

Linee di indirizzo per il socio sanitario

Indice :

PREMESSA.....	122
INDIVIDUAZIONE DELL'AREA SOCIO SANITARIA: RICOSTRUZIONE DELLA NORMATIVA	123
L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	126
IL GOVERNO ISTITUZIONALE DEL TERRITORIO BOLOGNESE	127
Il rapporto con il territorio imolese	129
LA GOVERNANCE ALLARGATA	130
Gli attori:.....	130
Una nuova fase per i Piani di Zona	131
LE FORME DELLA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI	134
PAROLE CHIAVE.....	137
Consolidare	137
Promuovere il benessere	137
Rafforzare la coesione sociale.....	138
Personalizzare l'intervento, sostenere le famiglie.....	138
Favorire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita.....	138
Accesso – il sistema degli sportelli	139
Preso in carico e assistenza	140
Istituzione di un gruppo di lavoro sull'integrazione sociosanitaria	142
Prosecuzione dei lavori dei gruppi PAL di area sociosanitaria.....	142
ALLEGATI	145
1. Ipotesi di linee guida per lo sportello sociale	145
2. Grafico: governance dei Piani di Zona	146
3. Principali criticità in ambito sociosanitario emerse dai gruppi di lavoro	147

Premessa

L'attuale momento vede giungere a maturazione il nuovo piano sanitario locale (PAL) metropolitano in materia sanitaria, in una fase di grande cambiamento conseguente al recente processo di unificazione delle aziende sanitarie, e quasi contemporaneamente il terzo anno di programmazione partecipata dei Piani di Zona (PdZ) - una programmazione ancora formalmente sperimentale per la mancanza del piano sociale regionale ma in realtà ormai solido strumento di definizione del quadro complessivo degli interventi sociali e socio sanitari in ambito distrettuale.

Il percorso seguito per la costruzione di entrambi gli atti ha visto il coinvolgimento di un numero particolarmente elevato di professionisti e di esponenti delle realtà del settore sociale, e ha anche reso evidente la necessità di approfondire in particolare le aree di connessione e i punti di collegamento, per mantenere una visione unitaria che faccia perno sulla persona in difficoltà e sul suo nucleo familiare o di relazioni.

Forte, da tutti, è pervenuta la richiesta di rivolgere particolare attenzione al settore socio sanitario, di definire con chiarezza le modalità di intervento e gli obiettivi, di percorrere ancora anzi riprendere la strada dell'integrazione intesa non come fine di per sé risolutore ma come metodo necessario per conseguire il risultato.

La recente legge regionale n. 2/03 pone in campo alla futura Conferenza Sociale e Sanitaria il compito di promuovere e coordinare "la stipula degli accordi in materia di integrazione socio sanitaria previsti dai Piani di Zona".

E' quindi possibile ora per la prima volta provare ad indicare alcuni obiettivi e principi comuni anche in questo ambito, con lo scopo non di irrigidire in un solo modello la programmazione locale ma per offrire una visione comune di area vasta che declini nello stesso livello sociale e sanitario e che indirizzino così l'azione delle aziende sanitarie, e permetta di garantire pari opportunità di accesso alla rete dei servizi sul territorio.

Non vogliamo però nascondere i limiti di questa scelta, infatti:

- si tratta del primo tentativo di visione d'insieme
- il quadro legislativo regionale non è ancora del tutto definito
- il tempo è molto ristretto e non permette l'approfondimento e quella ampia consultazione che sarebbe necessaria.

Per questo si propone di procedere consapevoli che non si possono affrontare adeguatamente tutti gli argomenti ma:

- ci si concentra sulle questioni più rilevanti già emerse nei gruppi di lavoro del PAL;
- si propone un primo schema di *governance*;
- si procede per percorsi e con l'obiettivo di garantire:
 - l'accesso;
 - la presa in carico.

In questi giorni (fine novembre 2003) riparte la programmazione dei piani di zona, è il terzo anno sperimentale e sempre di più si sente la necessità di portare a sistema le esperienze fatte. In molti punti il presente documento riprende il documento presentato dalla Provincia alla conferenza dei servizi del 15.12.03 nel quale si propongono azioni di consolidamento e sistematizzazione.

Individuazione dell'area socio sanitaria: ricostruzione della normativa

Negli ultimi anni le profonde modifiche legislative hanno parzialmente cambiato il quadro di riferimento, è utile quindi ripartire da una ricostruzione normativa.

L'integrazione socio sanitaria è definita all'art. 10 della LR 2/03 come l'insieme delle attività "volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, d'inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita." Questo articolo si basa sul D.Lgs 502/92 (art.3 *septies*) che definisce prestazioni socio sanitarie "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". Lo stesso D.Lgs così attribuisce le competenze relative a questo genere di prestazioni:

- sono di competenza delle *aziende sanitarie* e a carico delle stesse le *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* cioè le attività finalizzate alla promozione della salute alla prevenzione individuazione, rimozione, contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite;
- sono di competenza delle *aziende sanitarie le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e riabilitativa che attengono prevalentemente al materno infantile, anziani patologie psichiatriche, dipendenze, disabilità conseguente a patologie degenerative;
- sono di *competenza dei comuni* le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, ossia 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.

Ai *comuni*, in particolare, la legislazione¹ attribuisce il ruolo di soggetti responsabili della "erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali nonché i compiti di progettazione e realizzazione della rete dei servizi sociali che vengono svolti anche con il concorso delle province², a questi si aggiunge *una più generale funzione di promozione e di indirizzo e programmazione da esercitarsi però in maniera collegiale* attribuita loro dalla LR 2/03³ che va oltre lo stretto ambito delle funzioni di cui il Comune è titolare per estendersi all'area sanitaria (competenza della Conferenza sociale sanitaria).

In cosa consistano le prestazioni sociali è meglio specificato nell'art. 22 della l. 328:

- misure di contrasto alla povertà;
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;
- interventi di sostegno per minori in situazione disagio tramite sostegni alla famiglia, o inserimento in famiglie o comunità;
- misure di sostegno alle responsabilità familiari e alla conciliazione dei tempi;
- misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- interventi per la piena integrazione dei disabili , realizzazione per i soggetti di cui all'art. 3 l. 104/92 dei centri socio riabilitativi, e delle comunità alloggio, e dei servizi di accoglienza per chi è privo di sostegno familiare;
- interventi per anziani e disabili per favorire la permanenza a domicilio per l'inserimento in comunità o per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali o semiresidenziali

¹ cfr. DLgs 112/98, art 131; L 328/00, art . 6 e art 22; LR 2/03, art.15.

² DLgs. 112/98, art.131

³ art. 29, Piani di Zona

per chi in ragione dell'elevata fragilità personale o limitata autonomia non può essere assistito a domicilio;

- Prestazioni integrate di tipo socio educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcool, farmaci;
- Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere l'auto-aiuto.

Le competenze dei comuni sono quindi vaste per quanto attiene agli indirizzi e si allargano oltre il campo del sociale e alla pianificazione dei servizi, più ristrette per quanto attiene alla erogazione dei servizi. Questa differenziazione va tenuta presente quando si parla delle forme di gestione.

LEA e LIVEAS

Negli ultimi anni una legislazione parallela in campo sanitario e in campo sociale ha posto le basi per la definizione di un sistema di livelli essenziali ed uniformi d'assistenza sociale e sanitaria⁴. I LEA definiscono finalmente i livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio sanitaria e avrebbero dovuto⁵ individuare le prestazioni da ricondurre dentro le diverse tipologie precisando i criteri di finanziamento.

Per quanto riguarda l'applicabilità dei LIVEAS (livelli essenziali nei servizi sociali), lo Stato non ha ancora provveduto a specificare i livelli di cui all'art. 22 della Legge 328. I LIVEAS non potranno decollare fino a quando lo Stato, che se ne è riservata la competenza, non li determinerà.

⁴ **La catena giuridica sui L.E.A** è la seguente:

- Legge 833/78, art. 2 e 4 (obiettivo della garanzia di Livelli di assistenza e di condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale);
- Decreto Legislativo 502/92, più volte modificato in particolare con il Decreto Legislativo 299/99 (i livelli sono definiti "uniformi ed essenziali" e sono individuati in base dei principi di dignità della persona, bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, qualità delle cure, appropriatezza, economicità);
- Decreto Presidente Consiglio Ministri 14 febbraio 2001 (determina analiticamente e classifica le tipologie di prestazioni socio-sanitarie e detta norme sull'integrazione tra sistemi sociale e sanitario);
- Decreto Presidente Consiglio Ministri 29 novembre 2001 (classifica tutti i LEA sanitari, inclusi quelli socio sanitari, per i quali determina anche la quota della spesa a carico del Fondo Sanitario Nazionale e quella a carico dell'utente o del Comune). L'art. 54 della Legge finanziaria 2003 conferma i LEA del DPCM e pertanto conferisce forza di legge alle norme ivi contenute. Dato che vi sono incongruenze tra il DPCM di novembre e quello di febbraio, la finanziaria 2003 dirime quindi i contrasti normativi, facendo prevalere il DPCM di novembre.

