed operativamente con il sistema dei servizi sanitari, socio-assistenziali e con gli altri servizi del territorio. |
| Organizzazione e gestione | <p>La competenza autorizzativa spetta al settore Sanità.</p> <p>Si prevede un responsabile della struttura di professionalità educativo-sociale con compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica.</p> <p>I requisiti organizzativi e di funzionamento (standard) sono da definirsi con apposito atto della Regione.</p> <p>.</p> |
| Fonte di finanziamento | Le prestazioni erogate dal Centro sono da imputarsi per il 70% al Fondo sanitario regionale e per il 30% al Fondo sociale dei Comuni. |

Interventi sociali a rilievo sanitario

(Fondo sociale dei Comuni con compartecipazione del Fondo sanitario regionale)

Nell'ambito degli interventi sociali a rilievo sanitario, le prestazioni individuate sono a carico del Fondo sociale dei Comuni mentre l'integrazione con il comparto sanitario si realizza sul terreno delle risorse tecnico-professionali ad esso afferenti per la definizione e la gestione dei progetti personalizzati integrati.

Essi ricomprendono:

- Azioni di sostegno alla genitorialità per difficoltà connesse allo svolgimento dei compiti genitoriali nell'ambito di progetti integrati con i servizi consultoriali;
- Attività di mediazione familiare e sociale, intesa quale offerta di supporto e consulenza a coppie di genitori in difficoltà collegate a decisioni di separazione in raccordo con i servizi consultoriali;
- Interventi di sostegno alla genitorialità attraverso azioni coordinate tra consultori familiari, servizi per l'infanzia, servizi sociali territoriali per progetti di sostegno sociale alla coppia ed alle scelte procreative, alla nascita e ai primi tempi di vita del bambino, allo sviluppo dell'identità personale e sociale nell'adolescenza;
- Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita, anche attraverso l'istituto dell'affido e dell'adozione in raccordo con le Aziende USL per quanto riguarda l'apporto professionale di figure specialistiche del comparto sanitario e per le relative prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori, sulle famiglie adottive ed affidatarie;
- Interventi per la prevenzione, la promozione sociale e la sensibilizzazione finalizzati a contrastare il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso nei confronti dei soggetti in età minore e delle donne, integrati con le prestazioni mediche, psicologiche e con gli interventi di educazione sanitaria, assistenza e recupero psico-terapeutico dei soggetti in età minore vittime di abusi;
- Interventi di valenza preventiva rivolti all'adolescenza ed alla condizione giovanile particolarmente centrati su aree territoriali a rischio, in collaborazione con i servizi delle Aziende USL. Interventi socio-educativo-assistenziali per adolescenti in difficoltà o in situazioni di devianza attraverso la promozione di reti solidali, anche ai fini della prevenzione dei rischi del disagio sociale, in integrazione con i progetti di intervento e con i servizi delle Aziende USL;
- Inserimenti in strutture comunitarie a carattere socio-educativo-assistenziale diurne o residenziali per adolescenti disabili fisici, psichici e sensoriali nell'ambito di azioni progettuali integrate con i servizi sanitari.

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

| Area/Tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|---|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|
|---|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|

| Area/Tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|--|--|--|--|
| affido-adozione | <p>Prestazioni proprie del servizio sociale professionale; supporto sociale ed economico alle famiglie; supporto educativo domiciliare e territoriale ai minori; valutazione sociale delle coppie; gestione della banca famiglie affidatarie;</p> <p>valutazione psicologica delle coppie; prestazioni medico specialistiche di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie a cura del personale specialistico (es. psicologi)</p> | <p>Legge 28 agosto 1997 n.285; DPR 13 giugno 2000; Legge 8 novembre 2000, n.328; Legge 28 marzo 2001, n.149.</p> <p>Norme nazionali in materia di diritto di famiglia, affidi ed adozioni nazionali ed internazionali (Legge 19 maggio 1975, n.151; Legge 4 maggio 1983, n.184; Legge 31 dicembre 1998, n.476)</p> | <p>100% a carico del fondo sociale dei Comuni</p> <p>100% a carico del Fondo sanitario regionale</p> |
| Mediazione familiare | Prestazioni sociali e prestazioni educative | Legge 285/1997 | 100% a carico del Fondo sociale dei Comuni |
| Consulenza familiare | Prestazioni di assistenza psicologica e sociale | Legge 29 luglio 1975, n. 405 | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| interventi di sostegno alla genitorialità per i minori e la famiglia | prestazioni di servizio sociale professionale e prestazioni educative | Legge 285/1997 | 100% a carico dei Comuni |

| Area/Tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|--|---|--|---|
| | prestazioni di assistenza psicologica e sociale | Legge 405/1975 | 100% a carico del Fondo Sanitario Regionale. Le prestazioni sociali e educative e le attività proprie del consultorio si integrano e si coordinano nell'ambito di una progettualità unitaria |
| abuso | <p>interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico</p> <p>attività di informazione, sensibilizzazione e formazione; assistenza domiciliare alle famiglie; assistenza in strutture residenziali per donne e minori vittime di maltrattamenti</p> | <p>Legge 15 febbraio 1996, n. 66 Legge 3 agosto 1998, n.269; D.M. 24 aprile 2000 P.O. Materno Infantile; Legge 5 aprile 2001, n.154.</p> | <p>100% a carico del Fondo sanitario regionale</p> <p>100% a carico del Fondo sociale dei Comuni</p> |
| Interventi socio-educativi assistenziali di prevenzione del disagio alternativi alla istituzionalizzazione e di contrasto alla violenza e alla povertà | <p>prestazioni di servizio sociale professionale e prestazioni educative</p> <p>prestazioni di assistenza psicologica e sociale.</p> | <p>Legge 19 luglio 1991, n.216 L 285/1997; Legge 3 agosto 1998,n. 269,</p> | <p>100% a carico del Fondo sociale dei Comuni</p> <p>100% a carico del Fondo Sanitario Regionale</p> |

| Area/Tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|---|--|---|--|
| | | | Le prestazioni sociali e educative e le attività dei servizi socio-sanitari dell'Azienda USL si integrano e si coordinano nell'ambito di una progettualità unitaria. |
| Inserimenti in strutture comunitarie a carattere socio-educativo-assistenziale, diurne o residenziali, di adolescenti disabili fisici, psichici, sensoriali nell'ambito di azioni progettuali integrate con i servizi sanitari. | | Legge 5 febbraio 1992, n. 104; DM 308/2001 | 60% a carico del Fondo sociale dei Comuni; 40% a carico del Fondo sanitario regionale. |
| inserimento dei minori disabili in strutture socio-riabilitative per disabili gravi (Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno) | prestazioni del servizio sociale professionale all'interno del nucleo di valutazione del Servizio riabilitativo infanzia | Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione | 70% a carico del Fondo sanitario regionale; 30% a carico del Fondo sociale dei Comuni. 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| Trasporto speciale e accompagnamento minori disabili | | L. 104/1992; DPR 24 luglio 1977, n. 616. Legge Regionale 16 dicembre 2002 n. 28 | 100% a carico del Fondo sociale dei Comuni. |

| Area/Tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|--|--|---|--|
| | trasporto collegato al ciclo riabilitativo nel caso di soggetto non trasportabile con i comuni mezzi per motivi derivanti dalla sua disabilità. | | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| servizio integrazione scolastica | <p>assistenza specialistica per l'integrazione dei soggetti disabili al fine di favorire i processi di autonomia e di comunicazione;</p> <p>prestazioni sociali dell'Unità Multidisciplinare dell'Azienda USL per la diagnosi funzionale e prestazioni sociali previste per la formulazione del piano educativo individualizzato (PEI)</p> | <p>DPR 616/77, art.42 Circolare 30 novembre 2001 Ministero dell'Istruzione Legge Regionale 16 dicembre 2002 n. 28</p> <p>DPR 24 febbraio 1994</p> | <p>100% a carico del Fondo sociale dei Comuni</p> <p>100% a carico del Fondo sanitario regionale</p> |
| informazione educazione sanitaria, consulenza nell'ambito delle funzioni di tutela sanitaria della procreazione responsabile, maternità e sessualità | | Legge 22 maggio 1978, n.194. | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| assistenza consultoriale, domiciliare a sostegno di gravidanze e maternità a rischio sanitario | prestazioni socio-sanitarie proprie del consultorio | Legge 405/1975 | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |

| Area/Tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|--|-----------------------------|--------------------------|--|
| interventi socio-educativi nell'ambito dell'assistenza domiciliare diretta a minori disabili gravi, alternativa al ricovero. | | Legge 104/1992 | 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni; 50% a carico del Fondo sanitario regionale. |

ANZIANI

La fattibilità dell'integrazione socio-sanitaria come "buona pratica" per il miglioramento dello stato di salute delle persone anziane 'fragili' (da intendersi, di norma, come quella ultrasessantacinquenne a rischio di perdita dell'autosufficienza), impone in quest'area di intervento la costruzione di un modello organizzativo integrato, prevedendo l'introduzione di nuovi strumenti e assetti gestionali.

I bisogni assistenziali della popolazione anziana, infatti, sono fondamentalmente condizionati dalla "fragilità" dei soggetti che necessitano, conseguentemente, di risposte non limitate nel tempo ed integrate tra di loro, garantendo adeguata continuità assistenziale tramite l'intervento di servizi diversi ma strettamente collegati (principio dei "servizi comunicanti").

Il percorso delineato in questa sede muove dall'esigenza primaria di rendere efficace il collegamento funzionale dei vari servizi e delle risorse presenti nei distretti e negli ospedali (medici di medicina generale, medici della continuità assistenziale, residenze sanitarie e protette, centri diurni, specialistica ambulatoriale, Dipartimento Igiene Mentale) con quelle dei Comuni, del volontariato e dell'associazionismo presenti sui territori.

Esso è costruito a partire dall'analisi della struttura socio demografica, dalla ricognizione dei servizi esistenti, dalla valutazione dei bisogni, in modo tale da poter procedere in un'ottica sistemica per il raggiungimento di un obiettivo generale comune dei servizi chiamati ad interagire che è quello del massimo recupero funzionale e del mantenimento o reinserimento della persona nel suo abituale contesto di vita.

In questo quadro, si evidenzia come le priorità di intervento emergenti dai caratteri dell'evoluzione demografica, orientino l'offerta verso quei servizi e presidi extra ospedalieri, a valenza socio-sanitaria, idonei a gestire la crescente domanda di lungo assistenza e di riabilitazione.

Gli scenari demografici

L'Umbria si colloca al secondo posto tra le regioni italiane a più alto tasso di invecchiamento (22%).

Le proiezioni demografiche evidenziano, inoltre, un trend di progressivo e più intenso incremento della fascia di età degli ultra settantacinquenni, sia in termini di incidenza percentuale che di valore assoluto con una prevalenza, nelle età più avanzate, del sesso femminile (oltre il 61% sul totale).

Sono dunque in aumento i più vecchi, quelli più a rischio di perdere l'autosufficienza, i più ammalati ed impegnativi da assistere.

Anche la famiglia è investita da profonde trasformazioni: su 320 mila famiglie umbre, il 22 % risulta essere composto da una persona prevalentemente anziana (fonte Istat). Tuttavia la famiglia resta in questa regione il luogo primario della cura che accoglie la maggior parte delle persone anziane e dei disabili. Per questo è necessario riorganizzare interventi e servizi nell'ottica di salvaguardare e valorizzare il sistema delle relazioni primarie, familiari e comunitarie, quale condizione per ridurre le pratiche di istituzionalizzazione degli anziani, nella consapevolezza che il loro benessere dipende anche dalle relazioni che riescono a mantenere con le persone adulte di riferimento

I bisogni assistenziali dell'anziano

I bisogni assistenziali della popolazione anziana sono fondamentalmente condizionati dalla 'fragilità' dei soggetti che necessitano di risposte integrate e di continuità

assistenziale che richiedono l'intervento di servizi diversi, strettamente collegati, secondo il principio dei "servizi comunicanti".

Lo stato di salute dell'anziano può essere considerato come la risultante del punto di equilibrio di quattro componenti, la malattia e lo stato funzionale; la condizione sociale e la condizione economica, che devono mantenersi in un range di valori il più vicino possibile a quello che precede l'evento disabilitante ai fini del mantenimento di un'adeguata qualità della vita.

Ne scaturisce l'esigenza di un sistema assistenziale continuativo (continuing care system) capace di offrire, in tempo reale, la risposta giusta all'esigenza del malato e del contesto sociale che lo accoglie. L'attenzione è rivolta alla persona malata e bisognosa di cure (patient management), e non esclusivamente alla malattia (disease management), nonché al suo ambiente di vita assumendo un approccio globale alle problematiche del soggetto all'interno del suo sistema di relazioni.

L'anziano fragile

Per l'anziano fragile', secondo la definizione assunta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, un modello organizzativo di interventi è efficace solo se tiene conto della molteplicità dei bisogni e della costante interconnessione tra problemi sanitari, funzionali, sociali, familiari, abitativi ed economici.

L'assistenza all'anziano fragile richiede, pertanto, la piena attivazione di tutte le strutture ed i servizi previsti nei diversi regimi assistenziali, affinché ognuno di essi risponda al particolare problema per cui è stato progettato e non debba assolvere a funzioni di supplenza per la mancata realizzazione di altri.

Lo stato dell'offerta

I servizi ed i presidi sanitari e socio sanitari aziendali umbri sono articolati su due livelli: territoriale ed ospedaliero.

In ogni Distretto è attivo il modello organizzativo dei servizi diretti alla popolazione anziana, comprensivo della funzione della Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) e del Medico di Medicina Generale che si colloca al centro del sistema della rete dei servizi, così articolata:

- cure domiciliari incentrate sulla responsabilità sanitaria del M.M.G. dell'assistito (A.D.I. e A.D.P.);
- assistenza domestico-domiciliare (servizio proprio del Comune talvolta delegato alla Azienda USL);
- strutture residenziali, pubbliche e private (congregazioni religiose o residenze a gestione privata "no profit" e "for profit");
- centri di accoglienza diurna;
- presidi ospedalieri che si stanno dedicando, nelle specifiche funzioni, a rispondere all'elevato numero di pazienti anziani acuti;
- prestazioni specialistiche ambulatoriali e domiciliari.

Questa complessità di bisogno può essere fronteggiata adeguatamente solo con l'attivazione di una rete integrata di servizi ed interventi (sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali) tale da garantire la continuità assistenziale all'anziano fragile, il supporto alla famiglia che si prende cura di quest'ultimo, l'integrazione delle azioni assistenziali in un'ottica progettuale in grado di corrispondere ai bisogni di aiuto (domestico, sociale, aiuto

diretto alla persona, infermieristico, riabilitativo, residenziale, semi residenziale, ospedaliero) e a sostenere il lavoro di cura della famiglia.

IL MODELLO ASSISTENZIALE

Accesso alla rete e percorso assistenziale

Il Distretto è l'ambito organizzativo dell'Azienda USL responsabile della regolazione dell'offerta dei servizi territoriali, (nella fattispecie ADI e servizi residenziali per anziani non autosufficienti), dell'inserimento/dimissione nelle strutture residenziali socio-sanitarie; nonché della messa a punto dei percorsi assistenziali per la long term care cui contribuisce anche regolando le interazioni tra medico di medicina generale, continuità assistenziale, e ammissione/dimissione negli ospedali di territorio, e altre aree di prestazioni. Il medico di medicina generale, anche nel quadro delle équipe territoriali e delle altre forme associative previste dalla vigente convenzione, ha la responsabilità della continuità assistenziale della persona.

L'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) è lo strumento del Distretto per la qualificazione della domanda, in quanto soggetto deputato alla valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali degli anziani. In essa sono presenti diverse competenze professionali (team multiprofessionale) idonee a realizzare l'integrazione tra i servizi sanitari e servizi sociali territoriali a livello di valutazione, progettazione, cura e assistenza dell'anziano non autosufficiente.

Il team multiprofessionale dell'UVG è costituito dal medico specialista in geriatria, dal medico di medicina generale, dal responsabile del Centro di salute di riferimento, dal responsabile infermieristico dell'ADI, dall'assistente sociale dell'Azienda USL, dall'assistente sociale referente del Settore assistenza sociale del Comune o dei Comuni associati su scala territoriale distrettuale (Ambito territoriale). A questo nucleo base di operatori si aggiungono altre figure a seconda delle specifiche condizioni clinico assistenziali. Vanno sperimentate, nel medio periodo, immissioni nel team di figure professionali a più spiccata competenza geriatrica nel campo infermieristico e socio-assistenziale.

Il team multiprofessionale dell'UVG viene attivato d'intesa fra medico di medicina generale e responsabile del Centro di salute ed opera sia a livello territoriale che ospedaliero.

