



CITTA' DI IMPERIA
DISTRETTO SOCIOSANITARIO 3,



Imperia, 12 giugno 2012

Il mio intervento ~~in data~~ vuol dare un contributo alla chiarificazione della rete organizzativa territoriale dei servizi sociali e sociosanitari della nostra Provincia così come è stata definita dalla L.R. 12/2006, dalla L.R. 41/2006 che disciplinano rispettivamente l'organizzazione dei servizi sociali e dei servizi sanitari e dal Piano Sociale Regionale integrato 2007-2010 (PSIR), prorogato sino al 31 12 2011 ed in via di revisione.

ARTICOLAZIONE TERRITORIALE - CARTINA

La Regione Liguria è articolata in 19 DSS e 69 Ambiti Territoriali Sociali

Nella nostra ASL 1 Imperiese, coincidente con la provincia di Imperia, vi sono 3 DSS 1 Ventimigliese, 2 Sanremese e 3 Imperiese.

All'interno di ogni DSS sono stati costituiti gli Ambiti territoriali Sociali o come associazioni di Comuni o come decentramento di Comuni più ampi. Diciamo che l'ambito territoriale sociale dovrebbe avere un bacino di popolazione almeno di 10.000 Abitanti.

Nel DSS 1 vi sono 4 ATS, nel DSS 2 gli ATS sono 5 e 6 nel DSS 3.

L'articolazione in Distretti e ATS ha posto in rilievo alcuni fattori quali:

Il ruolo fondamentale assunto dalla Programmazione a tutti i livelli sia nei Comitati dei Sindaci che nelle Conferenze di Ambito attraverso la predisposizione di documenti programmatici quali il Piano Sociosanitario del Distretto e il Piano delle Attività dell'Ambito territoriale Sociale.

L'importanza di un territorio definito, il più possibile vicino al cittadino e dove è necessario integrarsi con le altre istituzioni e il Terzo settore per una valutazione globale del bisogno e una programmazione dell'intervento non frammentato.

La necessità di attuare l'**integrazione sociosanitaria** a livello di presa in carico congiunta

ASSETTO POLITICO/ISTITUZIONALE

La **Conferenza dei Sindaci** (Livello ASL) E' composta dai Sindaci o loro delegati dei 67 comuni della provincia di Imperia. La Conferenza dei Sindaci elegge un organismo di Rappresentanza e, per quanto riguarda l'ASL 1 Imperiese, del Comitato di rappresentanza fanno parte di diritto i presidenti dei 3 Comitati dei Sindaci e i Sindaci dei Comuni sede di Ospedale. La Conferenza dei Sindaci esprime i bisogni sociosanitari delle comunità locali e corrisponde alle esigenze sanitarie della popolazione. Inoltre la Conferenza dei Sindaci ha una funzione di indirizzo, verifica e

valutazione in merito alla programmazione sanitaria e sociosanitaria dell'ASL, infatti gli atti dell'ASL quali il piano strategico aziendale, il bilancio di previsione e il consultivo e il piano attuativo annuale, sono approvati d'intesa con la Conferenza dei Sindaci. Vero è che se entro quarantacinque giorni dalla presentazione dei suddetti atti, l'intesa non c'è, il Direttore generale procede ugualmente ad approvarli e a trasmetterli alla regione. Per quanto riguarda il sociosanitario, la Conferenza dei Sindaci provvede a determinare gli ambiti territoriali dei Distretti sociosanitari.

Il **Comitato dei Sindaci di Distretto sociosanitario** (Livello DSS) E' composto dai Sindaci o Assessori delegati dei comuni afferenti al DSS. Il Comitato elegge un presidente e un Esecutivo composto dai presidenti delle Conferenze di Ambito. Il Comitato dei Sindaci coinvolge nel processo di programmazione e pianificazione dei servizi le organizzazioni più rappresentative del terzo Settore e gli altri soggetti presenti sul territorio che concorrono alla realizzazione del sistema integrato

La **Conferenza di Ambito** (Livello di Ambito Territoriale Sociale) E' composta dai Sindaci dei Comuni associati negli ATS ed elegge un presidente con funzione di coordinare la conferenza stessa. La Conferenza di Ambito designa il Coordinatore e il personale amministrativo, approva il Piano delle attività dell'ATS, approva gli atti per la gestione associata delle funzioni.

ASSETTO OPERATIVO DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

All'interno di ogni DSS sono presenti due figure apicali: il Direttore Sociale e il Direttore Sanitario.

Il **Direttore Sociale** si avvale di una Segreteria tecnica composta dai Coordinatori degli Ambiti Territoriali sociali e da personale di supporto amministrativo. Ha il compito di attuare la programmazione distrettuale, secondo linee guida regionali e previste dal Piano Integrato distrettuale, nella materia dei servizi sociali, proponendo altresì le ipotesi di riparto del Fondo Indistinto Sociale e dei progetti sperimentali, nonché del conto capitale

Il **Direttore Sanitario** ha il compito di attuare le funzioni sanitarie affidate al Distretto.