Per quanto riguarda l'applicabilità delle norme sui LEA sanitari in campo socio sanitario, nella Regione Emilia Romagna, la recente deliberazione del Consiglio Regionale, Progr. n. 514, ricorda che, con un apposito provvedimento, la Giunta regionale, con deliberazione n. 295/2002, ha recepito il DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei LEA ed ha rinviato ad un successivo momento l'armonizzazione delle disposizioni regionali vigenti in materia di integrazione socio-sanitaria con le indicazioni dell'allegato 1C del DPCM citato, impegnando le ASL ad applicare le disposizioni regionali vigenti fino alla definizione della prevista armonizzazione.

Nell'ambito dei LIVEAS e cioè i livelli essenziali per i servizi sociali, la catena giuridica è più recente:

- L. 328/00, art. 9 (allo Stato spetta l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni) e art. 22 (elencazione degli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni : segretariato sociale, primo intervento sociale, assistenza sociale, strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili, centri di accoglienza)
- LR 2/03, art. 5 comma 4 (elena i servizi e gli interventi del sistema locale) art. 5 comma 5 (prevede risposte di pronto intervento), art. 6 comma 1 (definisce come Livelli essenziali delle prestazioni sociali i servizi e gli interventi di cui all'art. 5 più quelli richiamati nell'art. 22 della legge 328.) art 10 definisce l'integrazione socio sanitaria e fa riferimento al DPCM 14.2.01

⁵ Legge delega 419/98, art 2

Oltre alla difficoltà intrinseca di definire per la prima volta tali prestazioni in termini quali-quantitativi, lo Stato è frenato dal costo finanziario di tale operazione.

Manca quindi un pezzo rilevante del sistema, ma quale quadro di competenze delineano i due DPCM dei LEA per il socio sanitario?

L'individuazione di un'area del socio sanitario così come individuata dai LEA comporta inoltre l'inserimento di queste prestazioni tra quelle esigibili (sia pure a volte con partecipazione alla spesa).

L'art. 3 del DPCM 14.2.2001 ribadisce le definizioni del socio sanitario già richiamate dal 502, si sottolinea però come inizi affermando "sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, *erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali...*" a segnalare come in questo caso l'integrazione sia componente essenziale della prestazione pur facendo riferimento alla sola competenza della azienda sanitaria.

Al punto 2 si indicano come competenze dei comuni (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) le funzioni educative, socializzanti o di supporto (chiarificatore il passaggio sull'ospitalità alberghiera), per le quali è anche prevista la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

Di nuovo al comma 3, nel definire le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, si ribadisce l'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali, indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali. In questi casi l'intero intervento che, di per sé, ha aspetti sia sanitari che sociali è a carico ASL.

Le prestazioni elencate spaziano dalla assistenza consultoriale, assistenza e tutela accoglienza in strutture protette, assistenza domiciliare, per disabili, malati psichici, tossici, colpiti da HIV, anziani, minori in stato di abbandono.

Il DPCM prevede poi un riparto di costi tra ASL, cittadini e Comuni che fa riferimento ai principi affermati.

Il DPCM 29.11.2001 nasce da un accordo Stato-Regioni avente ad oggetto il problema della copertura finanziaria del sistema sanitario. Esso amplia la categoria dei LEA a tutta la sanità, e comprende tra le prestazioni sanitarie garantite dal sistema sanitario nazionale:

- nell'area "assistenza distrettuale" l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare (tra cui ADI, ass. sanitaria e socio sanitaria per disabili, malati psichiatrici, tossici, affetti da HIV) e l'assistenza residenziale e semiresidenziale per attività sanitarie e socio sanitarie (non autosufficienti, tossicodipendenti, etc.);
- esamina nell'area "integrazione socio sanitaria" le singole prestazioni e la relativa ripartizione della spesa.

Nonostante il DPCM 29 novembre faccia riferimento al precedente, il riparto di spesa proposto non si inquadra in un disegno complessivo chiaro come il precedente e ad una lettura superficiale sembra caricare sulle spalle dei Comuni spese di evidente competenza sanitaria come ad esempio la quota del 30 % per le spese diagnostiche, terapeutiche e riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi, mentre per il DPCM di febbraio sono a carico 100 % del SSN le prestazioni diagnostiche riabilitative e sono ripartite al 70% al SSN e al 30 % a carico dei comuni, fatta salva la compartecipazione a carico dell'utente, le spese per l'assistenza in strutture.

La legge regionale 2/03 richiama però esplicitamente nell'art. 10 il DPCM di febbraio, per questo motivo è a questo testo che si ritiene si debba far riferimento.

L'integrazione socio sanitaria

Il quadro fin qui delineato dà conto della complessità del problema e dell'intreccio di competenze. Rende anche evidente la necessità dell'integrazione ai diversi livelli programmatori, operativi e professionali come condizione ineliminabile di efficacia dell'intervento.

Si vede inoltre come a volte l'integrazione sia tra figure professionali e servizi nell'ambito della stessa azienda, in altre entrino in campo due competenze diverse e l'integrazione deve avvenire tra due soggetti giuridici.

Purtroppo, troppo spesso questa duplicità invece che risorsa è stata elemento di quotidiano conflitto aggravato dalle generali difficoltà di finanziamento. L'auspicio è che l'atteso fondo per la non autosufficienza unifichi in una sola fonte finanziaria quello che attualmente riferisce a fonti diverse sottraendo quindi materia al conflitto almeno per il settore dove i problemi sono più rilevanti

La compartecipazione ai finanziamenti prevista dai LEA richiede per essere accettata da ambo le parti richiede la condivisione sia delle scelte di pianificazione dei servizi sia delle scelte gestionali sia la compresenza di figure professionali sanitarie e sociali. Esemplicando: se aprire un centro diurno, quali siano i criteri per accedervi, quale progetto per quell'utente.

Chiarisce inoltre come questo non esaurisca tutte le relazioni – integrazioni necessarie sia con l'ambito più strettamente sociale (ad esempio il problema casa) sia con quello più strettamente sanitario (terapia). La necessità di accordi di programma, di protocolli operativi, di progetti comuni individuati nei piani di zona rimarrà indipendentemente dalle soluzioni organizzative adottate.

La legge regionale 2/03 prevede per favorire l'integrazione:

- che la Regione promuova l'integrazione delle attività socio assistenziali di competenza dei Comuni con le attività sanitarie e socio sanitarie delle ASL;
- il rafforzamento del ruolo della Conferenza Sociale e Sanitaria provinciale che "promuove e coordina la stipula d'accordo in materia socio sanitaria" (art. 11);
- il Piano di Zona distrettuale come atto nel quale si indicano obiettivi e priorità anche per gli interventi socio sanitari e per il PAT;
- che i Comuni e le ASL prevedano nei Piani di Zona i modelli organizzativi e finanziari fondati sull'integrazione organizzativa e professionale delle reciproche competenze (art. 57).

In sede locale, si tenta già con il presente documento di arrivare a definire punti comuni in una logica di sistema, dandosi l'obiettivo di applicarli compiutamente a partire dalla prossima triennialità dei PdZ.

Poiché la legge Regionale 2/2003, all'art. 11 dispone che i PAT assumano, per gli interventi sociosanitari, le indicazioni dei Piani di Zona, il presente indirizzo vale anche come indirizzo per i piani distrettuali, in modo da contribuire a rendere uniforme l'offerta e l'organizzazione dei servizi su scala distrettuale e provinciale.

Il governo istituzionale del territorio bolognese per l'area sociale e socio sanitaria

La nuova Conferenza Sociale e Sanitaria di Bologna e le sue articolazioni si presentano così:

CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA DELL'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI BOLOGNA;

Composizione: i Sindaci dei 50 Comuni compresi nel territorio dell'AUSL di Bologna, compreso il Sindaco del Comune di Bologna, la Provincia di Bologna e il Direttore generale AUSL di Bologna. Partecipano il Direttore Azienda ospedaliera Sant'Orsola e il Commissario del Rizzoli;

Competenze indicate da art.11 L.R 19/94, art 11 L.R 2/03 e L.R. 21/03;

UFFICIO DI PRESIDENZA;

Composizione: il sindaco del comune capoluogo, i Sindaci rappresentati i comuni dei Distretti, la Provincia, presente il Direttore dell'AUSL di Bologna, partecipano le altre aziende sanitarie e l'Università in base agli accordi da sottoscrivere;

COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO;

Composizione: Sindaci dei comuni o loro delegati, Direttore del Distretto; per il Distretto di Bologna i Presidenti di quartiere e il Sindaco o suo delegato.

Competenze:

- programmazione sanitaria e piani della salute;
- programmazione socio sanitaria favorendo l'integrazione con sanità e sociale;
- programmazione sociale;

-

Livello di Distretto/zona i comuni e il comitato di distretto

Il Distretto è il livello di governo considerato ottimale per la programmazione e gestione delle funzioni sociali e sociosanitarie così come definito dalla legge regionale 2/03, dalla legge nazionale 502/92 e dalla 328/00.