Il team utilizza strumenti unitari su scala regionale, validati a livello nazionale ed internazionale, per la valutazione multi dimensionale del paziente anziano fragile e dei suoi bisogni (*comprehensive geriatric assessment*) in modo tale da poter fornire, nel rispetto delle responsabilità assistenziali, indicazioni sulla risposta assistenziale e sulle integrazioni più opportune in base alle necessità della persona, svolgendo una preziosa funzione di consulenza sia per il medico di medicina generale che per il case manager dell'ADI.

| Percorso soggetto anziano non autosufficiente | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|--|--|--|
| Accoglienza e analisi di contesto | Centro di Salute : équipe socio-sanitaria Ufficio della Cittadinanza: équipe sociale territoriale | Accoglienza delle richieste pervenute direttamente dalla persona interessata dalla famiglia o da altri servizi |
| Ricognizione sociale | Assistenti Sociali dell'Azienda USL Medico di Medicina Generale | Indagine sociale; acquisizione anche attraverso la famiglia o la rete parentale delle notizie sanitarie anamnestiche; diagnosi medica; |
| Valutazione multi dimensionale integrata dell' anziano fragile e dei suoi bisogni; | Unità di Valutazione Geriatrica | Da indicazioni sul percorso assistenziale più appropriato; da indicazioni sulla risposta assistenziale e sulle integrazioni da attivare in base alle necessità della persona; |
| Attivazione del percorso assistenziale | - Distretto: équipe socio-sanitaria; - Medico di medicina generale; - Ufficio della Cittadinanza:équipe sociale territoriale | Piano assistenziale personalizzato integrato; Individuazione dell'operatore sociale o sanitario referente del progetto assistenziale: cure domiciliari (ADI); inserimento in servizi semi-residenziali; inserimento in servizi semi-residenziali |
| Verifica | équipe multidisciplinari interprofessionali integrate e servizi coinvolti | Verifica dell' intervento ed eventuale riformulazione del progetto. |

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI

Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria

(Fondo sanitario regionale con compartecipazione del Fondo sociale dei Comuni)

La residenzialità: Residenza Sanitaria Assistenziale, Residenza Protetta, Centro diurno semi residenziale

In base alla valutazione del grado di non autosufficienza vengono distinte tre tipologie di servizio per anziani eterodipendenti: la Residenza Sanitaria Assistenziale e la Residenza Protetta, in regime di residenzialità; il Centro diurno, in regime di semiresidenzialità.

La Residenza Sanitaria Assistenziale

La Residenza Sanitaria Assistenziale, di norma attivata all'interno degli ospedali di territorio e, per la missione territoriale, degli ospedali di emergenza delle Aziende USL o nelle Aziende Ospedaliere su accordo con le Aziende USL competenti per territorio, prevede una degenza limitata (tre mesi) per una utenza costituita da pazienti portatori di patologie cronic-degenerative, non curabili al domicilio e bisognosi di assistenza continuativa

Si contempla l'introduzione di un sistema informatizzato per la valutazione e la pianificazione dei progetti assistenziali individuali.

La tipologia strutturale viene definita dalle direttive contenute nel DPCM 22 dicembre 1989, recante "Realizzazione di RSA per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali". In particolare deve essere garantita l'idoneità degli standard dimensionali, la fruibilità degli spazi, la sicurezza e la riservatezza. Vengono, inoltre, assunte come riferimento le indicazioni contenute nel Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".

La RSA è concepita a "degenza" limitata, con elevato turn over degli ospiti che fruiranno di servizi volti a consentire loro il recupero delle funzioni perse o il completamento di cicli terapeutici, per essere poi reinseriti nel proprio domicilio se pienamente ristabiliti o presi in carico, sempre al proprio domicilio, dai servizi territoriali o da strutture residenziali o semiresidenziali a minore intensità assistenziale.

Si articola per nuclei (con particolare riguardo all'istituzione di nuclei dedicati ai malati affetti da demenza di Alzheimer), in attuazione della normativa vigente e degli indirizzi regionali già adottati, ed offre un livello medio di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa accompagnato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera per soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio e portatori di patologie stabilizzate.

In via generale, si prevede la seguente utilizzazione dei posti residenziali RSA:

- circa il 5% da destinarsi a pazienti terminali fino a quando non sarà completato il progetto "hospice". In tali casi non vi sarà compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti;

- almeno il 90% da destinarsi a pazienti che dopo un evento acuto necessitano di un periodo di riabilitazione (paziente neurologico, cardiopatico, ortopedico, chirurgico, medico, ecc.) per una durata della degenza (di regola e previo parere della UVG) non superiore ai 60-90 giorni, non assistibili con prestazioni erogabili a domicilio per carenza del supporto informale o poiché debbono completare cicli terapeutici. In tali casi non è prevista la compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti;

Il personale medico impegnato nella R.S.A. è costituito da medici di medicina generale e dal medico specialista in geriatria che assume le funzioni di coordinatore sanitario della struttura e di consulente.

La Residenza Protetta.

La Residenza Protetta, come disciplinata dal Piano sanitario regionale 1999/2001, dalla DGR 391 del 27/03/2002 e dalla DGR 53 del 04/02/2004, ospita pazienti cronici stabilizzati. L'accesso ai posti residenziali viene regolamentato e governato dal Distretto mediante procedure trasparenti e controllabili in grado di consentire il massimo delle garanzie istituzionali a chi vive una condizione grave di malattia e disagio, ovvero mediante la costruzione di liste di attesa in ordine temporale, su scala aziendale. Nelle Residenze Protette la funzione di Direzione sanitaria viene, di norma, svolta da uno dei medici di medicina generale individuato, sulla scorta di quanto dettato dalla normativa vigente, tra quelli che hanno assistiti nella struttura. Il Direttore del distretto curerà l'attivazione, all'interno delle strutture RP, dei medici della continuità assistenziale, al fine di garantire la pronta disponibilità nelle giornate prefestive, festive e durante la notte.

Per gli anziani, ospiti di strutture residenziali operative sul territorio regionale al momento dell'adozione del presente Atto ma non autorizzate - in quanto non corrispondenti alle tipologie di servizio adottate dal Piano sanitario e non autocertificate ai sensi della DGR 29 agosto 2001 n. 1009 - che sono già in condizione di non autosufficienza ovvero che transiteranno nel tempo in tale condizione si dispone, di norma, il trasferimento in strutture autorizzate. Qualora non sia opportuno o possibile il trasferimento in strutture autorizzate, al fine di garantire il diritto alla cura della persona, si procederà all'adozione di contratti assistenziali individuali riferiti agli aventi diritto, stipulati a cura dell'Azienda USL di riferimento sulla base delle valutazioni dell'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.). Nel qual caso limitatamente alle rette per le persone non autosufficienti e non trasferibili, si applicano gli stessi criteri di riparto dei costi adottati per le Residenze Protette.

Il Centro Diurno

Nel Centro diurno ogni singolo medico è responsabile del proprio assistito durante il periodo di presa in carico. La configurazione dell'organico da adibire alle attività del Centro Diurno è definita dagli standard del PSR 1999-2001, precisando che l'addetto all'assistenza coincide con la figura dell'operatore socio-sanitario (OSS) e che le Aziende USL partecipano alla spesa tramite una quota garantita in termini di prestazioni assistenziali.

Per gli standard organizzativi, funzionali e di personale della residenzialità e semiresidenzialità socio-sanitaria si fa riferimento alle prescrizioni del PSR 1999/2001 e successivi Atti di Giunta Regionale (DGR 27 marzo 2002, n. 391; DGR 24 aprile 2002, n.481)

Assegno di cura

Si tratta di una misura che ha un duplice obiettivo di mantenere gli anziani non autosufficienti nel proprio contesto socio-familiare evitando/ritardando l'istituzionalizzazione e di sostenere e valorizzare il lavoro di cura delle famiglie che assistono in casa persone anziane non autosufficienti. L'intervento consiste in un sostegno economico destinato alla famiglia ad integrazione del piano personalizzato di assistenza attuato dai servizi territoriali. In tal senso l'intervento si inserisce pienamente nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata ed è al 100% a carico del Fondo sanitario regionale

Interventi sanitari a rilevanza sociale

(Fondo sanitario regionale con compartecipazione del Fondo sociale dei Comuni)

Le cure domiciliari: l'assistenza domiciliare integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, aiuto psico-sociale diretto alla persona e alla famiglia) erogate, all'interno di un progetto personalizzato di assistenza, all'anziano 'fragile' nel suo ordinario contesto di vita. Riguarda soggetti con bisogni complessi di natura socio-sanitaria, disabili o a rischio di perdita di autonomia, e mira a mantenere la persona nel proprio contesto di appartenenza, evitando ricoveri impropri ed istituzionalizzazioni non strettamente necessarie.

L'intervento a termine, può avere una durata variabile in base alle esigenze del singolo caso e comporta, secondo le condizioni di reddito, la compartecipazione economica del soggetto fruitore.

Per i soggetti presi in carico si prevede la fornitura diretta dei farmaci e dei presidi da parte della Farmacia aziendale.

L'attivazione del servizio è a cura del Distretto/centro di salute; la richiesta di attivazione è effettuata di norma dal Medico di Medicina Generale, che in quanto clinico del territorio è chiamato a svolgere un ruolo centrale nell'ADI. E' possibile anche una richiesta diretta di attivazione del servizio da parte di: utente, familiari, reparti ospedalieri dimettenti, servizi sociali.

In questo caso il Distretto/centro di salute cura l'immediato coinvolgimento del MMG per verificare congiuntamente la possibilità di attivazione del servizio, previa valutazione multidimensionale e predisposizione del piano assistenziale personalizzato da realizzarsi avvalendosi delle competenze del nucleo di valutazione di norma costituito da : responsabile del centro di salute con compiti di coordinamento, MMG, infermiere, assistente sociale, altre eventuali figure professionali ad integrazione (es. fisioterapista o medico specialista, di norma un geriatra, salvo i casi rivolti ad altre patologie e/o che richiedono più competenze specialistiche).

Nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, il Medico di Medicina generale viene indicato come responsabile clinico del caso e dell'attuazione del piano assistenziale personalizzato.

L'infermiere ha la responsabilità della gestione del caso a prevalente rilevanza sanitaria sulla base delle linee guida per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica che saranno emanate dalla Regione; l'assistente sociale è responsabile della gestione del caso a prevalente rilevanza sociale.

Per tutti i soggetti inseriti in ADI è predisposto il piano assistenziale personalizzato, per la presa in carico globale dei loro bisogni e per gli aspetti connessi alla diagnosi e cura, anche attraverso il ricorso a servizi e a strutture sanitarie diverse ma integrate all'interno del percorso. Il piano deve essere monitorato al fine di verificare l'efficacia degli interventi e l'adeguato utilizzo delle risorse.

Il medico responsabile del centro di salute è garante sul territorio dell'integrazione dei servizi settoriali e specialistici.

Compartecipazione dell'utente al costo dei servizi

La quota sociale giornaliera per l'ospitalità nei servizi residenziali e semiresidenziali (RP e Centro Diurno) è posta a carico, totalmente o parzialmente, dell'assistito, o dei familiari obbligati per legge, sulla base del reddito disponibile.

Gli ospiti che beneficiano dell'indennità di accompagnamento sono tenuti a corrispondere alla struttura residenziale (Residenza Protetta) l'intera quota di detto assegno quale contributo per la spesa alberghiera e sociale.

Nel caso in cui la quota non possa essere posta, totalmente o parzialmente, a carico dell'utente o dei familiari obbligati per legge, il Comune di residenza provvede ad integrarla fino alla completa copertura.

All'ospite in Residenza Protetta deve comunque essere conservata una disponibilità di reddito, computato ai sensi ISEE, non inferiore a Euro 200,00 mensili.

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

| | Area/tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteria di finanziamento |
|--------------------|---|--|---------------------------|--|
| Residenzialità | Residenza Sanitaria Assistenziale | a "degenza" limitata, con elevato turn over degli ospiti che fruiranno di servizi volti a consentire loro il recupero delle funzioni perse o il completamento di cicli terapeutici | DPCM 14 febbraio 2001 | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| | Residenza Protetta | Ospitalità a ciclo continuativo con prestazioni sanitarie, assistenziali e alberghiere | DPCM 14 febbraio 2001 | 50% a carico del Fondo sanitario regionale 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| Semiresidenzialità | Centro Diurno | Ospitalità a ciclo diurno con prestazioni sanitarie, assistenziali ed alberghiere. | D.P.C.M. 14 Febbraio 2001 | 50% a carico del Fondo sanitario regionale 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| Domiciliarità | Assistenza Domiciliare Integrata | Medicina generale e specialistica Assistenza infermieristica e riabilitativa | D.P.C.M. 14 Febbraio 2001 | 100 % a carico del Fondo sanitario regionale |

| | Area/tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|--|---|--|---------------------------|---|
| | | <p>Assistenza tutelare (aiuto alla persona e attività di cura della persona come specificate alla nota 1 in “Quadro generale di riferimento”, par. “La partecipazione degli utenti alla spesa sociale”)</p> <p>Aiuto domestico familiare</p> | | <p>50% a carico del Fondo sanitario regionale 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (fatta salva la compartecipazione dell’utente utente)</p> <p>100 % a carico del Fondo sociale dei Comuni (fatta salva la compartecipazione dell’utente)</p> |
| | Assegno di cura | Sostegno economico integrato con i servizi domiciliari | Piano sanitario regionale | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |

DISABILI

Il recupero della persona disabile alla sua piena attività e partecipazione sociale richiede una stretta integrazione tra l'intervento sanitario e quello sociale: fin dall'inizio dell'evento patologico l'intervento sociale si integra con quello sanitario in misura variabile, aumentando il suo peso con il procedere dell'intervento riabilitativo fino ad assumere un ruolo preminente nel momento dell'integrazione sociale. Per rendere fattibile un efficace percorso di cura della persona disabile occorre fornire elementi organizzativi che strutturino una rete di intervento, per garantire la continuità assistenziale, e di promozione alla partecipazione alle attività della vita quotidiana.

IL MODELLO ASSISTENZIALE

Accesso alla rete e percorso assistenziale

La persona disabile deve poter contare su in insieme di interventi che possano accompagnarla dall'insorgere della patologia invalidante alla riconquista dell'autonomia possibile. A tal fine sono necessari percorsi assistenziali integrati, all'interno dei quali individuare responsabilità istituzionali e finanziarie, identificando i livelli di azione nella rete:

- le porte di accesso
- i nodi decisionali
- i servizi e le strutture
- la metodologia di comunicazione

Le esigenze complesse di cura e riabilitazione della persona disabile vengono indirizzate ai servizi socio-sanitari territorialmente competenti, mentre le esigenze di tutela, sostegno, promozione e integrazione sociale hanno come riferimento la rete territoriale dei servizi socio-assistenziali di competenza dei Comuni. Le "porte di accesso" sono pertanto costituite

sul versante sanitario da:

- ❖ il centro di salute di residenza della persona disabile
- ❖ i servizi specialistici competenti per la specifica disabilità.
- ❖ sul versante sociale da:
 - ❖ l'Ufficio della cittadinanza che, in quanto rivolto alla generalità dei cittadini e delle problematiche, è luogo di osservazione, rilevazione e orientamento anche per le questioni della disabilità ed elemento di connessione con gli altri servizi del territorio.

I nodi decisionali della rete sono costituiti da servizi, strutture e modelli operativi che individuano le attività di supporto alla persona disabile, nonché le risorse (pubbliche, del privato sociale e private) da utilizzare secondo criteri di appropriatezza. Il progetto di intervento deve porre al centro i bisogni della persona disabile e del suo sistema di relazioni.

Il Centro di salute

Il Centro di salute costituisce il primo livello di intervento integrato per affrontare le problematiche della persona disabile, a cura dell'équipe socio-sanitaria territoriale che

valuta la necessità e la natura della presa in carico, di concerto con la persona disabile e la sua famiglia, ed organizza gli interventi attraverso la definizione di un progetto globale orientato ai seguenti principi:

- » la valutazione multidimensionale della situazione;
- » la condivisione del percorso assistenziale da attivare e degli obiettivi da perseguire;
- » l'identificazione dell'impegno sociale e sanitario e l'individuazione delle fasi di diversa intensità assistenziale (intensiva, estensiva, lunga assistenza);
- » la identificazione dell'operatore referente del progetto che nel corso dell'attuazione deve curare e garantire l'apporto integrato di tutte le componenti cointeressate.
- » L'équipe socio-sanitaria territoriale è :
- » titolare del progetto globale. In questo quadro ha il compito di attivare anche inserimenti e dimissioni nei servizi socio-sanitari semiresidenziali e residenziali, previa valutazione dell'Unità Multidisciplinare di Valutazione (UMV); di monitorare e valutare l'intervento.
- » soggetto di riferimento per la persona disabile e la sua famiglia;
- » garante della continuità assistenziale.