Per le attività sociosanitarie il Direttore di Distretto Sanitario e il Direttore Sociale operano d'intesa costituendo l'**Unità Distrettuale** e avvalendosi di un **Comitato Distrettuale** composto dai coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, dai rappresentanti dei Dipartimenti territoriali che operano nel Distretto Sociosanitario e dai membri del coordinamento previsto dall'articolo 3-sexies, comma 2, del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni. (MMG e Pediatri di Libera scelta)

L'Unità Distrettuale assicura l'operatività integrata anche per la valutazione dei bisogni sociosanitari tramite le Unità di Valutazione Multidisciplinari, la predisposizione del Piano di Lavoro Personalizzato, i protocolli operativi di assistenza e l'individuazione del responsabile del caso, nonché per la valutazione periodica dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi programmati.

ASSETTO OPERATIVO DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

All'interno di ogni Ambito territoriale Sociale è presente un **Coordinatore** e una **Unità Operativa Multiprofessionale** in cui sono presenti competenze psicosociali, educative e amministrativo-contabili

L'Ambito Territoriale Sociale rappresenta la sede di accesso alla rete locale di interventi e servizi sociali.

COMPETENZE DEL DSS

Il Distretto Sociosanitario provvede:

- ^ alla stesura del Piano di Distretto Sociosanitario e del Piano delle Attività Territoriali (PAT)
- ^ alla costituzione dell'Unità Distrettuale e del Punto Unico di Accesso (PUA)
- ^ alla gestione dei servizi sociali complessi (integrati con sanità, scuola e lavoro) e al coordinamento delle attività sovra ambito
- ^ alla gestione dei servizi sociosanitari: domiciliarità e residenzialità extraospedaliera, particolarmente per la *non autosufficienza*, gestendo anche le misure economiche
- ^ all'organizzazione e funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari.
- ^ alla regolazione del concorso alla spesa (ISEE) con indicazioni per gli Ambiti
- ^ alla formulazione del piano e degli investimenti in conto capitale
- ^ ad ottemperare al debito informativo assegnato al Distretto - a tutte le altre attività sovra-

ambito relative agli interventi integrati per la formazione ed il lavoro (coordinamento distrettuale)

Appare utile chiarire cosa si intende per prestazioni **Sociosanitarie**.

Ai sensi della normativa vigente, le prestazioni sociosanitarie sono **tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.**

A loro volta le prestazioni sociosanitarie si distinguono in

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè **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.**

Con i DPCM14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" e 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" sono state individuate le prestazioni da ricondurre alle due tipologie, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle asl e ai comuni.

In particolare nel DSS sono assicurate a favore di minori, anziani, **disabili**, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV:

- △ l'accesso integrato attraverso Il PUA (PUNTO UNICO DI ACCESSO) in collegamento con gli sportelli di cittadinanza degli ATS
- △ l'assistenza domiciliare integrata
- △ la semiresidenzialità e residenzialità extraospedaliera
- △ gli interventi a favore della non autosufficienza

COMPETENZE DELL'ATS

L'Ambito Territoriale Sociale provvede, attraverso il Coordinatore e l'Unità Operativa Multiprofessionale di Ambito ai seguenti servizi sociali di base:

- △ Sportello di Cittadinanza
- △ Informazione, consulenza e segretariato sociale
- △ Servizio sociale professionale (attua la presa in carico)
- △ Assistenza domiciliare di carattere domestico-familiare, aiuto personale a favore di minori e disabili.
- △ Si collega con gli attori sociali che forniscono informazione all'interno dell'Ambito (Patronati, Associazioni, etc.).
- △ Individua le modalità di applicazione dell'ISEE per il concorso alla spesa da parte del Cittadino
- △ Predisporre Piano di Ambito, con riferimento a tutti i Comuni dell'Ambito
- △ Designa l'assistente sociale per l'UVM Distrettuale
- △ Collabora alla elaborazione del Piano di Distretto Sociosanitario.

STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Il **Punto Unico di Accesso (PUA)** è un primo servizio a disposizione del cittadino, prioritariamente rivolto alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali.

E' utile per facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della persona con bisogni complessi e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per accedere ad un servizio.

Svolge una funzione di orientamento garantendo l'ascolto e l'accoglienza ne di accesso al sistema dei servizi territoriali. E' importante che il PUA sia collegato con gli sportelli di cittadinanza degli ATS. Pertanto il Pua deve fare una prima valutazione del bisogno, registrare l'accesso e attivare l'UVM per il caso complesso.