Competenze dei COMUNI:

I Comuni sono:

- titolari delle funzioni amministrative e della programmazione, progettazione, e realizzazione della rete dei servizi sociali nonché dell'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali;
- tutela dei minori;
- autorizzazione e vigilanza strutture e servizi;
- accreditamento strutture e servizi ex art 38;
- concessione assegni invalidi civili;
- emergenza sociale.

I Comuni esercitano le funzioni di programmazione in modo collegiale attraverso il Piano di Zona e in raccordo con la programmazione sanitaria. Esercitano le funzioni gestionali di norma in modo omogeneo a livello di zona.

Il PdZ include il socio sanitario e le risorse finanziarie conseguenti del fondo sanitario regionale e perciò per questa parte deve essere sottoscritto *d'intesa* con il Direttore generale della azienda (LR 2/03, art 29).

Competenze in materia sanitaria del comitato dei Sindaci di Distretto:⁶

- parere obbligatorio sul piano delle attività distrettuale (PAT);
- parere obbligatorio su assetto organizzativo e localizzazione servizi;
- parere obbligatorio su direttore di Distretto;
- verifica risultati;
- relazione con la Conferenza sociale- sanitaria su PAL e piano della salute;
- relazione con Conferenza sociale- sanitaria su riparto budget e piano investimenti;
- parere su priorità impiego budget di Distretto;

Il ruolo del Comitato dei Sindaci di Distretto come organo collegiale è poco delineato e scarsamente vincolante proprio per la parte sociale: nonostante l'insistenza sulla dimensione distrettuale come dimensione ottimale, solo l'utilizzo dei finanziamenti provenienti dal fondo sociale è vincolato alla sottoscrizione dell'accordo distrettuale dei PdZ (sembrerebbe la si debba interpretare che se un comune non firma non riceve il 30 %) mentre l'opzione alla scelta di soluzioni gestionali di livello distrettuale è vincolante solo per la ASL (che non potrebbe quindi aderire ad esempio ad un consorzio di dimensione inferiore).

L'esperienza di questi anni per i Piani di Zona, per i programmi previsti dalla L. 285 e dalla L. 286 a cui si aggiunge l'esperienza delle conferenze territoriali per l'offerta formativa ci permettono però di sottolineare l'importanza di questo livello di governo.

Una visione ampia delle politiche sociali non può che essere una visione integrata che tiene insieme anche le politiche della casa, la collaborazione con la scuola, i percorsi integrati di formazione e inserimento al lavoro interloquendo quindi con un numero elevato di attori pubblici e privati.

La dimensione della zona è stata opportunamente in questi anni resa coincidente quasi ovunque con il Distretto sanitario, con i distretti scolastici, con i bacini per l'impiego e tendenzialmente tiene conto delle associazioni dei comuni. Questa politica praticata dalla Provincia negli anni passati è essenziale per garantire la costruzione di progetti condivisi ed integrati con il mondo della scuola, della formazione, del lavoro.

L'esercizio di un governo distrettuale delle politiche sociali è quindi un passo avanti, una ulteriore evoluzione rispetto alla situazione attuale.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto si configura poi come l'articolazione territoriale della Conferenza Sociale e Sanitaria. Il Sindaco eletto come da regolamento è componente di diritto dell'Ufficio di presidenza e ha il compito di rappresentare i bisogni del suo distretto nonché di garantire un'adeguata interlocuzione tra i due livelli di governo.

A servizio di queste funzioni viene costruito l'Ufficio di piano integrato con ASL in base ad apposito accordo, il ruolo dell'ufficio sarà particolarmente rilevante per la programmazione congiunta del socio sanitario.

A livello provinciale/aziendale: la Conferenza sociale e sanitaria

L'organo di governo è la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria composta da tutti i Sindaci, dotata di un Ufficio di presidenza e di un Presidente. Molto opportunamente la Conferenza si

⁶ LR 19/94, art. 9 e LR 21/03)

chiama sociale e sanitaria, questo significa infatti che il suo ambito di intervento copre allo stesso tempo la sanità, il sociale e il socio sanitario.

Competenze della CSS in materia sanitaria

La Conferenza Sociale e Sanitaria (art. 11 LR 19/94):

- partecipa alle funzioni di programmazione locale e regionale, approva il PAL, esprime parere sui piani attuativi annuali;
- indirizzo e verifica attività sulla attività ASL;
- parere obbligatorio su bilancio;
- parere obbligatorio su accordi con università;
- valutazione funzionalità dei servizi territoriali;
- promozione del piano della salute;
- delimitazione dell'ambito dei distretti;
- parere equa distribuzione delle risorse tra i distretti.

Competenze della CSS in materia sociale e socio sanitaria

- promuove e coordina la stipula di accordi in materia di integrazione socio sanitaria tenendo conto dei piani regionali (sociale e sanitario) e assicurandone l'integrazione (art 11 LR 2/03)

Proposte:

In questi anni è maturata una esperienza positiva con l'istituzione di Tavoli tecnici e Tavoli istituzionali per il coordinamento dei Piani di Zona:

- se ne conferma la validità.
- si propone di trasformare il tavolo tecnico dei PdZ nel tavolo tecnico delle politiche sociali e sociosanitarie

A supporto delle attività la Provincia di Bologna svolge da tempo il proprio ruolo di supporto informativo attraverso il sistema informativo provinciale, l'osservatorio per l'immigrazione e l'ufficio di piano provinciale.

Il rapporto con il territorio imolese

Imola ha una propria Conferenza socio sanitaria corrispondente al territorio della Azienda Sanitaria Locale. E' prevista la costituzione di un apposito organismo (Comitato di coordinamento dell'area metropolitana) che permetta una valutazione comune delle politiche sanitarie e una programmazione unitaria del PAL metropolitano. Le competenze di tale Comitato concernono solo la sanità.

La collaborazione di questi anni con i rappresentanti imolesi (Azienda Sanitaria, Consorzio Servizi Sociali di Imola, Circondario) è stata particolarmente positiva. Si propone quindi di regolare con apposito successivo atto le relazioni tra le due Conferenze anche in materia sociale prevedendo la presenza dei rappresentanti di Imola nei tavoli tecnici ed istituzionali il loro coinvolgimento nei piani provinciali. Le presenti linee di indirizzo vengono sottoposte anche all'attenzione del territorio imolese.

La governance allargata

Pensare di sviluppare le politiche sociali per un *Welfare* locale- territoriale senza un confronto continuo e la valorizzazione dei soggetti del terzo settore è ormai impensabile. Da sempre molte delle attività e dei servizi sociali più innovativi nascono e si sviluppano grazie all'impegno e alla volontà di soggetti della società civile, da sempre chi agisce nel sociale sa e riconosce il valore della relazione interpersonale e del senso di solidarietà come elemento essenziale anche se non esaustivo di un sistema sociale.

Nel processo di governo dei Piani Attuativi Locali e dei Piani di Zona dovrà affermarsi con maggiore incisività il concetto di **governance**, vale a dire un orientamento a programmare, attuare e verificare le azioni in uno spirito di collaborazione e di confronto tra i diversi soggetti istituzionali coinvolti e di concertazione e negoziazione con i soggetti non istituzionali, in particolare con i soggetti del terzo settore.

Le questioni da affrontare per attuare una politica di *governance* e per applicare gli indirizzi, sono di natura organizzativa, normativa e gestionale.

Per quanto riguarda il **sistema di relazioni tra i soggetti istituzionali**, il tema è stato già svolto.

E' più difficile proporre soluzioni precise per quanto riguarda il **rapporto tra Enti e attori sociali**, essendo ancora in divenire i provvedimenti attuativi della Legge regionale 2/2003. Sono però chiari gli indirizzi politici e i valori di riferimento:

- diritto dei soggetti privati e dei rappresentanti delle organizzazioni dei cittadini ad essere coinvolti nei processi di programmazione;
- applicazione del principio di sussidiarietà nell'attuazione dei programmi;
- coinvolgimento dei soggetti sociali che rappresentano i cittadini e dei soggetti gestori nella valutazione delle politiche e dei risultati delle azioni distinguendo i loro diversi ruoli.

Se si guarda all'esperienza dei Piani di Zona, essa è stata molto positiva nel primo anno, segna un po' il passo in questo terzo anno. Il coinvolgimento degli attori sociali ha bisogno di essere sistematizzato, regolamentato, dotato di veri poteri di valutazione.

Gli attori:

I tavoli dei Piani di Zona hanno visto la presenza di soggetti molto diversi tra loro (istituzioni, mercato, enti di rappresentanza, familiari o singoli cittadini/ utenti) in una positiva interrelazione, ma hanno segnalato anche qualche problema :

- gli attori istituzionali (comuni, azienda sanitaria, scuole, centri per l'impiego provinciali) che spesso dal tavolo sono sollecitati a risolvere i nodi delle relazioni interistituzionali conseguenti alla diffusa autoreferenzialità.
- I soggetti gestori (IPAB, cooperative sociali, associazioni di promozione sociale...), nei confronti dei quali è necessario chiarire quando il loro ruolo è appunto di gestione esecutiva e quando si articola in un contributo d'idee, proposte, gestione, co-finanziamenti, peculiarità organizzative, il che richiede inevitabilmente l'utilizzo di strumenti giuridici adatti quali la concessione, o la convenzione o l'istruttoria pubblica.
- I rappresentanti degli utenti, (associazioni, sindacati od organizzazioni di volontariato) il cui ruolo insostituibile è quello di riportare l'attenzione di tutti al fine dell'intervento Il volontariato portatore di istanze, problemi nuovi, spesso di soluzioni coraggiose ed innovative, capace di

favorire la nascita di gruppi di auto aiuto, di sostegno reciproco. Va tenuto distinto dal resto del terzo settore perché la sua partecipazione al sistema integrato dei servizi non è quella di un soggetto erogatore di servizi essenziali, né di rappresentanza di una “categoria”.