L' Unità Multidisciplinare di Valutazione (UMV)

Per quanto concerne la composizione, le funzioni e l'assegnazione alla stessa della valutazione dei disabili in regime di residenzialità e semiresidenzialità, si fa riferimento DGR 21/04/2004 n.441 "Ruolo, composizione, livelli di coordinamento e livelli di coordinamento delle UMV disabili per l'età adulta e per l'età evolutiva"

L'Ufficio della Cittadinanza

L'Ufficio della cittadinanza costituisce il primo livello organizzativo delle prestazioni essenziali di assistenza sociale (liveas), previste dall'art. 22 della legge 328/2000 e dal Piano sociale regionale, comprensivo del segretariato sociale e del servizio sociale professionale istituzionalmente afferente ai Comuni. Costituisce il servizio sociale di base dei Comuni con il quale viene articolata sul territorio la funzione sociale pubblica secondo il criterio universalistico, diretta alla generalità dei cittadini e alla generalità delle problematiche sociali, con particolare riferimento alle aree di maggiore fragilità sociale, disabilità compresa.

In esso opera una *équipe sociale multiprofessionale*, composta dalle figure dell'assistente sociale, dell'educatore e dell'operatore esperto in comunicazione.

Le funzioni dell'Ufficio della cittadinanza sono:

- decodificare la domanda e i processi sociali in atto nel territorio di riferimento
- organizzare risorse comunitarie;
- mettere in rete, orientare, accompagnare, fare mediazione;

- erogare le prestazioni socio-assistenziali proprie del servizio sociale di base (segretariato sociale, piani di aiuto alle persone e alle famiglie, azioni e progetti di territorio).

Per le sue caratteristiche e funzioni l'Ufficio della cittadinanza attiva sul territorio percorsi personalizzati di orientamento/accompagnamento/aiuto, per le persone disabili e le loro famiglie, in particolare orienta verso i servizi dedicati quali i Servizi Accompagnamento Lavoro (SAL); garantisce i collegamenti necessari con gli altri servizi della rete e l'integrazione con il Centro di salute.

Il SAL (Servizio Accompagnamento Lavoro)

Il servizio deputato ad attivare percorsi di accompagnamento per l'inserimento lavorativo delle fasce deboli, comprese le persone con disabilità che hanno bisogno di mediazione specialistica, è costituito dal SAL.

Ricompreso fra i livelli di prestazioni essenziali socio-assistenziali, si colloca entro l'area del welfare comunitario quale servizio specialistico, a scala territoriale di Ambito/distretto, che si raccorda con altri servizi territoriali (servizi provinciali per l'impiego, servizi socio-sanitari di base e specialistici, uffici della cittadinanza,) per integrare le diverse azioni progettuali ai fini del reinserimento sociale, attraverso l'implementazione di diversificati processi di accompagnamento al lavoro e l'attivazione di percorsi terapeutico-riabilitativi.

La mission del servizio è quella di accompagnare il soggetto nel percorso verso l'inserimento socio-lavorativo attraverso programmi personalizzati congrui con la storia, le risorse e le aspettative della persona in quel momento della sua vita.

Dal punto di vista organizzativo il SAL si avvale di una équipe multiprofessionale costituita da un Referente tecnico del servizio e da operatori della mediazione/accompagnamento al lavoro.

| Percorso soggetto disabile | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|---------------------------------------|---|--|
| Accoglienza e analisi di contesto | - Centro di Salute: équipe socio-sanitaria - Ufficio della Cittadinanza:équipe sociale territoriale | Accoglienza e lettura della domanda pervenuta dal diretto interessato o dalla famiglia in caso di minore o disabile soggetto a tutela. |
| Ricognizione sociale | Assistenti Sociali dell'Azienda USL Medico di Medicina Generale Medici Specialisti Fisioterapisti Logopedisti | Indagine sociale e Bilancio sociale individuale; acquisizione attraverso la famiglia delle notizie sanitarie anamnestiche; aggiornamento della diagnosi funzionale da parte del MMG e del Centro di Riabilitazione Territoriale. |
| Valutazione e | Team | Valutazione globale (ICF) |

| Percorso soggetto disabile | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|--|--|--|
| progettazione | interprofessionale, multidisciplinare, interorganizzativo | Individuazione Gruppo di Lavoro sul caso Elaborazione progetto individualizzato Elaborazione progetto integrato |
| - Valutazione dei bisogni complessi - Attivazione percorsi terapeutico-riabilitativi, assistenziali, educativi e di accompagnamento al lavoro. | UMV disabili Servizi territoriali sanitari e sociali Servizi educativi SAL | Attivazione percorsi terapeutici e di inserimento; Definizione strategie d'intervento Individuazione operatore sociale o sanitario referente del caso - inserimenti e/o dimissioni in strutture residenziali e semi- residenziali |
| Verifica | Team UMV disabili Servizi coinvolti | Verifiche degli interventi ed eventuale riformulazione del progetto. |

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI

Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria.

(Fondo sanitario regionale con compartecipazione del Fondo sociale dei comuni)

La residenzialità socio-riabilitativa ed educativa

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo (ex art. 26 legge 833/78) sono compresi nell'ambito della riabilitazione estensiva che prevede l'intervento sui soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali; erogano prestazioni a ciclo diurno e/o continuativo per il recupero funzionale e sociale. Intervengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate attraverso prestazioni residenziali a ciclo diurno o continuativo.

Essi si articolano nelle seguenti tipologie:

- Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno
- Centro socio-riabilitativo ed educativo residenziale

Centro socio-riabilitativo ed educativo diurno

(L. 104/1992, art. 8 c.1 lett.I)

| | |
|--------------------|---|
| Definizione | Servizio di accoglienza diurna a carattere socio-riabilitativo ed educativo con percorsi riabilitativi a termine; |
|--------------------|---|

| | |
|-------------------------------------|--|
| Destinatari | Disabili gravi in età giovane adulta che hanno assolto l'obbligo scolastico non inseribili nel mondo del lavoro. |
| Durata della presa in carico | A ciclo diurno (5 - 8 ore) in regime semiresidenziale per periodi di tempo da definirsi a cura dell'UMV disabili adulti. |
| Finalità | <ul style="list-style-type: none"> - Offrire un servizio riabilitativo ed educativo mirato al recupero, sviluppo o mantenimento sia di funzioni adattive perse o non ancora strutturate, sia di autonomie funzionali e sociali, con progetti individuali programmati a medio e lungo termine; - Offrire opportunità educative e di riabilitazione sociale che evitino la restrizione della partecipazione sociale (desocializzazione); - Elaborare piani assistenziali e socio-riabilitativi personalizzati in base ad una valutazione multidimensionale e multidisciplinare con attenzione alle funzioni e strutture corporee, menomazioni, attività/limitazioni dell'attività, partecipazione/restrizione della partecipazione; - Favorire il coinvolgimento della famiglia all'interno della programmazione del servizio e dei singoli progetti riabilitativi personalizzati; - Garantire sostegno e contenimento alla famiglia per alleviare l'impegnativo carico assistenziale |
| Funzioni | <ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza giornaliera, con articolazione oraria strutturata sull'intera settimana in base ad una programmazione formalizzata; - Attività di carattere alberghiero (pasti, trasporti, igiene della persona, ecc.); - Attuazione dei piani assistenziali personalizzati sulla base della valutazione delle capacità motorie, relazionali, cognitive e delle autonomie della persona disabile. - Promozione della vita relazionale e sviluppo di progetti socio-riabilitativi mirati; - Organizzazione di attività di riabilitazione occupazionale, funzionale, relazionale. - Organizzazione di attività educative, creative e di sviluppo delle capacità comunicative, emozionali e di integrazione sociale; - Sperimentazione e/o attivazione di percorsi di terapia occupazionale; - Processi motivazionali alla cura della persona (igiene, somministrazione farmaci) e dell'ambiente di vita quotidiana; - Coinvolgimento costante della famiglia nell'attuazione del piano assistenziale e socio-riabilitativo e nella relativa verifica; - Attività di integrazione con il contesto sociale di riferimento e con i servizi del territorio (associazioni, scuole ecc.); |
| Capacità di accoglienza | massimo 20 posti da organizzarsi in moduli flessibili non superiori alle 10 unità, sulla base delle esigenze connesse alle diverse disabilità. |

| | |
|----------------------------------|---|
| Caratteristiche | <ul style="list-style-type: none"> - Garantisce prestazioni integrate personalizzate; - Offre uno spazio di vita quotidiano accogliente, aperto, collegato funzionalmente ed operativamente con il sistema dei servizi sanitari, socio-assistenziali e con gli altri servizi del territorio. |
| Organizzazione e gestione | <ul style="list-style-type: none"> - È previsto un responsabile della struttura di professionalità non sanitaria con compiti di coordinamento e di supervisione metodologica e organizzativa - La competenza autorizzativa spetta al comparto Sanità. - I requisiti organizzativi e di funzionamento sono definiti con appositi standard da adottarsi con successivo Atto amministrativo. . |
| Fonte di finanziamento | Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate dal Centro sono da imputarsi per il 70% al Fondo sanitario regionale; per il 30% al Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente). |

Centro socio-riabilitativo ed educativo residenziale

(L. 104/1992, art. 8 c.1 lett.I e DPR 14/01/1997)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Definizione | Servizio di accoglienza residenziale a carattere socio-riabilitativo ed educativo con percorsi riabilitativi; |
| Destinatari | Disabili gravi in età giovane-adulta. |
| Durata della presa in carico | A ciclo continuativo in regime residenziale per periodi di tempo da definirsi a cura dell'UMV disabili adulti. |
| Finalità | <ul style="list-style-type: none"> - Offrire un servizio riabilitativo ed educativo mirato al recupero, sviluppo o mantenimento sia di funzioni adattive perdute o non ancora strutturate, sia di autonomie funzionali e sociali, con progetti individuali programmati a medio e lungo termine; - Offrire opportunità educative e di riabilitazione sociale che evitino la restrizione della partecipazione sociale (desocializzazione); - Elaborare piani assistenziali e socio-riabilitativi personalizzati in base ad una valutazione multidimensionale e multidisciplinare con attenzione alle: funzioni e strutture corporee, menomazioni, attività/limitazioni dell'attività, partecipazione/restrizione della partecipazione; - Favorire il coinvolgimento della famiglia all'interno della programmazione del servizio e dei singoli progetti riabilitativi personalizzati; - Garantire sostegno e contenimento alla famiglia per |

| | |
|----------------------------------|---|
| | alleviare l'impegnativo carico assistenziale |
| Funzioni | <ul style="list-style-type: none"> - Accoglienza residenziale con articolazione oraria strutturata sull'intera settimana in base ad una programmazione formalizzata. - Attività di carattere alberghiero (pasti, trasporti, igiene della persona, ecc.). - Attuazione dei piani assistenziali personalizzati sulla base della valutazione delle capacità motorie, relazionali, cognitive e delle autonomie della persona disabile. - Promozione della vita relazionale e sviluppo di progetti socio- riabilitativi mirati; - Organizzazione di attività di riabilitazione occupazionale, funzionale, relazionale. - Organizzazione di attività educative, creative e di sviluppo delle capacità comunicative, emozionali e di integrazione sociale; - Sperimentazione e/o attivazione di percorsi di terapia occupazionale; - Processi motivazionali alla cura della persona (igiene, somministrazione farmaci) e dell'ambiente di vita quotidiana; - Coinvolgimento costante della famiglia nell'attuazione del piano assistenziale e socio-riabilitativo e nella relativa verifica; - Attività di integrazione con il contesto sociale di riferimento e con i servizi del territorio (associazioni, scuole ecc.); |
| Capacità di accoglienza | massimo 60 posti per Servizio, organizzati in moduli flessibili non superiori alle 20 unità, sulla base delle esigenze connesse alle diverse disabilità |
| Caratteristiche | <ul style="list-style-type: none"> - Garantisce prestazioni integrate personalizzate - Offre uno spazio di vita quotidiano accogliente, aperto, collegato funzionalmente ed operativamente con il sistema dei servizi sanitari, socio-assistenziali e con gli altri servizi del territorio e con le realtà del volontariato. |
| Organizzazione e gestione | <p>La competenza autorizzativa spetta al comparto Sanità. I requisiti organizzativi e di funzionamento sono definiti con appositi standard da adottarsi con successivo Atto amministrativo.</p> <p>È previsto un responsabile della struttura di professionalità non sanitaria con compiti di coordinamento e di supervisione metodologica e organizzativa.</p> |
| Fonte di finanziamento | Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria erogate dal Centro sono da imputarsi per il 70% al Fondo sanitario regionale; per il 30% al Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente). |

Interventi sanitari a rilevanza sociale

(Fondo sanitario regionale con compartecipazione del Fondo sociale dei Comuni)

Assistenza domiciliare socio-riabilitativa

Con il termine domicilio si deve intendere il luogo dove la persona disabile in situazione di gravità, come definita dall'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 nonché accertata secondo le modalità di cui all'art.4 della Legge medesima, abita ivi compreso il gruppo appartamento .

In questo ambito possono essere individuate diverse tipologie di attività in relazione alla natura dell'intervento, alle caratteristiche della persona disabile e del progetto complessivo che lo riguarda:

a) assistenza domiciliare con finalità assistenziale: quando le attività domestico-domiciliari si integrano con le attività di cura della persona, la spesa relativa all'operatore addetto all'assistenza è posta a carico del Bilancio sanitario nella misura del 50%;

b) assistenza domiciliare con finalità socio-riabilitativa ed educativa: tali attività sono rivolte a persone con handicap o affette da disturbi psichici nell'ambito del più complessivo progetto terapeutico-riabilitativo o ergoterapico teso allo sviluppo delle capacità residue o al mantenimento dell'autonomia acquisita. La spesa dell'intervento è da imputarsi nella misura del 100% al Bilancio sanitario, nella fase post acuta; successivamente a questa fase, la spesa relativa all'operatore addetto all'assistenza è posta a carico del Bilancio sanitario nella misura del 50%.

Interventi sociali a rilevanza sanitaria

(Fondo sociale dei Comuni con compartecipazione del fondo sanitario regionale)

La scelta elettiva operata dalla programmazione regionale si orienta verso una micro-residenzialità valutata come soluzione che al meglio può coniugare qualità dell'intervento e dignità della persona nell'espletamento delle funzioni di cura e di riabilitazione globale.

Ne discende l'opzione di dotare la rete dei servizi essenziali per la disabilità di una residenzialità comunitaria che ne salvaguardi la caratteristica di contesto di tipo familiare favorendo, al contempo, la definizione di piani integrati individualizzati.

Per le nuove tipologie di servizio, di seguito descritte, i Comuni, nell'esercizio delle funzioni autorizzative di competenza, devono conformarsi agli standard di fabbisogno definiti nell'ambito della programmazione sociale regionale.