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) è un Organismo di valutazione misto sanitario e sociale, formalizzato ai sensi del DPCM 14 febbraio 2001 (decreto sulle procedure dell'integrazione sociosanitaria), per procedere alla valutazione dello stato di malattia o di non autosufficienza.

E' composto dal medico specialista della patologia o dello stato di disabilità da valutare (neuropsichiatra infantile, geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, etc), infermiere, terapeuta della riabilitazione (nelle diverse specializzazioni richieste per la disabilità da valutare), l'assistente sociale che ha in carico la persona da valutare, l'educatore, se debbono essere analizzati anche aspetti pedagogico-didattici e il medico di medicina generale. Possono aggiungersi, anche altri professionisti, in relazione alla complessità del caso o per altri aspetti che siano utili ad una migliore e corretta valutazione.

L'UVM è convocata dall'Unità Distrettuale e il Coordinatore dell'ATS individua l'Assistente sociale che deve partecipare alla gestione del caso.

Il **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)** è lo strumento attraverso il quale nell' UVM si definisce la presa in carico integrata, si individua il bisogno assistenziale, si definiscono gli obiettivi, le attività previste, il chi fa che cosa, i tempi di realizzo e si programmano le verifiche. Nel Piano individualizzato si indica il **case manager**, quale garante della realizzazione del PIA. La sua funzione è di monitoraggio del progetto e di coordinamento dei diversi attori erogatori delle prestazioni.

Il PIA si pone inoltre l'obiettivo di evitare di dare a tutti una risposta uguale, generalizzata, per poter invece porre l'accento sulla personalizzazione e sulla globalizzazione dell'intervento.

I Progetti Individuali per la persona disabile

L'art. 14 della L.382/2000 definisce in modo ancora più specifico il progetto per la persona disabile. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le ASL, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale. Nell'ambito delle risorse disponibili il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

MODALITA' OPERATIVE DELL'INTEGRAZIONE

La **Presa in carico Integrata** costituisce, pertanto l'unica modalità di intervento per i bisogni sociosanitari complessi. La realizzazione di ciò si può ottenere solamente attraverso una programmazione concertata tra i servizi sanitari e sociali che si concretizza nella valutazione delle condizioni e dei bisogni della persona, premessa indispensabile per definire l'attuazione di politiche e di interventi mirati ed efficaci.

CONDIZIONI CHE FAVORISCONO L'INTEGRAZIONE E CRITICITA'

La **coincidenza territoriale** tra comparto sociale e comparto sanitario presente ora nel territorio ligure ha senz'altro favorito l'integrazione sociosanitaria. Esistono ancora delle criticità per quanto concerne la permanenza dei Dipartimenti a livello di ASL e l'articolazione dei servizi territoriali a livello di DSS. Criticità che si cerca di superare con lo strumento dell' UVM, ricomponendo pertanto una integrazione sociosanitaria sul "caso"

L'**Unicità di accesso** è ancora parziale. in quanto, pur essendo attivo lo sportello integrato presso l'ASL e gli sportelli di cittadinanza presso gli ATS manca un collegamento informatico tra queste due entità. Questa criticità potrà essere superata con la messa a regime della nuova cartella sociale in dotazione agli ATS, che prevede il collegamento con le informazioni sanitarie presenti in ASL, almeno per alcuni servizi, ritenuti strategici per l'integrazione.

L'**individuazione chiara delle competenze sanitarie e di quelle sociali** presuppone un ragionamento riferito ai Livelli essenziali delle prestazioni (LEP). Mentre nel comparto sanitario i LEP sono individuati a livello statale, nel comparto sociale no. Questa discrepanza comporta una carenza di fondo della politiche sociali che sempre più rischiano di scivolare in interventi assistenziali e con poche risorse disponibili, specialmente in questo periodo di congiuntura

economica. Il livello essenziale comporta per il cittadino un diritto esigibile, se non viene individuato, questo diritto non può essere esercitato. Inoltre, esistono alcune situazioni borderline dove risulta difficile individuare quanto compete all'ASL e quanto al sociale.

I **Finanziamenti Integrati** sono l'unico strumento per superare queste situazioni borderline. Infatti, laddove esistono finanziamenti integrati a livello di DSS, quali il Fondo per la non autosufficienza e il Fondo sociale, si attua una reale integrazione sociosanitaria.

Infine, l'utilizzo di **Strumenti di coordinamento** quali Protocolli d'intesa, Convenzioni, Accordi di programma fra Enti Locali, ASL, Scuola, Terzo Settore e Rappresentanti dell'utenza costituiscono atti fondamentali per l'attuazione di politiche integrate. Ne è un esempio l'Accordo di programma per l'integrazione, l'inclusione sociale ed il successo formativo nelle istituzioni scolastiche autonome della provincia di Imperia, sottoscritto dagli uffici scolastici, dall'ASL, dai DSS, dalla Prefettura e dalle associazioni rappresentative dell'utenza.