- Le comunità locali, e le famiglie spesso chiamate a svolgere il ruolo più rilevante sul piano assistenziale, ma anche gruppi informali, gruppi di auto aiuto, reti di vicinato. Strumento indispensabile di coesione sociale .

Proposte

Dichiarare di voler applicare il principio di sussidiarietà, di voler promuovere le realtà sociali coinvolgendole nei processi programmatici, di voler attuare i programmi favorendo la famiglia, ampliando le possibilità di scelta dei cittadini, lo spirito di iniziativa delle organizzazioni sociali, significa addentrarsi in un campo privo di supporti legislativi e normativi.

Occorre pertanto:

- predisporre strumenti regolamentari per descrivere i processi di applicazione del principio di sussidiarietà, sia nell’ottica di favorire le realtà sociali, sia a supporto delle famiglie;
- prevedere un Piano di Zona triennale , aperto ad una consultazione vasta e significativa. A seguire negli anni successivi, il Piano di Zona annuale e il PAT comportano adattamenti, devono prevedere confronti, verifiche sull’andamento tecnico dei servizi, ma sono sostanzialmente attuativi del PdZ triennale. A questa fase vengono chiamati a partecipare le associazioni e il volontariato con modalità di rappresentanza ai tavoli stabili tematici, coinvolgendoli sin dalle fasi di monitoraggio e di valutazione;
- regolamentare il percorso di definizione del Piano di Zona, prevedendo sia le caratteristiche dei soggetti che sono ammissibili al tavolo di programmazione, sia le procedure amministrative per la concertazione e per favorire accordi tra Enti pubblici e soggetti privati, finalizzati ad acquisire risorse per la realizzazione dei Piani;
- in attesa che la Regione aggiorni i percorsi di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento delle strutture sanitarie e implementi l’accreditamento delle strutture sociali, sarebbe bene che il sistema istituzionale provinciale predisponesse strumenti organizzativi dei servizi che vadano nel senso dell’integrazione tra aree (sportelli unificati, protocolli operativi) e nel miglioramento del rapporto con il cittadino (carte dei servizi, piani personalizzati e contratti di servizio).

Per quanto riguarda gli aspetti normativi, le principali azioni proposte sono:

- articolare diversamente la **partecipazione dei diversi attori** ai Piani di Zona (4.3);
- predisporre un **modello tipo di regolamento comunale** che fissi norme per l’applicazione del principio di sussidiarietà, per l’istruttoria dei Piani di Zona, per la conclusione di accordi endoprocedimentali all’interno di tale procedimento;
- avviare una progettazione congiunta con tutte le aree distrettuali, per identificare elementi comuni delle **carte dei servizi**, da adottare in tutti gli ambiti territoriali.

Una nuova fase per i Piani di Zona

I Piani di Zona sono stati e sono lo strumento di costruzione di un modello di WELFARE comunitario, fondato su un approccio territoriale e su una rete reticolare dell’offerta (sistema integrato dei servizi).

In questi primi anni di sperimentazione , che possiamo considerare una forma di apprendimento collettivo, ci sono state esperienze positive ma anche difficoltà operative . L’attuale fase richiede una forte rimotivazione a fronte dei segnali di stanchezza per non perdere uno strumento di straordinaria importanza.

Bisogna superare:

- l'eccessiva attenzione a concentrare la fase di concertazione solo nel primo momento quello di definizione degli obiettivi strategici;
- una programmazione seria non può che essere pluriennale;
- l'eccesso di burocratizzazione che vede il processo finire con l'approvazione formale ed attivarsi solo alla vigilia del successivo.

Bisogna invece:

- definire con chiarezza la diversa valenza del Piano di Zona triennale da PdZ attuativi;
- i soggetti coinvolti nella programmazione devono trovare un posizionamento stabile nella fase attuativa, il che comporta una modifica degli organismi della governance, la capacità di individuare delle rappresentanze, la distinzione tra il ruolo di chi è responsabile di una attività o progetto e chi è portatore di istanze.

Il Piano di Zona deve costituire un processo permanente di governance nel quale le fasi di attivazione, verifica, monitoraggio, individuazione criticità e adattamento siano ugualmente condivise.

Proposte

- dare valore al PdZ triennale, prevedendo per la sua costruzione l'ampio coinvolgimento di soggetti e partner che già caratterizzò il primo periodo sperimentale. Il PdZ triennale è il piano di programmazione strategica. Il piano triennale non potrà essere che quello che seguirà il nuovo piano sociale regionale.
- caratterizzare i PdZ annuali come piani attuativi facendone dove possibile atto unico con il PAT. A questi dovrebbero lavorare solo i soggetti componenti stabili dei Piani di Zona;
- pervenire per il socio sanitario ad individuare una quota fissa e stabile di risorse (budget del socio sanitario),.

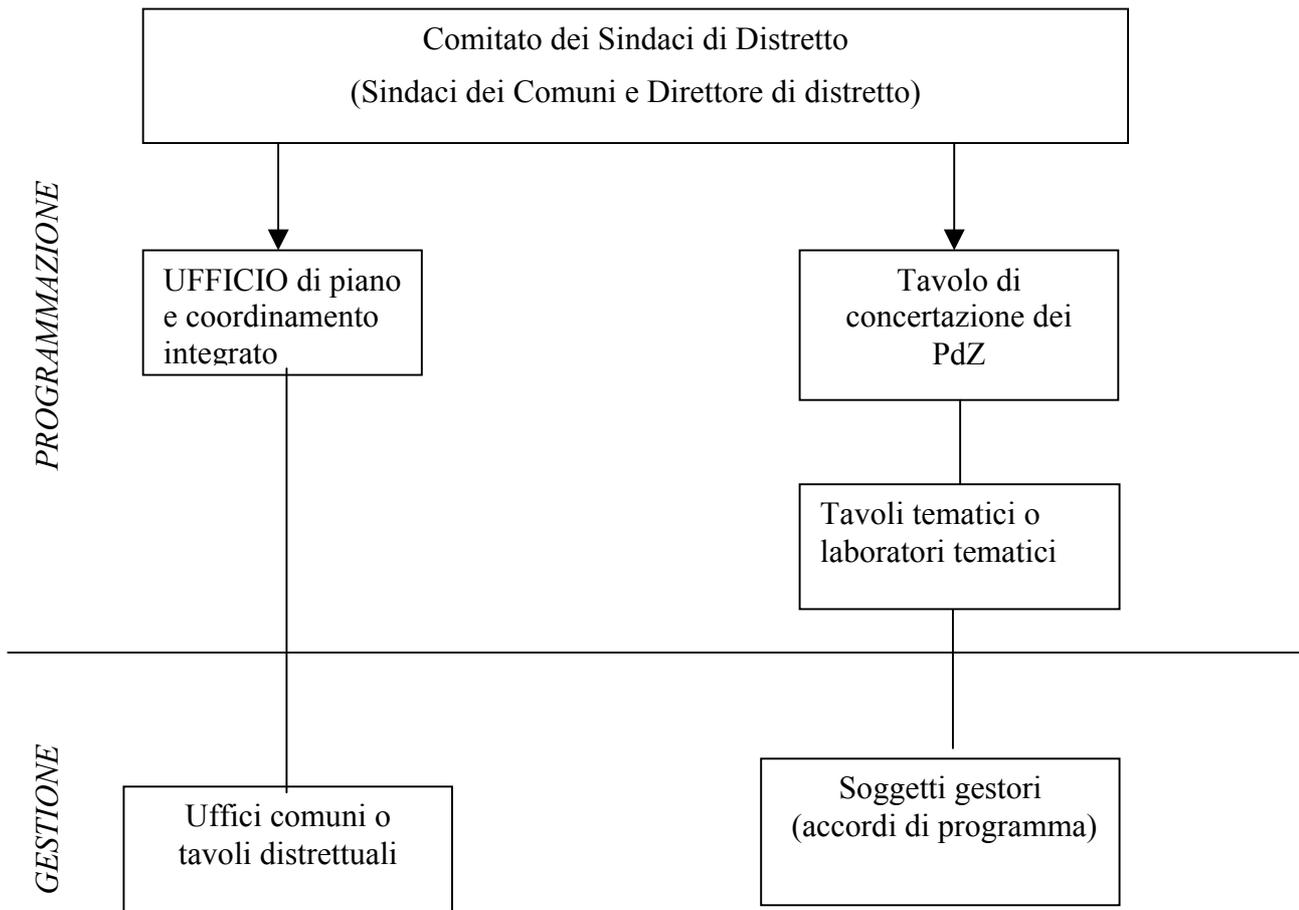
La partecipazione viene così a differenziarsi, più larga e a valenza consultiva – propositiva nel PdZ triennale., di condivisione del governo più stabile e chiamata a maggior responsabilità nella partecipazione stabile nei tavoli dei PdZ.