Servizi residenziali per soggetti privi dell'assistenza dei familiari

Famiglie-comunità per il "dopo di noi"

(Decreto 13 dicembre 2001, n.470, art. 6 Decreto 21 maggio2001, n.308, art.3)

| | |
|--------------------|---|
| Definizione | Servizio tutelare di residenzialità permanente per la cura di soggetti adulti con handicap grave privi del sostegno familiare |
|--------------------|---|

| | |
|----------------------------------|---|
| Destinatari | Persones con handicap grave (ai sensi dell'art. 3 comma 3 e art. 4 della Legge 104/92) prive dell'assistenza dei familiari |
| Finalità | Garantire la continuità assistenziale e la cura della persona con disabilità grave successiva alla perdita dei familiari che ad essi provvedevano. |
| Funzioni | Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni: - somministrazione dei pasti; - assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività della vita quotidiana; - attività di socializzazione e integrazione sociale assimilabili alle forme di assistenza resa al domicilio. |
| Capacità di accoglienza | massimo 6 posti compresi eventuali posti riservati all'emergenza. |
| Caratteristiche | La struttura deve avere dimensioni ridotte e comunque tali da assicurare l'inserimento e l'accoglienza in un contesto di tipo familiare e deve rispondere ai requisiti igienico-sanitari previsti dai regolamenti comunali per le case di abitazione. La struttura deve essere accessibile e visitabile, priva di ogni barriera che ostacoli la piena fruizione degli spazi o arrechi ostacolo alla mobilità. Essa deve prevedere inoltre: - camere da letto singole o doppie; - due servizi igienici di cui almeno uno ogni 4 ospiti attrezzato per la non autosufficienza (grave); - una linea telefonica a disposizione degli ospiti. La struttura deve essere ubicata in luoghi abitati, facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici, comunque tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti. Essa non può comunque avere requisiti inferiori a quelli previsti dalla normativa statale per le strutture residenziali destinate all'assistenza di soggetti con handicap grave. |
| Organizzazione e gestione | La competenza autorizzativa spetta al Comune ai sensi del Decreto del 21 maggio 2001, n.308, artt. 3 e 4. |
| Fonte di finanziamento | Le prestazioni erogate sono da imputarsi per il 60% a carico del Fondo sociale dei Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente) e per il 40% a carico del Fondo sanitario regionale. |

Comunità alloggio per soggetti disabili gravi (L. 104/92, art. 10)

| | |
|--------------------|--|
| Definizione | Servizio tutelare di residenzialità permanente per la cura di soggetti adulti con handicap grave |
|--------------------|--|

| | |
|----------------------------------|--|
| Destinatari | Persone adulte con handicap grave |
| Finalità | Garantire la continuità assistenziale e la cura della persona con handicap grave |
| Funzioni | Le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni: - somministrazione dei pasti; - assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività della vita quotidiana; - attività di socializzazione. - attività di collegamento funzionale ed operativo con il sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari e riabilitativi esistenti nel territorio e altri servizi del territorio. |
| Capacità di accoglienza | massimo 20 posti compresi eventuali posti riservati all'emergenza (L. 162/98, art. 1, lett. I bis), organizzati in moduli autonomi di max. 4 persone anche all'interno di un'unica struttura residenziale. |
| Caratteristiche | Più moduli autonomi all'interno di una stessa unità immobiliare che configurano una convivenza di tipo familiare dotata dei requisiti igienico-sanitari previsti dai regolamenti comunali per le case di abitazione. La struttura deve essere accessibile e visitabile, priva di ogni barriera che ostacoli la piena fruizione degli spazi o arrechi ostacolo alla mobilità. Essa deve prevedere inoltre camere da letto singole o doppie; - doppi servizi igienici ogni 4 ospiti, di cui uno attrezzato per la non autosufficienza grave) - una linea telefonica a disposizione degli ospiti. La struttura deve essere ubicata in luoghi abitati, facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici, comunque tale da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio e facilitare le visite agli ospiti. Essa non può comunque avere requisiti inferiori a quelli previsti dalla normativa statale per le strutture residenziali destinate all'assistenza di soggetti con handicap grave. |
| Organizzazione e gestione | La competenza autorizzativa spetta al Comune ai sensi del Decreto 21 maggio 2001, n. 308, artt. 3 e 4. |
| Fonte di finanziamento | Le prestazioni erogate sono da imputarsi per il 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente) e per il 50% a carico del Fondo sanitario regionale. |

Considerato che non si può parlare di mantenimento delle residue capacità psico-fisiche-relazionali della persona disabile grave senza una forma di intervento riabilitativo permanente, ascrivibile alle ordinarie attività sanitarie di cura della persona², si imputa il costo del servizio in misura paritaria al Fondo Sanitario Nazionale e al Fondo Sociale dei

² descritte in nota 1 al paragrafo "Partecipazione degli utenti alla spesa sociale"

Comuni in analogia all'intervento di assistenza domiciliare di tipo socio-riabilitativo-educativo.

Strutture convenzionate ex art.26 legge 833/1978

Per i soggetti attualmente ospiti negli istituti convenzionati di ricovero e di rieducazione funzionale ai sensi dell'ex art. 26 della legge 833/1978, si prevedono due tipologie di servizio residenziale:

- il "Centro socio-riabilitativo ed educativo residenziale" per il quale sono richiesti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi del DPR 14 gennaio 1997 destinato a soggetti adulti con disabilità fisica, psichica o sensoriale;
- la "Comunità-alloggio per soggetti disabili gravi" per la quale sono richiesti i requisiti del DM 308/2001 destinata ad ospitare i soggetti adulti con disabilità fisica, psichica o sensoriale grave che si trovano in fase di lungo assistenza (ricovero >2 anni).

Per ogni struttura verrà operata dalla Regione una verifica dei bisogni assistenziali dei soggetti ospitati e definito un percorso di accompagnamento per l'adeguamento allo standard previsto per questa tipologia di servizio, ai fini di un superamento graduale della situazione attuale verso un livello di congruenza sostenibile fra la qualità dei bisogni assistenziali e il profilo del servizio. Per le situazioni pregresse, ex art. 26, transitate nella fase di lungoassistenza, con spesa storicizzata a carico del Servizio Sanitario Nazionale per il 100%, non si prevedono oneri aggiuntivi a carico dei Comuni.

Per i nuovi inserimenti si prevede la possibilità di attivare un contratto assistenziale individualizzato sulla base della valutazione globale a cura degli organismi preposti (UMV).

La definizione delle procedure autorizzative soggette alla disciplina dell'art.8ter del decreto legislativo 502/92, come modificato dal Decreto legislativo 229/99, è subordinata alla verifica di cui sopra e alla conseguente valutazione dei bisogni e degli standard assistenziali.

Programmi di formazione e inserimento lavorativo

La formazione e l'inserimento lavorativo costituiscono parte integrante dei programmi riabilitativi individualizzati. Tale compito è affidato al Servizio Accompagnamento Lavoro (SAL). L'accesso al SAL avviene tramite la segnalazione da parte di servizi e risorse territoriali (nella fattispecie dal Centro di Salute Mentale, Centro di Salute, Servizi della riabilitazione, Uffici della cittadinanza, ecc).

L'integrazione con il comparto sanitario si realizza sul terreno della definizione e della gestione dei progetti personalizzati. La componente finanziaria a carico del Fondo Sanitario Regionale è costituita dalle figure professionali messe a disposizione dall'Azienda USL di riferimento e dagli oneri derivanti dall'attivazione delle Borse Terapeutico-Riabilitative dirette a soggetti disabili temporaneamente non occupabili, ma comunque bisognosi di una terapia occupazionale riabilitativa.

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

| Area/Tipologia intervento/servizio | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|---|--|--|---|
| Centro socio-riabilitativo semiresidenziale | Socio-riabilitativo | DPR 14/01/1997 e L.104/92 | 70% a carico del Fondo sanitario regionale. 30% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| Centro socio-riabilitativo residenziale | Socio-riabilitativo | DPR 14/01/1997 e L.104/92 | 70% a carico del Fondo sanitario regionale. 30% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| Comunità Alloggio | Educativo e socializzazione | L. 104/92 | 50% a carico del Fondo sanitario regionale 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| Famiglia/comunità "dopo di noi" | Educativo e socializzazione | L. 162/98 art. 1 lett. 1bis – . Decreto 308/01 art. 3 e 4 | 60% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) 40% a carico del Fondo sanitario regionale |
| Servizio Accompagnamento Lavoro | Inserimento ed accompagnamento al lavoro ed alla formazione prestazioni di riabilitazione psico-sociale e Borse Terapeutico-Riabilitative | Piano Sociale Regionale DPCM 29.11.2001 (LEA) | 100% a carico del Fondo sociale dei Comuni 100% a carico del Fondo Sanitario Regionale |

SALUTE MENTALE

Il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 (DPR 10 novembre 1999) pone tra gli interventi prioritari per i DSM quello di assicurare la “presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone malate o comunque portatrici di una domanda di intervento” da garantire attraverso “la formulazione di piani terapeutico-preventivi o piani terapeutico-riabilitativi personalizzati”.

La valutazione dei bisogni individuali è quindi una dimensione privilegiata per gli operatori dei servizi psichiatrici, sia in fase di impostazione del programma terapeutico, che in fase di valutazione dell'esito.

Altrettanto centrale risulta il concetto di “presa in carico” quale dimensione basilare per l'attività dei servizi psichiatrici territoriali, intesa come strategia di intervento complessiva che abbraccia i molteplici ambiti di vita del paziente, in relazione, appunto, ai suoi bisogni.

Nella DCR 10 gennaio 2000, n.767, recante “Atti di indirizzo programmatico generale previsti dal paragrafo 5.2 del PSR 1999/2001”, tra i processi organizzativi che garantiscono le integrazioni funzionali necessarie al conseguimento degli obiettivi di salute individuati si sottolinea, tra l'altro, la ridefinizione dei livelli di integrazione socio-sanitaria e delle azioni di de-psichiatrizzazione dei bisogni di pazienti psichiatrici.

In questa prospettiva assume rilevanza lo sviluppo di alcune direttrici dell'intervento sociale:

- la promozione di interventi di prevenzione primaria sul territorio;
- la realizzazione sul territorio di una residenzialità di tipo risocializzante per adulti, pazienti o ex pazienti psichiatrici attraverso la destinazione di quote di alloggi di edilizia residenziale pubblica (attribuzione di alloggi per soggetto fruitore di intervento socio-terapeutico) e per soggetti in età evolutiva che necessitino di accoglienza in strutture socio-assistenziali;
- l'implementazione di servizi di accompagnamento al lavoro, da perseguire attraverso appropriate misure di sostegno e il collocamento mirato.

Il Progetto Obiettivo individua gli obiettivi di salute e gli interventi prioritari dei Dipartimenti di Salute Mentale, quali organi di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio, oltreché i modelli organizzativi e gli standard di funzionamento dei servizi afferenti ai DSM stessi. Per la descrizione dei singoli servizi, delle loro attività e dei loro standard si rinvia pertanto a tale fonte normativa.

I bisogni assistenziali nei pazienti psichiatrici

Gli studi effettuati, anche se non sono per la maggior parte realizzati in Italia, vanno a confermare l'esperienza di molti nostri servizi territoriali.

I pazienti maggiormente studiati sono quelli affetti da disturbi psichici gravi che vivono nella comunità e frequentano strutture psichiatriche extra-ospedaliere.

Essi presentano un'ampia gamma di bisogni sia clinici che sociali.

Nel primo caso sono bisogni relativi agli aspetti sintomatici della psicopatologia, a comportamenti socialmente problematici, alla revisione costante e regolare della terapia psicofarmacologica e dei suoi effetti indesiderati.

Risulta che siano più facilmente soddisfatti i bisogni legati alla condizione psicopatologica che non alla gestione di lunga durata della terapia farmacologica.

Risultano, invece, molto spesso insoddisfatti i bisogni di tipo sociale collegati ai problemi della vita quotidiana (prendere decisioni, lavoro, attività domestiche, gestione del denaro).

Inoltre, negli studi a lungo termine su pazienti psicotici cronici, emerge che il profilo dei bisogni, anche dopo la stabilizzazione del quadro clinico, può andare incontro a

rimaneggiamenti, fatto che sottolinea l'importanza della periodica rivalutazione dei bisogni di cura durante tutto il periodo della presa in carico.

Studi realizzati in strutture di degenza evidenziano che, anche in questi ambiti, esistono bisogni sociali insoddisfatti, ancorché risultino soddisfatti quelli connessi con gli aspetti clinici. Ciò denota la rilevanza delle strategie di soddisfacimento di bisogni sociali anche in fasi acute e precoci del trattamento psichiatrico, proprio al fine di impedire la cronicizzazione.

In questo quadro, si può concludere che la stretta integrazione tra soggetti ed agenzie sanitarie e sociali, volta a consentire un'adeguata attenzione alle problematiche emergenti durante il ciclo di vita della persona e ad attivare strategie di supporto ai bisogni della vita quotidiana, sia indispensabile per favorire il sostegno dei pazienti nel recupero di quelle competenze utili alla vita sociale ed all'esercizio dei diritti di cittadinanza.

IL MODELLO ASSISTENZIALE

Accesso alla rete e percorso assistenziale

Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale costituisce l'organismo di coordinamento diretto a garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio.

Esso deve assicurare il raggiungimento di determinati obiettivi di salute; gli interventi prioritari; l'attuazione di specifici modelli organizzativi e standard di funzionamento per i servizi afferenti ai DSM stessi.

In questa sede preme sottolineare la molteplicità delle aree di intersezione tra bisogni sociali e sanitari dei pazienti psichiatrici, ambiti di attività in cui devono realizzarsi percorsi integrati di lettura e risposta a tali bisogni che prendono avvio nei servizi territoriali.

Il Centro di Salute Mentale

La persona inviata dal MMG, dal Pediatra di libera scelta (PLS) e dagli altri servizi sanitari e sociali, o tramite accesso diretto, si rivolge al Centro di Salute Mentale competente per territorio di appartenenza. E' in questa sede che vengono formulati i programmi terapeutico-riabilitativi individuali e vengono effettuate le valutazioni multidisciplinari necessarie.

E', altresì, in questa sede che vengono avviati i necessari interventi per garantire l'integrazione della attività sanitaria specialistica con gli interventi sociali appropriati.

Il CSM assicura l'accoglimento, la valutazione, l'orientamento della domanda e della relativa risposta, nell'arco delle 24 ore, compresi i giorni festivi, attraverso le attività programmate dal DSM, di concerto con le altre articolazioni sanitarie dell'Azienda USL.

Il CSM garantisce l'integrazione delle proprie attività con il complesso dei presidi socio-sanitari del territorio di riferimento. Assicura la coerenza delle risposte nel territorio con autonomia tecnico-operativa.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Realizza programmi di ricovero ospedaliero sia in forma programmata che in situazioni di urgenza, su richiesta dei CSM, per pazienti già in carico agli stessi servizi. Inoltre, realizza il primo contatto e la prima valutazione dei bisogni clinici e sociali per pazienti non ancora

conosciuti dai servizi territoriali, nell'ambito delle attività svolte dalla rete di emergenza e nell'ambito delle attività di consulenza a reparti ospedalieri. In questi casi, dopo avere realizzato le attività connesse con il proprio specifico operativo, assicura l'invio al CSM e l'attivazione dei servizi sociali e sanitari appropriati al caso e territorialmente competenti.

L'Ufficio della Cittadinanza

Le esigenze di reinserimento sociale e lavorativo trovano accoglienza nei servizi socio-assistenziali territoriali di competenza dei Comuni.

Sul versante sociale, il punto di accesso alla rete, in particolare per i familiari delle persone con problemi psichiatrici, è costituito dall'Ufficio della cittadinanza in quanto ambito deputato all'attivazione di percorsi di orientamento/accompagnamento, nella fattispecie, verso i servizi dedicati a programmi di accompagnamento per il reinserimento sociale e lavorativo (SAL), nonché per l'erogazione di prestazioni proprie del servizio sociale di base.

Il SAL (Servizio Accompagnamento al Lavoro)

Per la configurazione e le funzioni del servizio si fa riferimento a quanto descritto nell'area disabili.

| Percorso soggetto con problemi psichiatrici | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|---|--|--|
| Accoglienza e analisi di contesto | Centro di Salute Mentale: équipe multidisciplinare socio-sanitaria Servizio psichiatrico diagnosi e cura Ufficio della cittadinanza: équipe sociale territoriale Medico di Medicina Generale Pediatra di Libera Scelta | accoglienza della domanda pervenuta dalla persona direttamente interessata o dai famigliari |
| valutazione ed orientamento della domanda e della relativa risposta | medico psichiatra neuropsichiatra infantile psicologo assistenti sociali infermiere professionale di concerto con le altre articolazioni sanitarie dell'Azienda USL assistenti sociali Az. USL | diagnostica e terapeutica medica e psicologica in sede ambulatoriale e domiciliare (compresa l'emergenza) per tutte le fasce di età. |
| Attivazione programmi terapeutico-riabilitativo, socio-sanitari | équipe multiprofessionale socio-sanitaria | progetti terapeutico-riabilitativi nelle forme residenziali, semiresidenziali, ambulatoriale, domiciliari. |
| Attivazione programmi di | équipe multiprofessionale | Definizione strategia d'inter |

| Percorso soggetto con problemi psichiatrici | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|--|---|---|
| inserimento formativo e lavorativo. | socio-sanitaria, équipe multiprofessionale - SAL | Avvio ed attivazione programma integrato personalizzato |
| Verifica | équipe multidisciplinari integrate | Valutazione in itinere e finale ed eventuale riformulazione del programma integrato personalizzato. |

Punti di erogazione

Per i punti di erogazione del sistema dei servizi e delle strutture intermedie residenziali e semiresidenziali nell'area della salute mentale si fa rinvio alla DCR 7 luglio 1997, n.372.

La valutazione

La valutazione viene garantita dall'équipe multidisciplinare integrata presente nei punti di erogazione del servizio ed è finalizzata a:

- migliorare la definizione dei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie mentali gravi;
- verificare la qualità dei programmi socio - riabilitativi garantendo la ricognizione e l'aggiornamento dei dati riguardanti le attività relative;
- valutare gli esiti clinici e sociali delle attività ad integrazione sociosanitaria.

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI

Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria (Fondo sanitario)

In essi sono ricomprese tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica, riabilitativa e da intensità sanitaria. Sono prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di competenza delle Aziende USL e a completo carico del Fondo sanitario regionale. Sono classificabili in questo ambito le Comunità terapeutico- riabilitative (CTR) di tipo 1 e 2, le Unità di convivenza, i Centri di accoglienza diurni, l'assistenza domiciliare, ad esclusione della fase di lungoassistenza. La conclusione della fase estensiva ed il passaggio alla fase di lungoassistenza viene definita mediante apposito momento valutativo multiprofessionale sulla base dei piani di intervento individualizzati.