Pur nelle diversità di ogni zona e riconoscendo le specificità dell'area cittadina i ruoli possono essere così definiti:

- Comitato dei Sindaci di Distretto = promozione e regia;
- *Coordinamento tecnico o tavolo tecnico di piano* è già presente in alcune zone prevede il coordinamento dei responsabili dei servizi sociali ASL e Comuni e in qualche zona prevede la presenza degli assessori;
- *ufficio di piano* - unità centrale per il supporto tecnico e la regia permanente finalizzata al coordinamento, al monitoraggio del processo , alla riprogrammazione . (ulteriori funzioni vengono indicate in altro capitolo);
- *Tavolo di concertazione dei Piani di Zona* – sede di concertazione complessiva con le rappresentanze sociali, le IPAB, il volontariato , le ASL dove si acquisisce la visione d'insieme delle scelte e ci si confronta su risorse e priorità.. i suoi componenti devono essere stabili e rinnovati ogni triennio.
- *Tavoli tematici dei Piani di Zona*– seguono la programmazione e attuazione del piano per materia e aree di intervento. Prevedono la presenza di tutti gli attori che hanno partecipato alla fase di programmazione strategica Si suggerisce però di individuare forme stabili di rappresentanza o un eccessivo numero di presenze ne inficia la capacità operativa. E' utile che si pongano in una logica di valutazione di risultato e di "laboratorio " per l'innovazione.

- *Tavolo dei soggetti attuatori* – è la proposta nuova, ma in realtà corrisponde a quanto già avviene per l’attuazione degli accordi di programma per gli anziani .l’obiettivo è dare una sede stabile di risoluzione ai problemi concreti delle fasi di attuazione. (il termine attuatori vuole significare la differenza con chi svolge mere funzioni esecutive)

Le modalità di governo e gestione del piano, le modalità di partecipazione, l’interlocuzione con gli attori sociali devono essere definite all’interno del PdZ triennale.



Le forme della gestione dei servizi sociali

Nel prossimo futuro il sistema locale è chiamato a compiere scelte appropriate per la gestione dei servizi. E' prevista l'introduzione del sistema di accreditamento dei servizi sociali per il rilascio di voucher e la riforma delle IPAB in aziende di servizi alla persona. A tali innovazioni si affianca una esigenza, sempre più sentita dalle Amministrazioni, di forme di gestione più efficienti ed efficaci ed una volontà di maggior protagonismo delle amministrazioni comunali.

Una maggior centralità delle politiche sociali non può che essere condivisa da tutti coloro che vi operano e sono certi della sua straordinaria importanza per lo sviluppo economico e sociale di un territorio ma poiché il nostro territorio ha una lunga positiva storia è importante non disperdere il patrimonio passato ma piuttosto evolvere verso le soluzioni più adatte a questo periodo.

Occorre quindi che alla spinta innovatrice si accompagni un orientamento di grande equilibrio, per produrre miglioramenti al sistema e per non distruggere saperi ed esperienze, conquistati con fatica dalla rete dei produttori e operatori sociali.

Quanto detto nei capitoli precedenti permette di individuare alcuni punti fermi che vengono offerti alla valutazione comune per quanto attiene alla scelta delle forme di gestione dei servizi sociali:

- si tenga conto che si tratta delle funzioni sociali di competenza comunale e quindi servizi sociali e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e che il ragionamento che segue parte comunque dalla affermata necessità dell'integrazione con le competenze socio sanitarie e sanitarie in capo alla ASL.

Nel territorio provinciale Il quadro attuale appare estremamente variegato:

- Comune di Bologna: delegate le funzioni sui disabili, a gestione diretta anziani (accordo legge 5) e minori. In discussione un consorzio per i servizi sociali;
- pianura est. Delegate con apposito accordo e individuazione di strumenti comuni di governo le funzioni per disabili e minori, verso la gestione comunale anziani con accordo di programma;
- pianura ovest si sta approfondendo una modalità di gestione attraverso ex IPAB;
- San Lazzaro un accordo di programma regola l'incarico alle ASL per le aree minori e disabili, gli anziani è gestito direttamente;
- Casalecchio quasi concluso accordo di programma per una delega partecipata;
- Porretta – delega;
- Imola: istituito un Consorzio per i servizi sociali.

I Piani di Zona hanno però modificato profondamente la vecchia pratica della delega in bianco obbligando tutti ad avviare percorsi di revisione delle attività in corso, ad individuare attività e progetti condivisi., definire gli obiettivi individuare il complesso delle risorse a disposizione del sistema. Essi ci hanno inoltre fatto superare la delega generalista su tutte le funzioni obbligando ogni singolo comune a valutare che cosa (rispetto alle macro aree minori, disabili, anziani) e con quali strumenti si decide di gestire attraverso la delega alla ASL piuttosto che direttamente.

Il concetto stesso di delega sembra ovunque superato, meglio parlare di co-programmazione, responsabilità condivise, gestione associata, incarico.

La delega attiene comunque alla fase di erogazione dei servizi, ma tutto l'impianto progettuale che mira ad costruire un *Welfare* locale (territoriale) integrato e partecipato spinge a concentrarsi sulla programmazione strategica, la visione complessiva delle politiche sociali ampiamente intese .

Quanto descritto nei capitoli precedenti rende poi evidente come il nodo del socio sanitario non possa essere risolto con una rigida ripartizione di competenze ma possa e debba essere affrontato attraverso **l'integrazione Programmatica, Gestionale, Operativa**, prevedendo quindi sedi comuni di programmazione strategica, programmazione operativa, valutazione dell'intervento, operatività.

Per questo si propongono come punti fermi:

Per la programmazione strategica:

- **il ruolo di indirizzo** assegnato alla Conferenza sociale e sanitaria e ai comitati dei Sindaci di Distretto in materia di sanità, sociale e socio sanitario deve garantire la visione unitaria dei problemi ed è garante dell'integrazione.
- Ruolo forte **dell'ufficio di piano integrato** è la sede unità centrale per il supporto tecnico e la regia permanente finalizzata al coordinamento, al monitoraggio del processo, alla riprogrammazione.

La funzione del Piano di Zona triennale e del relativo Piano attuativo annuale come documenti base della programmazione socio sanitaria è anche il fondamento degli accordi sul piano di attività con i soggetti gestori. Così come indicato dalla 328 la scelta sulle forme di gestione va indicata nel PdZ, si propone che abbia valenza triennale per permette maggior continuità nelle attività e nei rapporti di lavoro.

Per la gestione:

- diffusione, su tutta l'area sociosanitaria, delle équipes di valutazione multidisciplinare (cfr. DPCM 14 febbraio 2001, art. 4);
- Riprendere il modello della LR 5/94 anche per le altre aree;
- Attivazione dello sportello sociale sul modello proposto (cfr. allegato);
- Individuazione, dopo gli approfondimenti richiesti, di un budget del socio sanitario

Nella scelta fra le possibili forme di integrazione, inoltre, occorre tenere presente che l'integrazione operativa forte si ha nel caso di:

- **delega partecipata**, che qui si propone di sostituire con il termine e "**incarico**" che meglio corrisponde ai cambiamenti in corso. Le funzioni comunali esattamente individuate vengono date alla ASL in base ad un accordo di programma prevedendo modalità di riparto delle spese, strumenti di valutazione eventuali sedi comuni di confronto. Il piano di attività annuale fa riferimento al PdZ.
- **Consorzio servizi sociali** (comuni – ASL). In ogni caso l'accordo di programma è necessario per l'integrazione con le funzioni sanitarie e socio sanitarie non delegabili e il consorzio deve presentare ogni anno un piano di attività in accordo con i Piani di Zona. Recenti posizioni espresse dalla regione lasciano aperto il necessario chiarimento su quali funzioni socio sanitarie di competenza dalla ASL possano essere delegate al consorzio.

Mentre negli altri casi si ottiene **un'integrazione operativa concertata:**

- gestione diretta da parte dei comuni o attraverso proprie istituzioni o proprie aziende esclusivamente pubbliche;
- gestione delegata alla IPAB trasformata in azienda dei servizi alla persona (art 15 LR 2/03).

Ciò che già con questo atto ci si propone di rafforzare è:

- il sistema informativo a supporto delle funzioni di governo del sistema socio-sanitario provinciale, attraverso l'integrazione e lo sviluppo dei sistemi informativi esistenti (Garsia).

Occorre integrare i sistemi informativi, adeguandoli alle nuove dimensioni territoriali e all'esigenza di integrazione tra aree di attività tradizionalmente separate:

- coordinare il processo di istituzione degli Sportelli unificati di accesso, predisponendo una griglia di funzioni e di metodologie di accesso, con lo scopo di realizzare una rete omogenea di Sportelli su tutto il territorio provinciale.
- Indicare alcune "parole chiave" da condividere e su cui costruire un sistema più omogeneo.