Interventi sanitari a rilevanza sociale (Fondo sanitario regionale con compartecipazione del Fondo sociale dei Comuni)

Attengono alla fase di lungoassistenza e ricomprendono le prestazioni sanitarie che, erogate contestualmente agli interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Dette prestazioni di competenza delle Aziende USL e a carico delle stesse, sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali. La competenza finanziaria è ripartita fra il Fondo sanitario regionale e il Fondo sociale dei Comuni con un concorso alla spesa, da parte di quest'ultimi, di una quota non inferiore al 30% e non superiore al 70%, in relazione alla diversa estensione della componente sociale nel progetto personalizzato integrato.

Servizi residenziali e semiresidenziali

Per quanto attiene alle strutture residenziali e semiresidenziali, come esse sono descritte e classificate nella DCR 7 luglio 1997, n.372, recante "Piano regionale di riorganizzazione dei servizi e delle attività di Tutela della Salute Mentale", l'applicazione del DPCM 14 febbraio 2001 riguarda, in prima istanza, le strutture nettamente riconducibili alla doppia dimensione della bassa intensità assistenziale e della lungoassistenza, quali i Gruppi appartamento; in seconda istanza, i programmi residenziali individuali nell'ambito di altre tipologie di strutture residenziali quando siano caratterizzati da lungoassistenza (ad esclusione delle Comunità terapeutico-riabilitative di tipo 2); i programmi di reinserimento sociale e lavorativo nella fase di lungoassistenza, ovvero le attività espletate in :

- comunità terapeutico-riabilitativa di tipo 1
- centri diurni,
- unità di convivenza,

A questo complesso di interventi si applicano i criteri di finanziamento previsti per l'accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale, nella fase di lungo assistenza, come appresso indicati.

Per le situazioni pregresse , transitate nella fase di lungoassistenza, nei servizi residenziali e semiresidenziali con spesa storicizzata a carico del Servizio Sanitario Nazionale per il 100%, non si . non si prevedono oneri aggiuntivi a carico dei Comuni

Gruppo appartamento

| | |
|-------------------------------------|--|
| Definizione | Struttura intermedia residenziale, componente della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti ai Dipartimento di Salute Mentale. |
| Destinatari | Soggetti con disturbi cronicizzati, ma con conservate, o recuperate, capacità di autogestione individuale. |
| Durata della presa in carico | Programmi di media, lunga durata. |
| Finalità e funzioni | La presenza di personale è finalizzata al sostegno delle persone in orari particolari della giornata, per il soddisfacimento di bisogni specifici, legati ai momenti di vita comunitaria nella |

| | |
|----------------------------------|---|
| prevalenti | residenza. La funzione/attività prevalente è di risocializzazione. |
| Capacità recettiva | Da 4 o 5 persone ad un massimo di 8. |
| Caratteristiche | Ogni struttura deve essere ubicata in zona preferibilmente urbanizzata, o comunque facilmente accessibile, collegata con i mezzi pubblici, onde evitare forme di isolamento e favorire l'inserimento nel tessuto sociale cittadino. |
| Organizzazione e gestione | Accoglie soggetti provenienti in via prioritaria dal CSM di competenza territoriale; struttura afferente al CSM di competenza territoriale. In essa possono operare con rapporto di convenzione operatori del privato sociale in stretta collaborazione con gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali appartenenti al DSM. La competenza autorizzativa spetta al comparto Sanità. |
| Orario di apertura | 24 ore al giorno, per 365 giorni all'anno. |
| Fonte di finanziamento | 50% a carico del Fondo Sanitario Regionale 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |

Comunità terapeutico-riabilitativa di tipo 1

| | |
|---------------------------------------|---|
| Definizione | Struttura residenziale territoriale, componente della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti ai Dipartimento di Salute Mentale |
| Destinatari | Soggetti con patologie mentali gravi, assenza di contesti personali utilizzabili, lunga storia di malattia, alta utilizzazione del SPDC, o di altre strutture di ricovero, basso livello di autonomia, scarse abilità relazionali ed operative. |
| Durata della presa in carico | A medio-lungo termine, sopra i 24 mesi. |
| Finalità e funzioni prevalenti | E' destinata a soggetti con patologia grave stabilizzata da tempo, che hanno bisogno di risposte terapeutiche a bisogni primari all'interno di progetti complessivi di cura e necessitano dell'assistenza per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. La presenza continuativa del personale nelle 24 ore, con rapporto operatore/utente meno elevato rispetto alle strutture di tipo 2, permette alle persone con tali problematiche psichiatriche di riapprendere, attraverso operazioni concrete, capacità semplici di uso di oggetti, di spazi e tempi individuali e di gruppo. In tali strutture si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività esterne alla residenza, in articolazione non solo con altre strutture dipartimentali, ma anche con altri soggetti istituzionali e sociali utili al processo di integrazione sociale |

| | |
|----------------------------------|--|
| | delle persone ospitate. |
| Capacità recettiva | Da 8 a 10 persone. |
| Caratteristiche | Ogni struttura deve essere ubicata in zona preferibilmente urbanizzata, o comunque facilmente accessibile, collegata con i mezzi pubblici, onde evitare forme di isolamento e favorire l'inserimento nel tessuto sociale cittadino. |
| Organizzazione e gestione | Struttura afferente direttamente al DSM. che accoglie soggetti provenienti da tutti i servizi del DSM. In essa possono operare con rapporto di convenzione operatori del privato sociale in stretta collaborazione con gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali appartenenti al DSM. La competenza autorizzativa spetta al comparto Sanità. |
| Orario di apertura | 24 ore al giorno per 365 giorni all'anno. |
| Fonte di finanziamento | Nella fase di lungoassistenza e bassa intensità assistenziale e per progetti individuali le prestazioni erogate sono da imputarsi per il 70% al Fondo Sanitario Regionale e per il 30% al Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |

Centro Diurno

| | |
|---------------------------------------|--|
| Definizione | Struttura Semiresidenziale territoriale, componente della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti al Dipartimento di Salute Mentale |
| Destinatari | <ul style="list-style-type: none"> - Soggetti adulti, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, con grave patologia psichiatrica (sindromi psicotiche, disturbi di personalità), con storia recente di malattia. -soggetti aventi le medesime caratteristiche, dal punto di vista psicopatologico, descritte sopra, ma di età più avanzata e con lunga storia di malattia; -soggetti che, indipendentemente dalle loro caratteristiche cliniche o di storia di malattia, possano giovare di specifiche attività, o programmi in vigore nei centri , compatibilmente con la recettività di questi ultimi. |
| Durata della presa in carico | Secondo programmi individualizzati a breve, medio e lungo termine. |
| Finalità e funzioni prevalenti | <ul style="list-style-type: none"> -Attività valutativo-diagnostica sia relativa agli aspetti psicopatologici, sia alle abilità sociali, relazionali, lavorative, del paziente, sia alle caratteristiche peculiari dei contesti di provenienza e delle loro risorse, in integrazione e coordinamento con l'attività valutativa svolta dal servizio inviante; -attività di progettazione e realizzazione di programmi riabilitativi personalizzati, coordinati con i programmi di terapia individuale sia di tipo psicofarmacologico che psicoterapico, svolti presso il servizio inviante; |

| | |
|----------------------------------|--|
| | <p>-attività di accoglienza alternativa a misure di ricovero ospedaliero, sia nel senso dell'evitamento di tale misura che nel senso della abbreviazione del periodo di ricovero, per pazienti in carico, in collaborazione con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura;</p> <p>-attività di accoglienza, in collaborazione con strutture residenziali, per la realizzazione di programmi specifici, a sostegno dell'inserimento delle persone nella struttura residenziale.</p> |
| Capacità recettiva | -da otto a dodici persone per tutto l'orario di apertura. |
| Caratteristiche | <p>Ogni struttura deve essere necessariamente ubicata in una zona già urbanizzata, di facile accesso, collegata con i mezzi pubblici, onde evitare forme di isolamento e favorire l'inserimento nel tessuto sociale cittadino.</p> <p>E' inoltre auspicabile, al fine di fornire privacy e forme di protezione per le attività interne degli utenti, che l'abitazione sia una struttura unica e comunque non situata all'interno di un condominio, con spazi verdi esterni e priva di barriere architettoniche.</p> |
| Organizzazione e gestione | <p>Accoglie soggetti provenienti da tutti i servizi del DSM.</p> <p>Opera in stretta connessione con le agenzie sociali, pubbliche, del privato sociale e del volontariato, attive nel settore della animazione culturale e ricreativa, della formazione professionale e del lavoro, sia per la realizzazione delle attività relative ai programmi per pazienti in carico, sia per l'inserimento in settori a loro idonei di pazienti dimessi dai programmi semiresidenziali. La competenza autorizzativa spetta al comparto Sanità.</p> |
| Orario di apertura | I Centri Diurni devono essere aperti per almeno otto ore al giorno, per almeno sei giorni a settimana. |
| Fonte di finanziamento | Nella fase di lungoassistenza e bassa intensità assistenziale e per progetti individuali le prestazioni erogate sono da imputarsi per il 60% al Fondo Sanitario Regionale e per il 40% al Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |

Unità di convivenza

| | |
|-------------------------------------|---|
| Definizione | Struttura intermedia residenziale, componente della rete delle strutture intermedie direttamente afferenti ai Dipartimento di Salute Mentale |
| Destinatari | <p>Soggetti con bisogno di assistenza non continuativa nelle 24 ore.</p> <p>Tali strutture, sono destinate sia a persone giovani con bisogni di sostegno emotivo in fasi particolari del trattamento individuale che a persone con più lunga storia di malattia, con bisogni prevalenti di risocializzazione.</p> |
| Durata della presa in carico | Secondo programmi di breve, media, lunga durata. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Finalità e funzioni prevalenti | La presenza del personale è finalizzata a sostenere l'utente, negli orari in cui si compiono atti quotidiani significativi per la gestione della giornata, come ad esempio i pasti principali, l'avvio quotidiano di attività esterne, sia lavorative che all'interno di strutture semiresidenziali dipartimentali, con le quali la residenza si articola funzionalmente, pur essendo la Unità di Convivenza sotto la responsabilità del Centro di Salute Mentale del territorio dove è collocata la struttura. L'ammissione e la dimissione dei pazienti avvengono in seguito a valutazione del CSM cui compete la responsabilità della struttura. |
| Capacità recettiva | Da 4 o 5 persone ad un massimo di 8. |
| Caratteristiche | Ogni struttura deve essere ubicata in zona preferibilmente urbanizzata, o comunque facilmente accessibile, collegata con i mezzi pubblici, onde evitare forme di isolamento e favorire l'inserimento nel tessuto sociale cittadino. |
| Organizzazione e gestione | Accoglie soggetti provenienti da tutti i servizi del DSM; struttura afferente al CSM di competenza territoriale. In essa possono operare con rapporto di convenzione operatori del privato sociale in stretta collaborazione con gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali appartenenti al DSM. La competenza autorizzativa spetta al comparto Sanità. |
| Orario di apertura | 24 ore al giorno, per 365 giorni all'anno. |
| Fonte di finanziamento | Nella fase di lungoassistenza e bassa intensità assistenziale e per progetti individuali le prestazioni erogate sono da imputarsi per il 60% al Fondo Sanitario Regionale e per il 40% al Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |

Interventi sociali a rilevanza sanitaria

(Fondo sociale dei Comuni con compartecipazione del Fondo sanitario regionale)

Programmi di formazione e inserimento lavorativo di supporto ai percorsi terapeutici

E' particolarmente rilevante, all'interno dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali improntati ad una logica di riabilitazione psicosociale e di garanzia dei diritti di cittadinanza per gli utenti dei servizi psichiatrici, la componente sociale dell'inserimento lavorativo che, nella fase di lungoassistenza e bassa intensità assistenziale, implica una corresponsabilizzazione gestionale e finanziaria del sistema sanitario e del sistema dei servizi sociali.

La realizzabilità di tali programmi di inserimento è strettamente collegata al potenziamento di risorse di servizio dedicate per effettuare questo tipo di intervento personalizzato, sulla base delle caratteristiche, del grado di istruzione, delle aspettative delle persone interessate.

Come per l'area delle dipendenze, l'integrazione con il comparto sanitario si realizza sul terreno delle risorse tecnico-professionali ad esso afferenti per la definizione e la gestione di progetti integrati finalizzati all'accompagnamento/inserimento lavorativo.

Il servizio della rete deputato a questa funzione è il SAL.

I destinatari dell'intervento SAL, nell'area Salute Mentale, sono individuati in:

- giovani e adulti con problemi psichiatrici, per i quali esiste un progetto di intervento o presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale.

Sussidi Terapeutici

Sono interventi diretti a soggetti psichiatrici temporaneamente non inseribili nel mondo del lavoro ma che necessitano ai fini della riabilitazione complessiva di terapie occupazionali continuative.

La componente finanziaria degli interventi sociali a rilievo sanitario in carico ai Comuni è costituita, oltretutto dalle risorse tecnico-professionali, dalla compartecipazione alla spesa per le Borse lavoro ed i sussidi terapeutici nell'ambito delle funzioni svolte dal SAL.

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

| Area/tipologia intervento/servizi | Prestazioni/funzioni | Fonte Legislativa | Criteri di Finanziamento |
|---|---|---------------------------|---|
| Prestazioni ambulatoriali Assistenza domiciliare Comunità Terapeutica Riabilitativa Tipo 1 e 2 Unità di convivenza Centri Diurni (esclusione fase lungoassistenza) | Trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| Gruppo appartamento | Sostegno ai bisogni specifici legati alla vita comunitaria e di risocializzazione | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione e utente) 50% a carico del Fondo sanitario regionale |
| Nella fase di lungoassistenza: - Comunità Terapeutico Riabilitativa Tipo 1 | Ospitalità a ciclo continuativo, con prestazioni sanitarie e assistenziali. | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 70% a carico del Fondo sanitario regionale 30% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione e utente); |

| Area/tipologia intervento/servizi | Prestazioni/funzioni | Fonte Legislativa | Criteri di Finanziamento |
|---|---|---------------------------|---|
| - Centro Diurno | Assistenza sanitaria a ciclo diurno, accoglienza, programmi riabilitativi personalizzati. | | 60% a carico del Fondo sanitario regionale 40% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione e utente); |
| - Unità di convivenza | Assistenza e accompagnamento per l'attività e gestione della giornata e risocializzazione | | 60% a carico del Fondo sanitario regionale 40% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione e utente) |
| Programmi di inserimento sociale e lavorativo | Sussidi Terapeutici/Borse lavoro | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni 50% a carico del Fondo Sanitario Regionale |

DIPENDENZE

Ambienti scientifici internazionali e nazionali concordano ormai nella lettura delle dipendenze quale complesso intreccio di fenomeni bio-psico-sociali che richiede un approccio diagnostico e terapeutico individuale multifattoriale, con inclusione delle tre componenti biologica, psicologica, sociale, secondo un percorso che disegna una sequenza di obiettivi da raggiungere commisurati alle risorse della persona.

Centrale è la qualità della rete sociale presente attorno alla persona che ne condiziona l'identità sociale, la fiducia ed il recupero dell'autostima. Pertanto, l'efficacia degli approcci terapeutici sono strettamente correlati ad una presa in carico globale.

Le normative vigenti affidano al sistema pubblico di assistenza il compito di offrire tutte le prestazioni secondo una strategia di aiuto incardinata sia sui trattamenti riabilitativi che sulla qualità della vita. Di conseguenza viene a delinarsi la necessità di sviluppare una rete integrata di servizi pubblici e del privato sociale nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria e dell'interdipendenza tra le politiche di sviluppo di un territorio (politiche sociali, culturali, del lavoro, della formazione, ecc.). In tal senso, l'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999 avvia percorsi di riqualificazione dell'offerta complessiva in direzione della promozione dei diritti di cittadinanza e della salute pubblica.

Sul versante sociale, tra gli interventi che compongono le prestazioni essenziali erogabili sotto forma di beni e servizi, vengono indicate le prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare il fenomeno delle dipendenze e favorire interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale. I Comuni hanno, quindi, compiti fondamentali nella promozione della salute e nell'attivare processi di reinserimento sociale e lavorativo, nonché più in generale nelle politiche di inclusione sociale, in quanto titolari e responsabili delle politiche di sviluppo di un territorio-comunità.

Il DPCM del 14 febbraio 2001 colloca l'area delle dipendenze nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria perché: "...caratterizzata dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'esito del percorso personalizzato di assistenza" e prevede la tutela delle persone dipendenti, da alcool e da droga, tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale. All'interno di queste prescrizioni pone totalmente in carico al SSN le prestazioni terapeutico-riabilitative e i trattamenti specialistici, compreso il periodo della disassuefazione in Comunità terapeutica, mentre pone totalmente in carico ai Comuni i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, allorché sia superata la fase di dipendenza.

Dalla normativa citata, discende un punto di criticità che consiste nell'attribuzione della competenza dei programmi di reinserimento sociale e lavorativo ai Comuni, solo se superata la fase di dipendenza.

Di fatto i vari aspetti attinenti alla difficile fase di reinserimento nel tessuto sociale e lavorativo delle persone con "uso problematico di sostanze" si configurano spesso come uno dei punti determinanti per l'efficacia di qualsiasi programma terapeutico e quindi rappresentano parte integrante, e non conclusiva, del percorso socio-riabilitativo. Per questo motivo le offerte socio-assistenziali e socio-sanitarie risultano indivisibili rispetto alla presa in carico complessiva della persona e all'impatto sui risultati dell'assistenza.

Di conseguenza, nel recepire il DPCM in oggetto, si reputa necessario ricollocare i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, curati dagli appositi servizi SAL dei Comuni, nell'ottica di una tappa terapeutica all'interno del progetto di recupero della

persona, prevedendo un'integrazione gestionale e di risorse tecnico-professionali fra il sistema dei servizi sociali e quello sanitario.

I bisogni assistenziali delle persone con problematiche da dipendenza

Da un'analisi qualitativa dei bisogni assistenziali connessi all'uso/abuso/dipendenza da sostanze emerge una prevalenza di bisogni di salute delle persone con "consumo problematico", ovvero con complesse problematiche di natura sanitaria, psicologica, sociale. Alle aree storiche si affiancano nicchie di estrema marginalità ed esclusione sociale sia tra la popolazione residente sia tra la popolazione immigrata che presenta notevoli difficoltà di accesso ai percorsi di tutela della salute. Inoltre, particolare attenzione richiedono le problematiche socio-relazionali della fascia cronica di utenza stabilmente in carico ai servizi, con età media che supera i 35 anni, con difficoltà ad accedere ai normali circuiti di inserimento sociale. Emergono, inoltre, nuove realtà problematiche caratterizzate dall'aumento dell'uso di cocaina che ha raggiunto fasce di consumatori ampie e diversificate nei circuiti della normalità, dall'aumento della diffusione di alcool spesso come sostanza di base nell'avvio di percorsi di poliassunzione; dalla sempre più riscontrata associazione di disturbi psichiatrici rilevanti accanto a problemi correlati all'abuso di sostanze illegali e legali; dall'uso ricreazionale, compulsivo e dalla poliassunzione di sostanze stupefacenti in adolescenti e giovani adulti.

L'analisi dei principali bisogni assistenziali orienta la definizione e la costruzione di percorsi assistenziali verso un'offerta terapeutica complessiva con prestazioni e risposte a "bassa soglia" che si affiancano, in modo complementare ed integrato, ai diversi ed articolati percorsi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.

Anche in quest'area un sistema integrato di assistenza si estrinseca in percorsi socio-sanitari di accompagnamento e cura. A tal fine vengono di seguito riformulate modalità organizzative che possano assicurare unitarietà nell'assunzione degli obiettivi, coordinamento delle risorse, integrazione nelle pratiche.

IL MODELLO ASSISTENZIALE

Accesso alla rete e percorso assistenziale

Nell'area del consumo problematico di sostanze, la motivazione al cambiamento non rappresenta elemento sufficiente per accedere alla rete integrata dei servizi socio-sanitari. Anzi buona parte dell'offerta della rete integrata consiste proprio nel far maturare il bisogno di avviare percorsi assistenziali. A titolo di esempio, il fatto che circa il 50% dei consumatori abituali di eroina, pur portatori di un bisogno, non sia inserito in un percorso assistenziale integrato, deve essere letto sia come deficit di motivazione ad esprimere una domanda di aiuto da parte del soggetto, sia come deficit dei singoli servizi o risorse territoriali di trasformare un semplice contatto in una occasione propedeutica ad una effettiva presa in carico aprendo alla prospettiva di un percorso di accompagnamento protetto. Questa situazione sollecita la costruzione di reti *orientate* (coordinamento degli attori rispetto agli interventi) e *strutturate* (con una porta di accesso individuata).

La rete di intervento si prefigge i seguenti obiettivi di salute:

- aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza e ridurre la durata d'uso delle sostanze prima del contatto.

- potenziare l'offerta di tutte le prestazioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative riconosciute valide al fine della tutela della salute delle persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti.
- ridurre i processi di esclusione sociale e di emarginazione delle persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti.
- garantire pari opportunità di trattamento e di continuità terapeutico-riabilitativa a tutte le persone con uso/abuso/dipendenza da sostanze legali e da sostanze illegali.

Le esigenze assistenziali dei soggetti con problematiche da dipendenza vengono orientate ai servizi e alle strutture socio-sanitarie e sociali territoriali.

Nel sistema dei servizi dedicati, si sottolinea il ruolo del Dipartimento per le Dipendenze da Sostanze d'Abuso quale livello organizzativo tecnico-funzionale aziendale deputato alla integrazione funzionale ed al coordinamento delle diverse unità operative e dei servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda/USL.

Nella declaratoria delle funzioni indicate per il DDSA dagli atti regionali (DGR n.1115 del 4 agosto 1999; DCR n.767 del 10 gennaio 2000), viene specificata anche la funzione di promozione ed adozione delle misure idonee ad una ottimale integrazione tra tutte le unità ad esso afferenti, pubbliche e del privato sociale; tra queste e le altre risorse aziendali; tra queste ed il versante socio-assistenziale.

Sul versante sanitario le porte di accesso sono costituite dal Ser.T, dai Servizi di alcologia, dalle Unità di strada

// Sert

Il Sert, quale unità operativa complessa istituzionalmente assegnata alle problematiche di salute correlate all'uso/abuso/dipendenza da sostanze, costituisce la porta d'accesso ai percorsi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi attraverso l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- accoglienza e valutazione psico-sociale e diagnostica multidisciplinare ;
- definizione del programma terapeutico-riabilitativo personalizzato con monitoraggio delle condizioni psico-fisiche-relazionali della persona al fine di eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico;
- follow-up sugli esiti del trattamento a tempi ed intervalli congrui con la storia ed il percorso soggettivo della persona.

Le funzioni descritte sono garantite dalla presenza di una équipe multidisciplinare garante della continuità della presa in carico e dell'offerta di trattamenti integrati multimodali.

// Servizio di alcologia

Il Servizio di alcologia rappresenta l'unità operativa afferente al Dipartimento per le Dipendenze dedicata alle problematiche di salute alcolcorrelate e, quindi, costituisce la porta d'accesso ai percorsi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi specifici. Ai Servizi di alcologia sono attribuite le medesime funzioni previste per il Sert.

L'Unità di strada

L'Unità di strada in qualità di servizio attivo nel territorio che ha il compito fondamentale di raggiungere, contattare ed instaurare relazioni significative con persone dipendenti anche per facilitarne l'ingresso nel circuito assistenziale, rappresenta una porta di accesso alla rete dei servizi.

Le esigenze di reinserimento sociale e lavorativo vengono orientate sulla rete territoriale dei servizi socio-assistenziali di competenza dei Comuni.

L'Ufficio della cittadinanza

Sul versante sociale, il punto di accesso per i soggetti con problematiche di dipendenza suscettibili di programmi integrati di reinserimento sociale, in particolare per i loro familiari, è costituito dall'Ufficio della cittadinanza in quanto servizio deputato alla progettazione di piani di aiuto alla persona e alla famiglia nonché di azioni di orientamento/accompagnamento verso altri servizi sociali e/o formativi del territorio e, nella fattispecie, verso i servizi dedicati alla predisposizione di programmi di reinserimento sociale e lavorativo di supporto ai percorsi terapeutici (SAL).

| Percorso soggetto dipendente | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|---|---|---|
| Accoglienza e analisi di contesto | <ul style="list-style-type: none"> - Ser.T: équipe socio sanitaria - Servizio di alcologia; - Unità di strada - Ufficio della cittadinanza: équipe sociale | <p>Accoglienza Primo contatto Aggancio "sommerso"</p> <p>Orientamento/accompagnamento</p> |
| <p>Ricognizione sociale: Ascolto Osservazione Primo orientamento Counselling</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Medici specialisti - Assistenti Sociali dell'Az.USL - Assistenti sociali ed educatori dei Comuni - Operatori socio-sanitari - Psicologi | <ul style="list-style-type: none"> - Analisi delle variabili clinico tossicologiche, psicologiche, psicopatologiche, socio-educativo-relazionali - Osservazione partecipata |
| Valutazione psico-sociale diagnostica- multidisciplinare accompagnamento | équipe socio-sanitaria | Individuazione trattamento integrato multimodale; progetto assistenziale personalizzato |
| Proposizione programma terapeutico-riabilitativo, socio-riabilitativo, socio-assistenziale; riduzione del danno; reinserimento sociale-lavorativo | <ul style="list-style-type: none"> - Ser.T, Servizio di alcologia - Équipe socio-sanitaria - Équipe sociale territoriale - Équipe multiprofessionale SAL - Unità di strada | Avvio ed attivazione programma integrato personalizzato |

| | | |
|----------------------|---|--|
| Monitoraggio | Équipe multidisciplinare integrata e interorganizzativa | Monitoraggio condizioni psico-fisiche-relazionali; Azioni di miglioramento del programma |
| Verifica e follow-up | Équipe multidisciplinari integrate e interorganizzative | Valutazione in itinere e finale programma integrato personalizzato |

Punti di erogazione

Per i punti di erogazione del sistema dei servizi e delle strutture nell'area delle dipendenze si fa rinvio alla DGR 29 luglio 2002, n. 1057.

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI

Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione socio- sanitaria (Fondo sanitario regionale)

Prestazioni terapeutico-riabilitative e trattamenti specialistici compreso il periodo di disassuefazione in Comunità terapeutiche.

Sono riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti alle funzioni psicofisiche e alla limitazione delle attività del soggetto nelle fasi estensive e di lungoassistenza Sono prestazioni erogate dalle Aziende USL a totale carico del Fondo Sanitario.

Trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico-riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale per tutto il periodo della disassuefazione (DPCM 29 novembre 2001)

Le suddette prestazioni sono erogate dai servizi e dalle strutture definiti con DGR 29 luglio 2002, n.1057, recante "Nuovo sistema di servizi nell'area delle dipendenze". Esso si configura come insieme di interventi e servizi, articolato ed aderente sia alla diversificazione dei bisogni dell'utenza, sia all'evoluzione degli approcci operativi attraverso l'offerta estesa di prestazioni che vanno dalla bassa all'alta soglia. Tutti i servizi e le strutture indicate sono totalmente a carico del Fondo Sanitario, ad esclusione della tipologia di servizio "Unità di strada".

Il sistema dei servizi nell'area delle dipendenze si articola come segue:

Area pedagogica-riabilitativa:

- Servizio pedagogico riabilitativo residenziale
- Servizio pedagogico-riabilitativo semiresidenziale

Area terapeutica-riabilitativa:

- Servizio terapeutico riabilitativo residenziale
- Servizio terapeutico riabilitativo semiresidenziale

Area specialistica residenziale:

- Servizio specialistico residenziale comorbilità psichiatrica
- Servizio specialistico per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori
- Servizio terapeutico riabilitativo per persone con problemi alcolcorrelati

Area intermedia a bassa soglia di accesso:

- Servizio intermedio residenziale a bassa soglia d'accesso
- Servizio intermedio semiresidenziale a bassa soglia d'accesso
- Unità di strada

Area di accoglienza:

Servizio di accoglienza diagnostica residenziale

Interventi sanitari a rilevanza sociale

(Fondo sanitario regionale con compartecipazione del fondo sociale dei Comuni)

Le Unità di strada

Le Unità di strada, ricomprese nell'area intermedia a bassa soglia, costituiscono lo strumento operativo integrato per la riduzione del danno che si diversifica dalla tipologia dell'intervento specificamente socio-educativo territoriale proprio dei Comuni. Le finalità, i destinatari e le funzioni delle Unità di strada sono recepiti dalle "Linee guida sulla riduzione del danno" del Ministero della Sanità- Ufficio Dipendenze da farmaci e sostanze d'abuso. La competenza finanziaria è ripartita fra il Fondo Sanitario regionale e il Fondo Sociale dei Comuni in quote paritarie stante la tipologia del servizio come già definito nella DGR 29 luglio 2002, n.1057.

Unità di strada – Area intermedia a bassa soglia

| | |
|-------------------------------------|---|
| Definizione | L'Unità di strada si caratterizza come unità mobile che offre prestazioni e servizi atti a ridurre i danni ed i rischi individuali e collettivi che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e di disagio ad esse correlate procurano in campo sociale e sanitario. |
| Destinatari | Utenti italiani e stranieri in fase attiva di assunzione, e/o ad altri gruppi di popolazione, non afferenti ai servizi socio-sanitari. |
| Durata della Presa in Carico | Da definirsi sulla base dei programmi individuali. |
| Finalità | L'Unità di strada ha come obiettivo centrale di raggiungere contattare ed instaurare "relazioni significative" con tossicodipendenti attivi o altri gruppi di popolazione non afferenti ai servizi socio-sanitari per offrire loro informazioni e strumenti a tutela della salute, per indurre la modifica dei comportamenti a rischio e per facilitare l'accesso ai servizi. |
| Funzioni | L'Unità di strada deve garantire i seguenti servizi e prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> - identificare e stabilire relazioni significative con gruppi di popolazione che non accedono ai servizi socio-sanitari; - informare sui danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti e sui rischi di abuso correlati all'uso di droghe legali ed illegali e/o conseguenti alle condizioni di marginalità e di disagio psico-sociale correlate all'uso di sostanze stupefacenti; - counselling individuale finalizzato al rilevamento della storia della persona, dei suoi bisogni ed alla individuazione, se necessario, di possibili percorsi di cambiamento; accompagnamento, ove richiesto; - offrire presidi sanitari, ivi compresi le siringhe sterili, l'acqua distillata, |

| | |
|---|--|
| | <p>i profilattici, il narcan, i materiali informativi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizzare interventi tempestivi in caso di overdose; - informare ed orientare sull'accesso alle risorse sanitarie e sociali del territorio; - promuovere esperienze di aggregazione e di autogestione nei gruppi o tra i gruppi contattati; - stimolare offerte diversificate e differenziate a "bassa soglia" in risposta alle domande espresse dai soggetti che accedono ai servizi; <p>L'Unità di strada assolve al ruolo di "osservatorio permanente sulla strada" per la mappatura del territorio, per la raccolta e analisi delle domande e dei bisogni della popolazione target, per monitorare i cambiamenti degli stili di consumo e delle dinamiche del mercato</p> |
| Caratteristiche e requisiti funzionali | <p>L'Unità di strada ha una soglia d'accesso bassa. Questo profilo del servizio presuppone la rinuncia a porre soglie di ingresso e di accesso ai servizi offerti, tanto dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, ecc.), quanto dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, motivazione al contatto, ecc.)</p> |
| Organizzazione e gestione | <p>Se necessario (rispetto alle caratteristiche del territorio di intervento) l'Unità di strada si dota di un camper attrezzato con spazi per colloqui informativi ed attività di counselling, per distribuire beni di prima necessità, per fornire materiale sanitario (siringhe sterili, preservativi, pronto intervento overdose, ecc.). L'Unità di strada si caratterizza come unità mobile costituita da équipe multidisciplinare di operatori di strada con specifica formazione nel campo della riduzione del danno e composta da operatori sociali e sanitari di diversa provenienza: Ser.T, privato sociale, opinion leader (ex tossicodipendenti, utenti Ser.T, consumatori attivi; ecc.). Per la formazione degli operatori si fa riferimento al percorso formativo realizzato in ambito regionale dal Centro Sperimentale di Educazione Sanitaria interuniversitario e ad altri Corsi simili per durata, obiettivi, contenuti, metodologia, strumenti di verifica.</p> <p>L'Unità di strada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è autorizzata al funzionamento dal comparto Sanità; - per ogni attività prevista e proposta è previsto il consenso libero ed informato; - garantisce il rispetto della legge sulla privacy n.675/1996; - interfaccia il sistema dei servizi e delle risorse sanitarie e sociali del territorio attraverso la definizione comune di protocolli d'intesa o accordi atti ad ottimizzare i rapporti con gli stessi (Ser.T, GOAT, Servizi sociali dei Comuni, 118, reparti ospedalieri, forze dell'ordine, ecc.). La molteplicità delle partnership risponde ad uno dei caratteri specifici delle Unità di strada quali intervento di comunità. Sono previste riunioni periodiche con i servizi coinvolti. <p>Nello specifico i protocolli d'intesa con i Ser.T dovrebbero assicurare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - una modalità rapida di presa in carico per i nuovi contatti; - un sistema rapido di prescrizioni di terapie farmacologiche; - un sistema di risposta a situazioni di particolare emergenza sanitaria |

| | |
|-------------------------------|---|
| | e sociale; - un sistema di ri-aggancio rapido e offerte differenziate per chi è in fase di ricaduta; - il monitoraggio quotidiano sia quantitativo sia qualitativo dei contatti e prestazioni offerte; - una documentata attività di miglioramento della qualità del servizio; - la supervisione da parte dell'équipe quale attività periodica e programmata. |
| Fonte di finanziamento | 50 % Fondo sanitario regionale 50 % Fondo sociale dei Comuni |

Interventi sociali a rilevanza sanitaria

(Fondo sociale dei Comuni con compartecipazione del Fondo sanitario regionale)

Programmi di reinserimento sociale e lavorativo di supporto ai percorsi terapeutici

Le offerte relative ai programmi di reinserimento sociale nella generalità fanno capo al Settore Servizi sociali dei Comuni e sono finanziati dal relativo Fondo Sociale. Per l'area in oggetto si prevede un'integrazione con il comparto sanitario sul terreno delle risorse tecnico-professionali ad esso afferenti per la definizione e la gestione dei progetti personalizzati integrati.