Parole chiave

Consolidare

I Piani di Zona hanno permesso di mettere in evidenza alcune incoerenze del sistema dei servizi, inoltre nel corso degli ultimi anni gli Enti si sono trovati, anche sulla base dell'incentivo di finanziamenti dedicati, a operare per progetti. Non sempre la logica dei progetti è coerente alla logica della pianificazione.

Lavorare per progetti ha favorito la capacità di definire con chiarezza obiettivi e metodi, ha comportato collaborazioni ed integrazioni di professionalità mirate a fini comuni, ha allenato i servizi a misurare i risultati del loro operato, a rendere esplicite le intenzioni, a mettere in chiaro i costi dei progetti...ha dato possibilità di sviluppare ed innovare, basti pensare alle attività nate dalla L285/97.

Oggi è necessario mettere a sistema, strutturare, radicare i progetti di valore nati in questo modo nella rete complessiva dei servizi anche per sottrarli ai rischi legati al termine di finanziamenti dedicati.

Occorre consolidare il sistema anche valutando cambiamenti nei servizi storici, concentrandosi sull'analisi della qualità dei servizi e degli interventi offerti ed investire nelle risposte a nuovi bisogni.

Promuovere il benessere

La promozione di situazioni di agio e di normalità per prevenire situazioni di disagio si inserisce in un quadro di politiche sociali che, nel corso del tempo, hanno mutato l'ottica di intervento perseguita.

Se negli anni 60/70 le politiche sociali erano orientate prevalentemente all'assistenza al singolo soggetto, nel corso degli anni 80/90 si è passati ad una maggiore attenzione alle politiche di prevenzione rivolte prevalentemente a gruppi a rischio, mentre negli anni 90 si è passati allo sviluppo di politiche orientate alla promozione, rivolte non solo a gruppi target bensì ad intere fasce di popolazione, attraverso un lavoro di rete.

Lo sviluppo di politiche sociali come promozione di situazioni di benessere e di coesione sociale sono concepite come politiche di aiuto alla normalità della vita delle persone e non solo politiche che aiutano situazioni di crisi e disagio e si caratterizzano, conseguentemente, per erogazione di prestazioni di tipo universalistico.

Agire nella normalità implica attivazione di politiche integrate coinvolgendo tutti i soggetti che si occupano di una determinata fascia di età, ad esempio nel caso dei minori: Servizi sociali, Scuola, AUSL, CGM, privato sociale...

Agire per prevenire e per star bene comporta la valorizzazione delle attività di gruppo, ricreative, di mantenimento della memoria e degli interessi, di condivisione di momenti di festa sia per i giovani che per gli anziani.

Rafforzare la coesione sociale

La legislazione nazionale e regionale sottolinea da tempo ed in vari modi la finalità della promozione del benessere del singolo nell'ambito di una comunità solidale.

Questa semplice affermazione non può essere data per scontata anche nel nostro territorio che ha una storia importante sia di servizi che di solidarietà e partecipazione, perché si scontra con ostacoli sempre nuovi, nuove paure, nuovi cittadini.

Servizi ed interventi di buona qualità non potranno da soli garantire benessere e coesione sociale, la promozione e la consapevolezza del valore di una convivenza solidale e responsabile sono prima di tutto patrimonio comune.

Sembra oggi meno riscontrabile, nel pensare e nell'agire delle persone la consapevolezza del valore del benessere collettivo e la connessione tra questo ed il benessere individuale, in molti casi e campi di esperienza quotidiana (nel lavoro, nei consumi, a volte anche nell'ottenere o meno servizi..) prevale una visione dell'altro come concorrente.

Se il benessere sociale non viene percepito dai cittadini come un valore che ha una ricaduta diretta sulla qualità della vita del singolo cala anche il senso di responsabilità verso il suo mantenimento, la disponibilità ad impegnarsi per migliorarlo e il malessere collettivo mette in discussione la possibilità del singolo di "vivere bene".

La programmazione sociale di zona non può non porre attenzione a sostenere e ad incoraggiare reti informali di solidarietà presenti, sostenere le famiglie, i gruppi di auto mutuo aiuto e stili di comunicazione e relazione che favoriscano una comunità locale amichevole; mettere in campo azioni che possono attivare circoli virtuosi di solidarietà, già in molti casi presenti nella società civile, capaci di sostenere e potenziare il capitale di benessere sociale della comunità, ricercando modi per renderne visibile il valore.

Personalizzare l'intervento, sostenere le famiglie, superando la visione settoriale e favorendo l'integrazione

Personalizzare l'intervento richiede di tener conto del contesto in cui la persona vive, dell'aver o meno una famiglia, di averla vicina o lontana, di avere o meno reti di aiuto, di avere o meno gli strumenti per accedere a informazioni e servizi; puntare l'attenzione sulla persona non deve far perdere di vista lo "sfondo" sociale, economico, relazionale nel quale vive.

Personalizzazione e integrazione dell'intervento sono concetti strettamente connessi, è impossibile far fronte alla sempre maggiore complessità ed intensità dei bisogni con visioni settoriali o competenze professionali specializzate, la consapevolezza della complementarità dei saperi e la necessità di approcci globali impongono la via dell'integrazione.

L'integrazione o quanto meno la collaborazione fattiva tra servizi ed enti va assunta quindi come metodo di lavoro dei servizi sociali che si trovano a dover interagire, per realizzare interventi efficaci, con molti settori.

Favorire la permanenza della persona nel proprio ambiente di vita

Rimanere nella propria casa, nel proprio quartiere in un ambiente conosciuto è preferibile per tanti al ricovero in una struttura per quanto ben gestita inevitabilmente più anonima. Questa aspirazione che è sempre esistita e che per tanto tempo ha fatto perno sulla famiglia allargata è ora

favorita della aumentata presenza di “badanti” (che però per ovvi motivi preferiamo chiamare assistenti familiari). Questo elemento nuovo non deve far dimenticare i tanti interventi fatti negli anni passati a sostegno alla domiciliarità con assegni di cura, alla costruzione del sistema dell’assistenza domiciliare, della assistenza domiciliare integrata.

Anche i centri diurni e i ricoveri di sollievo rientrano in una logica di favorire la permanenza nella propria abitazione alleggerendo la famiglia di parte del carico assistenziale.

L’invecchiamento della popolazione e l’aumento delle situazioni di non autosufficienza correlati alle modificazioni che ha subito la vita quotidiana delle famiglie e la complessità dei compiti che queste si trovano a dover affrontare impone una attenta valutazione del rischio di istituzionalizzazione che una notevole parte della popolazione corre se non vengono attivati specifici interventi a sostegno della domiciliarità. Qualificazione di chi vi opera, regolarità nei rapporti di lavoro, maggior flessibilità e facilità di accesso alla rete dei servizi, ma anche riconoscimento all’anziano e alla sua famiglia di libertà nella scelta organizzativa e di vita.

Accesso – il sistema degli sportelli

La nuova legge regionale sull’assistenza, diretta emanazione della legge 328/2000, ha, tra le novità, la realizzazione di un unico sportello sociale al quale i cittadini potranno rivolgersi per avere risposte alle loro richieste di servizi. Si tratta di un’unica porta di accesso al sistema, una sola sede in cui potere avere risposte alle proprie esigenze, senza dispersione di tempo ed energie da parte dei cittadini e senza sovrapposizione di compiti e ruoli da parte delle strutture pubbliche.

Come si potrebbe realizzare

Per quale territorio

La dimensione territoriale, tenuto conto che lo sportello ha una funzione di antenna sul territorio funzionale alla programmazione dei servizi, non può che essere quella distrettuale.

Per che cosa

Lo sportello svolgerà funzioni di ascolto, informazione e orientamento, attivando poi i competenti servizi per la presa in carico o l’avvio di programmi assistenziali individualizzati. Per la sua caratteristica di essere il punto di contatto con i cittadini, non possiamo perdere l’occasione di considerarlo anche un’antenna dei bisogni del territorio sia sociali che informativi.

Per chi

Per coerenza con le premesse filosofiche della legge non può che essere rivolto all’universo dei cittadini che riconoscono i propri bisogni (compresi quelli informativi) nell’ambito del sociale: suddividere lo sportello per aree tematiche (adulti, anziani, minori,..) vorrebbe dire alzare la soglia d’accesso.

Con quali figure professionali

Le sperimentazioni finora tentate dimostrano che le competenze necessarie a un operatore che incontra cittadini che spesso non sanno definire esattamente la loro domande, sono competenze di in primis di tipo relazionale. Tali competenze supportano la risposta che si deve avvalere di una ampia base dati che parta dai servizi dell’Ente di cui fa parte (sociale) e si allarghi a un contesto più ampio (sanitario, promozionale, culturale, amministrativo, ecc.). La costruzione e gestione della base dati, la raccolta ed elaborazione dei risultati del lavoro dello Sportello sociale in un’ottica di qualificazione dei servizi, raccomandano che gli operatori destinati abbiano anche sufficienti competenze informatiche.

Quale percorso

Normalmente il contatto inizia con una fase di esposizione da parte del cittadino a seguito della quale il personale di filtro può già individuare con un sufficiente livello di sicurezza l'argomento / domanda espressa. Quando le prime informazioni sono sufficienti, il personale può:

- fornire le risposte / informazioni richieste e indirizzare l'accesso (favorire il percorso di accesso);
- se è il caso, inviare il cittadino ad un altro servizio (ad es. ufficio scuola)
- se è il caso, preparare le informazioni necessarie per la presa in carico e stabilisce il contatto fra il cittadino e l'Assistente sociale.

Qualora, invece, non lo siano, per individuare una risposta il personale può svolgere in modo colloquiale una indagine mirata alla individuazione delle informazioni mancanti. Le informazioni raccolte seguono un percorso logico di progressivo completamento:

- viene verificato se il richiedente è già stato in carico a servizi sociali al fine di recuperare tutte le informazioni già in possesso del servizio;
- viene verificata la corretta residenza / domicilio;
- vengono verificati i dati anagrafici del cittadino
- vengono poste domande basate sulle specifiche del servizio che si ritiene possa essere di interesse per il cittadino.

Al termine di questo percorso l'operatore può riprendere il percorso descritto prima (fornire le informazioni, inviare il cittadino presso il servizio più idoneo, stabilire il contatto con l'Assistente sociale).

Lo Sportello sociale si doterà di materiali di supporto "snelli" che gli permettano di raccogliere in tempi brevi i dati necessari dal cittadino che incontra e di flusso dell'attività della giornata, per esempio di una scheda di registrazione. Nel primo caso (cfr. scheda 1) la scheda di registrazione ha lo scopo di fornire i primi elementi per l'assistente sociale che incontrerà l'utente. Nel secondo, l'analisi delle richieste portate allo Sportello permette di riprogettare il servizio e i servizi secondo la seconda funzione su esposta.

In quale contesto

Lo Sportello sociale si colloca in un contesto che prevede altre agenzie e altre azioni informative. Immaginiamo una forte sinergia con queste, sia per l'aggiornamento della base dati che per la costruzione e la correzione di azioni informative che rispondano ai bisogni che l'attività dello Sportello evidenzierà.

In una prima fase sperimentale si potrebbe utilizzare una traccia di linea guida come quella ALLEGATA al presente documento. (Si sono tenuti presente due diversi modalità di gestione già presenti sul territorio a Imola e nella pianura est).

Presa in carico e assistenza

Sviluppare il tema della presa in carico della situazione può rappresentare una grande opportunità per avviare un percorso di ridefinizione dell'attuale modalità di rapporti operativi che, maggiormente orientato alla deburocratizzazione dei percorsi, punti in modo deciso alla valorizzazione del territorio (inteso come rapporto privilegiato del cittadino con l'Ente Locale individuato quale punto di riferimento certo), alla valorizzazione e specializzazione delle competenze dei professionisti, alla integrazione tecnico/operativa ed istituzionale da assumere come strumento per la realizzazione di un sistema a rete.

Va pertanto sottolineata la necessità di agire in vista di:

- maggiore qualificazione di tutti i percorsi socio/assistenziali, socio/sanitari e sanitari a disposizione dei cittadini definendo, inoltre, elementi e standard minimi di processo ed organizzazione in grado di assicurare parità di opportunità ed equità di trattamento;
- promozione di percorsi assistenziali e di cura e riabilitazione integrati, favorendo in tal modo, non solo l'approccio globale ai bisogni della persona, ma il consolidarsi di una metodologia di lavoro basata sulla valorizzazione della multi-dimensionalità e multi-professionalità anche attraverso la definizione di strumenti clinico/operativi e metodologici (Linee Guida, protocolli operativi, cartella integrata, percorsi formativi trasversali etc.);
- miglioramento della comunicazione e del raccordo tra i vari professionisti (dell'area sociale e dell'area sanitaria) mediante l'implementazione di reti informative/comunicative comuni;
- la presa in carico avviene anche dopo l'accesso agli sportelli sociali sopradefiniti, si sottolinea l'importanza comunque di definire e realizzare una rete capillare (in ogni comune o quartiere) di **punti di accesso** per i servizi sociali e socio/sanitari estendendo in tal modo la concettualizzazione già contenuta nella Direttiva Regionale 1379/1999 che, in riferimento alla Rete dei Servizi rivolti agli anziani recita :“Il punto unico di accesso analogamente a quanto previsto nella deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 08/02/1999 sull'organizzazione delle cure domiciliari, non rappresenta un unico luogo fisico, ma la strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso dei cittadini. E' la effettiva costruzione di un sistema a rete articolato nel territorio che realizza l'unicità dell'accesso.”

Sul modello definito dalla LR. 5/94 in riferimento alla attivazione del percorso assistenziale per l'anziano dovrà essere valorizzata la funzione del **Responsabile del Caso** che gestisce in termini “professionali” la fase di prima accoglienza e valutazione del bisogno espresso. Il Responsabile deve essere inteso come il *tutor* del cittadino richiedente, in grado di interfacciarsi con la rete complessiva dell'offerta garantendo un competente supporto negli eventuali passaggi da nodo a nodo della rete assistenziale.

Sarà il Responsabile del caso che, sulla base del bisogno rilevato, invierà il caso all'équipe multidisciplinare distrettuale per la valutazione e definizione dell'eventuale percorso socio/sanitario e del progetto integrato. Il R.C., pertanto deve divenire partecipante alla definizione del progetto personalizzato svolgendo, contemporaneamente, il ruolo di mediatore tra i vari professionisti coinvolti e il cittadino.

Diviene fondamentale garantire una logica di **co-progettazione dell'intervento complessivo sul nucleo familiare**, in grado di coniugare in modo coerente e condiviso gli aspetti socio/assistenziali con quelli di tipo socio/sanitario e diagnostico/valutativo. Particolare rilevanza assume, quindi, la fase di costante rapporto e di informazione sull'andamento dei vari aspetti del progetto personalizzato. Il raccordo e la comunicazione tra i professionisti (seppur afferenti a diverse organizzazioni e nel rispetto delle diverse competenze e responsabilità) diviene snodo fondamentale per la corretta ed omogenea gestione della situazione.

Per realizzare tutto ciò, indipendentemente dalla formula organizzativa scelta a livello territoriale per la gestione delle funzioni socio/assistenziali, diviene fondamentale individuare azioni e principi strutturali su cui fondare la realizzazione di un modello operativo in ambito socio/sanitario. Alcune di queste azioni potrebbero essere:

- Definizione di **Protocolli operativo/metodologici inter-istituzionali condivisi** per la gestione della fase di accesso, prima rilevazione del bisogno, gestione del progetto personalizzato ed eventuale invio all'équipe multidisciplinare, progettazione integrata, gestione del progetto personalizzato integrato.

- Costituzione di **tavoli tecnici distrettuali** di predisposizione, monitoraggio e verifica dei percorsi tecnico/operativi e gestionali costituito dai Referenti del Distretto dell'Azienda USL e dei Comuni.
- **Piano annuale di formazione integrato e trasversale** che coinvolga *tutto* il personale tecnico/assistenziale/educativo che svolge la propria attività professionale nell'ambito del modello operativo proposto.
- **Flusso informativo integrato** Comuni/Azienda USL che dovrà raccordarsi ed interfacciarsi con gli altri sistemi informativi e di rilevazione dell'attività presenti nell'Azienda Sanitaria (es. Sistema Informativo Dir. ER 1378/99, indicatori Budget, sperimentazioni Balanced Score Card, etc.) (vedi quanto già detto in merito alla espansione di Garsia)

Istituzione di un gruppo di lavoro sull'integrazione sociosanitaria

Come detto in premessa non è al momento possibile affrontare compiutamente l'argomento , si propone quindi di mantenere il gruppo che ha lavorato sul tema socio sanitario con il compito di :

1. **effettuare una ricognizione di tutte le prestazioni che i Comuni sono già obbligati ad assicurare**, sia a carico proprio, sia dell'INPS (prestazioni per gli invalidi civili, assegni di maternità, assegni per le famiglie numerose, tutela degli interdetti e degli inabilitati, assistenza all'infanzia abbandonata, attuazione dei provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile, etc.). Tali prestazioni sono universali, nel senso che debbono essere assicurate a tutte le persone che si trovino nelle condizioni previste dalle leggi e sono esigibili.
2. censire le attuali modalità di compartecipazione al finanziamento tra ASL e Comuni (cfr. Del RER progr. 514/2003).
3. **valutare l'impatto che avrebbe l'applicazione del DPCM 14 febbraio 2001**: posto che i LEA sociosanitari richiedono l'intervento della Regione, e che la LR 2/03 (art. 6) prevede che la Regione definisca i livelli essenziali tramite intesa triennale in sede di CRAL, si può però valutare l'impatto sul nostro sistema provinciale di una applicazione dei LEA quale quella prefigurata **dal DPCM del 14 febbraio 2001** per altro ampiamente richiamato dalla legge regionale 2 /03
4. definire precisi criteri per l'attribuzione di un intervento alla categoria "sociale a rilevanza sanitaria" o "sanitario a rilevanza sociale".