Tali programmi sono rivolti alle fasce deboli esposte al rischio di esclusione sociale con la finalità di promuovere l'emancipazione e l'autonomia dei soggetti destinatari rafforzandone e sviluppandone le competenze necessarie per accedere al mondo del lavoro. In questo quadro, nell'ambito di progetti personalizzati integrati socio-sanitari, i programmi di reinserimento sono diretti anche a persone che presentano problematiche correlate alla dipendenza da sostanze, al fine di rendere efficace il trattamento terapeutico e di facilitarne il reinserimento nel contesto di vita.

Per l'area dipendenze i destinatari dell'intervento SAL sono individuati in:

- tossicodipendenti inseriti in programmi terapeutici e stabilizzati farmacologicamente: i programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza sono a carico al 100% del Fondo Sanitario Regionale, fatto salvo quanto previsto nel documento elaborato dal tavolo tecnico dei Comuni;
- alcoolisti stabilizzati farmacologicamente e in fase di remissione: i programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza sono a carico al 100% del Fondo Sanitario Regionale, fatto salvo quanto previsto nel documento elaborato dal tavolo tecnico dei Comuni;
- ex tossicodipendenti/alcoolisti: i programmi di riabilitazione e reinserimento sono a carico al 100% del Fondo Sociale Regionale, fatto salvo quanto previsto nel documento elaborato dal tavolo tecnico dei Comuni;

L'accesso al SAL avviene tramite la segnalazione da parte di servizi e risorse territoriali (Ser.T, Servizi di alcologia, servizi sociali del Ministero di Grazia e Giustizia, Uffici della cittadinanza, ecc).

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

| Area/tipologia intervento/servizi | Prestazioni/funzioni | Fonte legislativa | Criteri di finanziamento |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Area pedagogica - riabilitativa residenziale e semiresidenziale - Area terapeutica-riabilitativa residenziale e semiresidenziale - Area specialistica residenziale - Area intermedia a bassa soglia di accesso residenziale e semiresidenziale - Area di accoglienza | Trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| Unità di Strada | strumento operativo integrato per la riduzione del danno con funzioni di informazione, counselling individuale, offerta presidi sanitari | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 Piano Sociale Nazionale Ob.5 Piano Sanitario Regionale | 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni 50% a carico del Fondo sanitario regionale |
| Programmi di reinserimento sociale e lavorativo di supporto ai percorsi terapeutici | <p>Borse Lavoro</p> <p>Borse Terapeutiche</p> | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | <p>100% a carico del Fondo sociale dei Comuni</p> <p>100% a carico del Fondo Sanitario Regionale</p> |

PATOLOGIE DA INFEZIONE DA HIV

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS, in Italia i bisogni assistenziali delle persone colpite da questa malattia sono radicalmente cambiati. I bisogni di assistenza sanitaria si uniscono in molti casi ai bisogni sociali, di lavoro, di abitazione, di un contesto relazionale, bisogni di "normalità" della vita, una vita che si è estesa in quantità di anni vissuti con il prolungarsi della sopravvivenza ma che necessita di interventi per aumentarne la qualità. In Italia i primi protocolli di trattamento sono stati introdotti a partire dal settembre 1996, con un effetto pressoché immediato di un calo drastico delle morti per AIDS.

A partire da questa considerazione di fondo, oggi, occorre fare uno sforzo per definire i livelli di integrazione nelle varie fasi del progetto globale in favore della persona con problemi HIV/AIDS correlate.

L'evoluzione della patologia, il progresso scientifico e la comparsa di nuove terapie hanno portato ad un aumento dei bisogni socio-sanitari delle persone coinvolte, con un conseguente maggior carico assistenziale per chi non è più autosufficiente, e ad un incremento di persone autosufficienti in grado di governare la propria vita con prospettive progettuali e lavorative.

Per queste motivazioni, lo stato dell'infezione da HIV e soprattutto della malattia sollecita un profondo ripensamento dell'intera assistenza extra-ospedaliera. Oggi assistiamo ad un complessivo mutamento di quadro: sono diminuite le richieste di inserimento di pazienti terminali in case alloggio concepite, a suo tempo, come offerta orientata al presente; è aumentata l'età dei pazienti; la permanenza nelle case alloggio subisce una dilatazione nel tempo. Tali cambiamenti, sono essenzialmente dovuti all'introduzione della terapia farmacologia combinata che, tuttavia, non produce una riduzione della rilevanza dei bisogni assistenziali:

L'aumento della speranza di vita evidenzia i rilevanti problemi che investono aspetti clinici, terapeutici ed assistenziali. Si rende necessaria l'attivazione di un supporto psicologico e relazionale diversificato, continuativo in tutte le strutture in cui le persone sieropositive afferiscono. Una malattia ad amplificazione sociale come l'AIDS coinvolge intensamente accanto a coloro che ne sono affetti anche i congiunti e i familiari che necessitano ugualmente di supporti.

Un altro problema emergente è costituito dai cittadini stranieri con infezione da HIV presenti sul territorio regionale, con una rilevante ricaduta sulle domanda sanitaria, in termini di prestazioni urgenti, essenziali, continuative, e sulla domanda assistenziale.

Da non trascurare la tutela e cura dei bambini sieronegativi, figli di madri sieropositive, quale problematica ancora sommersa che necessita della individuazione di criteri socio-assistenziali specifici per l'integrazione di soggetti in età minore, a volte orfani, in un contesto sociale consono ad una normale processo di crescita.

Inoltre, a fronte di una malattia che sempre più si sta connotando per la sua cronicità, persistono atteggiamenti culturali centrati sulla discriminazione di persone con infezione da HIV che motivano le persone a non dichiarare la propria condizione, ad isolarsi, a rinunciare alla costruzione di propri spazi di cittadinanza, di riconoscimento della propria identità esistenziale.

I bisogni assistenziali delle persone con patologie da infezione HIV

Gli approcci terapeutici impongono un ripensamento dei modelli di assistenza extraospedaliera che tengano conto del nuovo profilo dei bisogni assistenziali collegati a:

- l'aumento della sopravvivenza delle persone con AIDS che prolunga i tempi di soggiorno presso le case alloggio con una cronicizzazione della degenza in tali strutture;
- l'aumento del grado di autonomia delle persone con AIDS che incrementa l'esigenza di un inserimento in attività lavorative commisurate alla loro capacità lavorativa;
- il prolungamento della sopravvivenza da cui emergono quadri patologici, soprattutto in ambito psichiatrico, e neurologici che prima non avevano la possibilità di essere evidenziati, con necessità di gestire tali problematiche anche nell'ambito di una assistenza domiciliare integrata;
- l'emergere di tipologie di pazienti che pur non avendo una diagnosi di AIDS presentano rilevanti necessità in ambito socio-assistenziale (mancanza di alloggio, rete sociale inesistente ecc).

La tendenza alla cronicizzazione di questo tipo di patologia fa ritenere possibile e doveroso pensare a una normalizzazione dell'erogazione dell'assistenza alle persone con AIDS alla stregua di altre patologie croniche che da tempo beneficiano di interventi strutturati di sorveglianza e cura in ambito territoriale. In tal senso deve essere orientata la costruzione di una rete di servizi, necessaria ad aumentare, la qualità della vita delle persone con infezione da HIV.

Si tratta di strutturare percorsi assistenziali che siano in grado di accompagnare la persona a reinserirsi nel contesto socio-relazionale precedente, a recuperare relazioni ed affetti, a ritrovare autonomia personale ed economica. Si tratta di attivare anche percorsi complessi che diventano ancor più difficili quando la famiglia non c'è, quando la patologia da HIV si accompagna a forme estreme di emarginazione quale la tossicodipendenza prolungata, l'esperienza carceraria, la condizione di straniero clandestino, la condizione di senza fissa dimora.

IL MODELLO ASSISTENZIALE

Accesso alla rete e percorso assistenziale

Alla pari di altre situazioni cliniche l'intervento assistenziale deve avvenire nel normale circuito predisposto per la tutela della specifica patologia senza ipotizzare percorsi paralleli per i malati di AIDS. Qualora ci si trovi di fronte a quadri clinici misti il criterio per identificare le idonee strutture per la presa in carico è quello della patologia prevalente.

L'ammissione nelle strutture di assistenza extra-ospedaliera per malati di AIDS e sindromi correlate è autorizzata sulla base:

- delle risultanze della valutazione della persona e della sua condizione effettuata dall'équipe multidimensionale che ha in cura la stessa;
- dalla scelta dell'appropriatezza della struttura assistenziale accreditata;
- dal piano assistenziale individualizzato articolato nelle fasi intensiva, estensiva, di lungoassistenza e di reinserimento sociale e lavorativo;
- dall'accettazione delle condizioni previste negli accordi di cui all'art 8 del D.lgs 13 giugno 1999, n.229.

La persona su indicazione del Medico di Medicina Generale, degli altri servizi sanitari (fra gli altri, ambulatorio immigrati) e sociali (fra gli altri, associazioni di volontariato e sieropositivi), o tramite accesso diretto, può accedere ai sottoindicati Servizi:

Ser.T

Le funzioni dei Ser.T garantiscono anonimato, counseling e continuità terapeutica.

Day Hospital:

Realizza programmi di ricovero ospedaliero sia in forma programmata che in situazioni di urgenza, su richiesta degli altri servizi sanitari per pazienti già in carico. Inoltre, realizza il primo contatto e la prima valutazione dei bisogni clinici e sociali per pazienti non ancora conosciuti dai servizi territoriali.

Ufficio della Cittadinanza:

Sul versante sociale, il punto di accesso, nel rispetto della peculiarità delle persone con problemi da infezione da HIV, è costituito dall'Ufficio della Cittadinanza in quanto ambito deputato all'attivazione di percorsi di accompagnamento verso gli altri servizi del territorio e verso servizi dedicati all'erogazione di programmi di reinserimento sociale e lavorativo (SAL).

| Percorso soggetto affetto da patologia da infezione da HIV | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|---|---|--|
| Accoglienza e analisi di contesto | <ul style="list-style-type: none"> - Medico di Medicina Generale - Centro di Salute e Ser.T.: équipe socio-sanitaria - Medici specialistici - Day Hospital - Ufficio della Cittadinanza: équipe sociale territoriale | Accoglienza e lettura della domanda pervenuta dal diretto interessato, dai servizi sociali e sanitari del territorio o dalle Associazioni dedicate |
| Ricognizione sociale | <ul style="list-style-type: none"> - Assistenti Sociali dell'Azienda USL- - Assistenti Sociali dell'Ufficio della Cittadinanza - Medico di Medicina Generale - Medico Specialista - Medico Infettivologo - Psicologo - infermiere professionale di concerto con le altre articolazioni | <ul style="list-style-type: none"> - Indagine sociale e Bilancio sociale individuale; - diagnostica e terapeutica medica e psicologica in sede ambulatoriale e domiciliare (compresa l'emergenza) per tutte le fasce di età. |

| Percorso soggetto affetto da patologia da infezione da HIV | Risorse di rete e soggetti professionali coinvolti | Compiti |
|---|---|--|
| | sanitarie dell'Azienda USL | |
| - Valutazione e progettazione | - Équipe multiprofessionale socio-sanitaria - SAL; - Servizi per l'impiego | - progetti socio-sanitari e terapeutico-riabilitativi nelle forme residenziali, semiresidenziali, ambulatoriale, domiciliari. - attivazione programmi integrati personalizzati per l'inserimento formativo e lavorativo |
| - Verifica, monitoraggio e valutazione | UMV : Medico Specialista, Assistenti Sociali dell'Az.Usl e Comune, MMG, Ser.T., Associazioni dedicate | - Verifica in itinere e finale ed eventuale riformulazione del programma integrato personalizzato. - messa a punto di specifici programmi per la verifica e valutazione delle prestazioni offerte |

Punti di erogazione

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono fruibili presso

- Case Alloggio
- Case di Accoglienza
- Centri diurni
- Gruppi appartamento
- Reti di alloggi protetti
- Assistenza domiciliare
- Programmi integrati di inserimento lavorativo

Tutte le unità di offerta citate debbono possedere i requisiti strutturali e gestionali stabiliti dalla Regione in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture e di accreditamento delle stesse nel rispetto di quanto disposto dall'art. 8 del D.Lgs. 229/1999.

La valutazione

Nel campo dell'AIDS anche il "Progetto Obiettivo AIDS" per il triennio 1998-2000 riserva uno spazio centrale al problema della qualità dell'assistenza, proponendo linee guida per l'assistenza domiciliare integrata, l'ospedalizzazione a domicilio e gli *hospice*, promuovendo altresì la messa a punto di specifici programmi per la verifica e la valutazione delle prestazioni offerte. Lo stesso ipotizza un budget differenziato in base al tipologia della struttura, alla gravità della patologia ed alla prestazione erogata. Per tutti i servizi dedicati al sostegno e all'assistenza di persone con AIDS va praticata la valutazione.

Unità Multidisciplinare di Valutazione

E' collocata in ambito distrettuale con le funzioni di monitoraggio e valutazione delle proposte assistenziali individualizzate.

E' composta da un Medico specialista, dal personale sociale dell'Azienda USL e del Comune di residenza, dai MMG e dagli operatori del Ser.T. in collaborazione con le associazioni e gruppi di sieropositivi presenti sul territorio.

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI

Interventi socio-sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria (Fondo sanitario regionale)

Sono quelli caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, riconducibili alla fase post-acuta. Essi possono essere erogati in regime domiciliare, ambulatoriale e nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali con riferimento al bisogno socio-sanitario nella fase intensiva ed estensiva. Le prestazioni in esse ricomprese sono erogate dalle Aziende Sanitarie e sono a carico del Fondo sanitario regionale.

Rientrano nell'area di intervento per le patologie da HIV la cura e i trattamenti farmacologici, l'assistenza domiciliare e le Case Alloggio.

Assistenza sanitaria per gli stranieri affetti da HIV o malati di AIDS

L'assistenza sanitaria per gli stranieri affetti da infezione da HIV o malati di AIDS regolarmente soggiornanti e non, è assicurata negli ambiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente: LR 18/1990, L.40/1998 e dalla DGR 16 maggio 2002, n. 482 "Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E."

Interventi sanitari a rilevanza sociale

(Fondo sanitario regionale con compartecipazione del Fondo sociale dei Comuni)

Sono le prestazioni erogate contestualmente agli interventi sociali nella fase di .lungoassistenza, finalizzate a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi. Dette prestazioni sono erogate dalle Aziende Sanitarie con compartecipazione del Fondo Sociale dei Comuni.

Per le situazioni pregresse , transitate nella fase di lungoassistenza, nei servizi residenziali e semiresidenziali con spesa storicizzata a carico del Servizio Sanitario Nazionale per il 100%, non si prevedono oneri aggiuntivi a carico dei Comuni.

Servizi e strutture residenziali e semiresidenziali

Per le patologie per infezioni da HIV si prevedono le seguenti tipologie di servizio: Casa di Accoglienza, Gruppo appartamento, Centro Diurno.

Casa di Accoglienza

| | |
|---------------------------------------|---|
| Definizione | Struttura residenziale e semiresidenziale territoriale a bassa intensità e per lungoassistenza . |
| Destinatari | Persone con HIV+ |
| Durata della accoglienza | Secondo programmi individualizzati di breve, medio e lungo termine. |
| Finalità e Funzioni prevalenti | Si tratta di residenze a prevalente carattere psico-sociale per l'accoglienza di persone con infezione da HIV, in stato di relativo benessere fisico ma con aspetti di disagio sociale, quali l'assenza di familiari o di riferimento abitativo. La vita di tipo familiare, condivisa con i volontari che offrono assistenza ed un sostegno di tipo psicologico, viene scandita dai momenti di impegno lavorativo nei laboratori artigianali, dai momenti di incontro di gruppo e dalla gestione e cura della casa. Detti laboratori rispondono alla necessità di integrazione nel mondo del lavoro. Fondamentale è il favorire il clima di accoglienza e di convivenza attraverso il rapporto costante con il territorio. |
| Capacità recettiva | 8 – 10 persone |
| Caratteristiche | Caratteristiche di una normale abitazione , inserita nel contesto sociale e con la possibilità di usufruire di risorse logistiche per i laboratori artigianali. |
| Organizzazione e gestione | La competenza autorizzativa spetta alla Sanità. |
| Orario di apertura | Continuativa: 24 ore per 365 giorni all'anno. |
| Fonte di finanziamento | 70% a carico del Fondo sanitario regionale; 30% a carico del Fondo sociale dei Comuni (fatta salva la compartecipazione dell'utente) |

Gruppo Appartamento

| | |
|--------------------|--|
| Definizione | Struttura residenziale territoriale |
| Destinatari | Persone HIV+ e/o in AIDS le cui condizioni fisiche e psicologiche richiedono un tipo di assistenza sanitaria a bassa intensità; soggetti parzialmente privi di risorse utilizzabili ai fini della realizzazione di una completa autonomia e che necessitano di un intervento sanitario limitato; soggetti in condizioni critiche sia per patologie correlate sia per situazione giudiziaria. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Durata della accoglienza | Secondo programmi individualizzati per il raggiungimento della massima autonomia. |
| Finalità e Funzioni prevalenti | Aiutare nella dimissione dalle strutture residenziali ad alta intensità sanitaria verso il reinserimento sociale e lavorativo. Questo processo va accuratamente accompagnato e protetto per sviluppare le risorse della persona verso una reale autonomia. ed impedire l'emarginazione |
| Capacità recettiva | Da 1 persona in minialloggio ad un massimo di 3 persone per nucleo abitativo. |
| Caratteristiche | Caratteristiche di una normale abitazione inserite nel tessuto sociale. |
| Organizzazione e gestione | La competenza autorizzativa spetta al Comune, previa verifica di compatibilità rispetto alla programmazione sanitaria. |
| Orario di apertura | Continuativo: 24 ore su 24 , 365 giorni all'anno. |
| Fonte di finanziamento | 50% a carico del Fondo sanitario regionale; 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni. (salvo compartecipazione utente) |

Centro Diurno

| | |
|---------------------------------------|--|
| Definizione | struttura semiresidenziale territoriale, |
| Destinatari | Persone HIV+ e AIDS |
| Durata della accoglienza | Secondo programmi individualizzati a breve, medio e lungo termine. |
| Finalità e Funzioni prevalenti | attività di progettazione e realizzazione di programmi riabilitativi personalizzati, attività di accoglienza, in collaborazione con altre strutture residenziali, per la realizzazione di programmi specifici in sostegno all'inserimento lavorativo delle persone. |
| Capacità recettiva | Da 8 a 12 utenti per tutto l'orario di apertura. |
| Caratteristiche | Ogni struttura deve essere necessariamente ubicata in una zona già urbanizzata, di facile accesso, collegata con i mezzi pubblici, onde evitare forme di isolamento e favorire l'inserimento nel tessuto sociale cittadino. E' inoltre auspicabile, al fine di fornire privacy e forme di protezione per le attività interne degli utenti, che l'abitazione sia unica e comunque non situata all'interno di un condominio, con spazi verdi esterni e priva di barriere architettoniche. |
| Organizzazione e gestione | La competenza autorizzativa spetta al Comune, previa verifica di compatibilità rispetto alla programmazione sanitaria |
| Orario di apertura | Il Centro Diurno è aperto agli utenti per almeno otto ore al giorno, per almeno sei giorni alla settimana. |
| Fonte di finanziamento | 50% a carico del Fondo sanitario regionale; 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |

Interventi sociali a rilevanza sanitaria

(Fondo sociale dei comuni con compartecipazione del Fondo sanitario regionale)

Ricomprendono quelle attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona con problemi di salute che ne condizionano l'autonomia e l'integrazione.

Nell'ambito delle patologie per infezioni da HIV, tali interventi riguardano:

- i programmi di reinserimento sociale e lavorativo, curati dai SAL e finanziati dal Fondo sociale dei Comuni, dove l'integrazione con il comparto sanitario avviene sul terreno tecnico-professionale;
- la Rete di alloggi protetti, quale soluzione residenziale intermedia per affrontare l'emergenza dove si contempla un concorso al costo del servizio da parte del sistema sanitario.

Rete di alloggi protetti

| | |
|---------------------------------------|---|
| Definizione | Sono strutture residenziali intermedie tra la completa autonomia e le altre strutture residenziali. |
| Destinatari | Pazienti HIV, persone italiane e straniere con bisogni socio-sanitari |
| Durata dell'accoglienza | Limitata all'emergenza sulla base di progetti individuali. |
| Finalità e Funzioni prevalenti | Risponde all'emergenza sia di carattere sanitario che sociale nell'ambito di uno spazio protetto temporaneo dove valutare i bisogni e creare dei percorsi di integrazione e di autonomia. |
| Capacità recettiva | 4 persone massimo |
| Caratteristiche | Ogni struttura deve essere ubicata in zona preferibilmente urbanizzata, o comunque facilmente accessibile, collegata con i mezzi pubblici, onde evitare forme di isolamento e favorire l'inserimento nel tessuto sociale cittadino. |
| Organizzazione e gestione | La competenza autorizzativa spetta al Comune. |
| Orario di apertura | Continuativo: 24 ore su 24 ore. |
| Fonte di finanziamento | 60% a carico del Fondo sociale dei Comuni; 40% a carico del Fondo sanitario regionale |

Programmi di formazione e inserimento lavorativo

E' particolarmente rilevante, all'interno dei programmi individuali di riabilitazione psicosociale per le persone con problemi di salute HIV/AIDS correlati, la componente sociale dell'inserimento lavorativo. A fronte di ciò si segnalano invece le crescenti difficoltà che incontrano le persone sieropositive frequentemente esposte a condizioni di esclusione o al timore di vedere svelata la propria situazione fisica con il rischio di essere emarginate da ambiti di socialità

In questo quadro, si sottolinea la mancanza di sanzioni per i datori di lavoro che non rispettano i diritti delle persone sieropositive (non obbligatorietà del test per la rilevazione degli anticorpi rivolti a possibili futuri dipendenti o persone già dipendenti.). Il regime di cui all'art. 5 della Legge 135/1990 è stato sostanzialmente stravolto dalla sentenza della Corte

Costituzionale 2 giugno 1994, n. 218, che ha dichiarato illegittime alcune parti del predetto articolo poiché in contrasto con l'art. 32 della Costituzione. Nella stessa sentenza la Corte Costituzionale ha fatto esplicito rinvio al legislatore affinché individui in modo chiaro le attività e i servizi da considerare a rischio se praticati da persona sieropositiva, in quanto comportanti pericolo per la salute di terzi. Non è tuttora disponibile un mansionario di questo tipo. Pertanto, ad oggi, grava sulla persona sieropositiva l'onere di denunciare il datore di lavoro che le chieda di sottoporsi o che lo abbia sottoposto, senza consenso, al test per la rilevazione degli anticorpi all'infezione da HIV. Ciò significa che compete all'autorità giudiziaria decidere di volta in volta se l'attività svolta o da svolgersi ponga oggettivamente a rischio la salute di altre persone (colleghi, clienti, ecc.) e quindi dichiarare legittima o meno la condotta del datore di lavoro.

Per il raggiungimento del pieno riconoscimento dei diritti delle persone sieropositive nel mondo del lavoro necessita:

- tutela della privacy;
- norme del lavoro che permettano flessibilità e garanzie alle persone disabili o affette da patologie gravi e invalidanti (in modo che si possa evitare l'autodenuncia);
- informazioni scientifiche e corrette che vadano a smentire i pregiudizi;
- corsi di formazione diretti al personale e alla dirigenza delle imprese;
- strumenti di formazione al lavoro;
- strumenti che permettano cambi di mansione e non precludano gli avanzamenti di carriera;
- appoggio alle iniziative imprenditoriali delle persone affette da HIV o da altre patologie gravi;
- partecipazione delle associazioni di lotta all'AIDS nei processi decisionali forte interazione tra associazioni, sindacati, servizi sociali, Istituzioni e aziende.

Nei percorsi di accompagnamento e di inserimento formativo e lavorativo, l'integrazione con il comparto sanitario si realizza sul terreno della definizione e della gestione dei progetti personalizzati. La componente finanziaria a carico del Fondo Sanitario Regionale è costituita dalle figure professionali messe a disposizione dall'Azienda .USL di riferimento.

I destinatari dell'intervento SAL, nell'area HIV/AIDS, sono individuati in:

- giovani e adulti con problemi di salute HIV/AIDS correlati, per i quali esiste un progetto di intervento o presa in carico da parte dei Servizi sanitari pubblici.

PRESTAZIONI E CRITERI DI FINANZIAMENTO

| Area/tipologia Intervento/servizi | Prestazioni/funzioni | Fonte Legislativa | Criteria di Finanziamento |
|--|---|------------------------------|--|
| Day Hospital Prestazioni ambulatoriali Assistenza domiciliare Case Alloggio | Trattamenti specialistici e prestazioni terapeutico riabilitative in regime residenziale e semiresidenziale | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 100% a carico del Fondo sanitario regionale |
| Casa di Accoglienza | | | 70% a carico del Fondo sanitario regionale 30% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| Gruppo appartamento | Sostegno ai bisogni socio- sanitari legati alla vita comunitaria e di risocializzazione | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 50% a carico del Fondo sanitario Regionale 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| Centro Diurno. | | | 50% a carico del Fondo sanitario regionale 50% a carico del Fondo sociale dei Comuni (salvo compartecipazione utente) |
| SAL | Progetti mirati di accompagnamento per l'inserimento lavorativo o formativo | Piano Sociale Regionale | 100% a carico del Fondo sociale dei Comune |

| Area/tipologia Intervento/servizi | Prestazioni/funzioni | Fonte Legislativa | Criteri di Finanziamento |
|--|--|------------------------------|---|
| Rete di alloggi protetti per l'emergenza | prestazioni di riabilitazione psico-sociale valutazione del bisogno socio-sanitario e prestazioni socio-sanitarie correlate | D.P.C.M. 14 febbraio 2001 | 100% a carico del Fondo Sanitario Regionale (psicologo e psichiatra) 60% a carico del Fondo sociale dei Comune; 40% a carico del Fondo sanitario regionale |

ATTO DI INDIRIZZO IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

**DOCUMENTO CONCLUSIVO
DEL TAVOLO TECNICO DEI COMUNI**

ATTO DI INDIRIZZO IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
Documento conclusivo del Tavolo Tecnico Dei Comuni

Il Tavolo tecnico, composto dai Dirigenti del Settore servizi sociali dei Comuni di Perugia, Terni, Foligno, Spoleto, Gubbio, Magione e Acquasparta, dai promotori sociali dei relativi ambiti e coordinato, per la Regione dell'Umbria dalla Dott.ssa Adriana Lombardi, Responsabile della Sezione Programmazione sociale, costituito su mandato della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale (L.R. n. 29/2000), per operare approfondimenti ed integrazioni alla "Bozza di atto di indirizzo in materia di integrazione socio-sanitaria" ha esaminato attentamente le molteplici questioni connesse alla costruzione di un modello operativo-gestionale integrato di interventi e servizi nelle aree di integrazione socio-sanitaria ed ha rilevato come vi sia un intreccio indissolubile tra il livello tecnico e quello politico dei problemi emersi che non può essere sottaciuto al fine di configurare soluzioni sostenibili e in linea con la storia dei servizi di questa regione.

In particolare il Tavolo segnala

sul piano generale:

- a) La mancata definizione dei LIVEAS costituisce un vincolo negativo all'applicazione del DPCM 14/2/2001. Infatti, l'universalità, ovvero ciò che paga il pubblico, resta definibile, ai sensi di legge, solo in ambito sanitario in quanto i LEA individuano, attraverso il sistema delle liste positive e negative, sia le prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sia ciò che deve essere escluso dall'ambito pubblico, con l'eventuale compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Non altrettanto può avvenire in ambito socio-sanitario, dove la non definizione dei LIVEAS non consente di stabilire ciò che è a carico dei Comuni (diritti esigibili) e di conseguenza ciò che è a carico del cittadino (compartecipazione). D'altro canto i LIVEAS non possono essere fissati e garantiti con le risorse del Fondo Sociale Nazionale (L.328/2000), composto da leggi di settore tese a provvedere alla copertura degli interventi in esse previsti, ma devono essere stabiliti contestualmente al Fondo in sede di Documento di programmazione economica (L. 328/2000, art. 20, comma 4). Inoltre, va rilevato che il livello e il costo delle prestazioni essenziali non possono essere definiti ed imputati con riferimento al solo Fondo sociale nazionale in quanto le prestazioni socio-assistenziali sono erogate dall'intero sistema sociale (Stato, Regioni, EE.LL.) di cui la parte prevalente è già in carico ai Comuni, a differenza delle prestazioni sanitarie che sono tutte ricomprese nel Fondo sanitario.

Di conseguenza tutta la questione rende solo parzialmente applicabile, sotto il profilo normativo, la nuova disciplina sull'integrazione socio-sanitaria e può trovare una soluzione unicamente in ambito negoziale, sia a livello nazionale fra Regioni, Comuni e Governo, sia a livello locale;

nel merito della proposta:

- a) a fronte di un trasferimento delle competenze fra settore sanitario e socio-assistenziale si rileva nel sistema di welfare regionale una mancata riallocazione delle risorse finanziarie e professionali (area psichiatria e dipendenze) che comporta un impatto economico-organizzativo non sostenibile da parte dei

Comuni (es. le strutture residenziali e semiresidenziali nell'area della psichiatria attualmente in carico al 100% al SSR possono essere suscettibili di compartecipazione da parte dei Comuni solo alla condizione di una complessiva riallocazione delle risorse regionali dentro il sistema dei servizi socio-sanitari-assistenziali);

- b) si rileva un meccanismo automatico di trasferimento della spesa dal sanitario al sociale senza l'attivazione a monte di un livello negoziale ed una valutazione congiunta della sostenibilità economica ed organizzativa da parte di entrambi i comparti;
- c) si sottolinea la mancanza di un percorso concertativo (Regione e Comuni) per la definizione degli standard di costo regolanti strutture e servizi del comparto socio-sanitario.

Sulla base delle valutazioni operate il Tavolo avanza le seguenti proposte parti integranti e sostanziali dell'Atto di indirizzo:

- per il complesso del sistema dei servizi socio-sanitari residenziali e semiresidenziali destinati alla lungoassistenza, operanti e consolidati nelle aree Disabili, Salute mentale, Patologie da infezione da HIV, **non sono da prevedere, per le situazioni pregresse totalmente in carico al SSN, oneri aggiuntivi a carico dei Comuni**, salvo l'introduzione del concorso alla spesa sociale da parte degli utenti, laddove praticabile;
- **le proposte organizzative e finanziarie relative all'implementazione delle nuove tipologie di servizio** presenti nel documento e formulate per le diverse aree di integrazione socio-sanitaria **andranno attuate secondo un criterio di gradualità temporale** da negoziare ai diversi livelli di concertazione (regionale e territoriale)
- negli interventi residenziali e semiresidenziali dell'area Disabili sono da mantenere gli attuali rapporti di compartecipazione economica esistenti fra Aziende USL e Comuni.

Il Tavolo ritiene suscettibili di **integrale ed immediata attuazione** le disposizioni del documento relative alle seguenti aree:

- ❖ *interventi e servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari riferiti all'area Anziani.* L'immediata applicazione dell'Atto è infatti giustificata dallo stato di avanzamento della regolamentazione regionale in quest'area e dal consolidato degli interventi sia per la parte sanitaria che per la parte sociale dei Comuni;
- ❖ *programmi di reinserimento sociale e lavorativo riferiti all'area Disabili, Salute mentale e Dipendenze, di supporto ai percorsi terapeutici.* Anche in questa Area le competenze dei Comuni risultano già ben definite e si rileva un consolidato nella prassi dei rapporti tra Comuni e Aziende USL che viene mantenuto.

Si ritiene, invece, necessario subordinare la messa a regime dell'Atto di indirizzo, per tutte le altre aree di integrazione, alla definizione e al finanziamento dei LIVEAS da parte del Governo.