Tutto ciò è necessario per porre le basi un accordo di massima che individui **un budget annuale per le prestazioni sociosanitarie**, a partire da una valutazione delle risorse messe in campo dalla sanità, dal fondo regionale per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, e dalla spesa dei Comuni per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Si dà mandato al gruppo di instaurare la necessaria collaborazione con i competenti apparati tecnici degli assessorati regionali (sanità e sociale).

Prosecuzione dei lavori dei gruppi PAL di area sociosanitaria

Si riprendono brevemente in una scheda sintetica in allegato (ALL.3) le criticità e le proposte emerse nei gruppi di lavoro del PAL.

Per quanto attiene all'area del socio sanitario è necessario, come sollevato dagli stessi gruppi, garantire una maggior collaborazione con i comuni e per questo in qualche caso si propone di attivare nuovi gruppi maggiormente integrati e in stretta connessione con le attività dei Piani di Zona e con l'obiettivo di arrivare a proposte operative per il prossimo piano di zona triennale .

In particolare

Gruppo Anziani

- rimane confermato l'obiettivo di ampliare la rete dell'offerta residenziale prima di tutto nelle zone che ancora non hanno raggiunto il 3% popolazione ultra .. a fronte della presenza di una lista di attesa;
- sostegno alla domiciliarità: aumento assegni di cura e percorsi brevi di qualificazione delle assistenti familiari;
- maggior attenzione alla prevenzione con un aumento dell'offerta di spazi aggregativi e culturali
- si ritiene opportuno integrare il gruppo di lavoro PAL già esistente con la presenza di rappresentanti dei Comuni;
- ci si dà l'obiettivo di mettere in relazione il tema sportello sociale-accesso alla rete dei servizi con il lavoro del sottogruppo "anziano fragile".

Disabilità

In sede di conferenza sanitaria si è appena concluso un gruppo di lavoro sui problemi conseguenti all'invecchiamento, (il testo è disponibile sul sito della Provincia). Si propone di partire da quanto proposto con apposite iniziative di confronto con famiglie utenti ed operatori anche in connessione con le iniziative sul "dopo di noi".

Infanzia ed adolescenza

Vengono riportate ai Piani di Zona le problematiche emerse, viene coordinata a livello provinciale la raccolta, valutazione e diffusione delle moltissime iniziative avviate in particolare nei Piani della salute e Piani di Zona

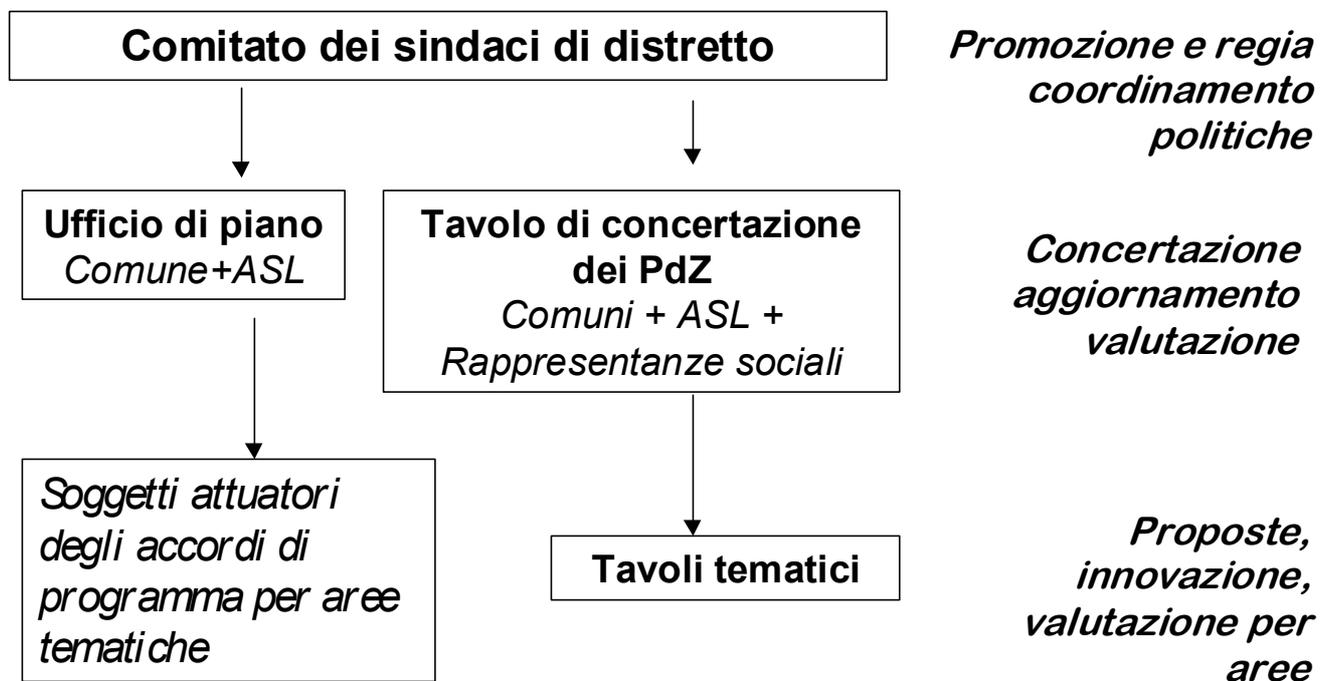
SINTESI PERCORSO DI ACCESSO

FUNZIONE	DESCRIZIONE	COMPITI
ACCESSO AI SERVIZI INTEGRATI	Collocato nel Comune, è la funzione di supporto all'accesso dell'intera rete dei servizi di Accesso all'intera rete dei servizi Socio/assistenziali e Socio/sanitari. Una parte di questo lavoro è svolta dall'operatore di sportello.	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • •
RESPONSABILE DEL CASO	Presso ogni Comune del territorio.	<ul style="list-style-type: none"> • Effettua la prima accoglienza e valutazione del bisogno • Individua, tra le possibili, la risposta più adeguata ai bisogni espressi e orienta il cittadino • Predisporre e monitorizza il progetto di intervento personalizzato • Rileva e valuta eventuali problematiche di tipo socio/sanitario e predisporre l'invio all'équipe multidisciplinare distrettuale • Si interfaccia con l'équipe distrettuale per la cogestione dei piani individuali a valenza socio sanitaria.
ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALE DISTRETTUALE	Articolazione multi-professionale di base collocata nel Distretto Socio/sanitario- E' composta da personale tecnico (Assistente Sociale), della riabilitazione (Educatore Professionale) e della dirigenza sanitaria (Medico e/o Psicologo)- con particolare riferimento agli anziani si prevede l'impiego di Medici Geriatri e Infermieri, mentre per i Minori saranno coinvolti Psicologi, Neuropsichiatri e Terapisti della riabilitazione.	<ul style="list-style-type: none"> • Effettua la valutazione del bisogno socio/sanitario a seguito dell'invio della R.C. comunale • Articola il progetto multidisciplinare individuale (diagnosi, prognosi e cura) ridefinendo, eventualmente, il R.C. • La R.C. individuata dall'équipe monitorizza l'andamento del progetto individualizzato interfacciandosi con l'assistente sociale comunale per l'attivazione di tutte le risorse necessarie alla riuscita del progetto.

Allegati**1. Ipotesi di linee guida per lo sportello sociale**

FUNZIONE	COMPORAMENTO RACCOMANDATO	RISULTATO ATTESO	INDICATORE
Organizzare l'offerta	Realizzazione banca dati complessiva dei servizi attivi	La struttura organizzativa è in grado di conoscere il territorio, di attivare le risorse disponibili e di informare	Numero e tipologia delle risorse del territorio coinvolte
Organizzare la domanda /Informare	Publicizzazione nei centri di aggregazione (ipermercati, strutture sanitarie, ...), a domicilio (pubblicazioni delle aggregazioni sociali, ecc.)	Gli abitanti sono informati correttamente dell'esistenza dei Servizi sociali	N° centri di aggregazione esistenti/coinvolti = 1 I cittadini sono informati al momento del bisogno (verifica a campione su tutta la città effettuata dagli uffici centrali)
Accogliere la domanda	Garantire un ampio orario telefonico e di accesso diretto Il primo punto di incontro della domanda è un operatore con competenze relazionali e informatiche adeguate al ruolo, con conoscenza dei servizi sufficiente a orientare la domanda	Facilitare l'accesso della domanda Tutte le domande che arrivano allo Sportello sono documentate Tutte le domande, in qualunque modo pervengano, sono evase	Accesso garantito per almeno 4 ore nei 6 giorni feriali Accessi/Risposte = 1
	Formazione del personale coinvolto nel processo rispetto a regole di comportamento che tutelino la riservatezza dei cittadini	La privacy dei cittadini è tutelata	
Selezionare la domanda	L'operatore indirizza le domande verso i servizi del territorio di competenza	Ogni domanda posta dai cittadini riceve una risposta corretta	Verifica periodica dell'attività dello Sportello attraverso un esame a campione delle risposte: l'attività si considera soddisfacente se è corretta in almeno il 70% delle risposte
Invio delle domande all'assistente sociale	Le domande di competenza del Servizio sociale vengono registrate in agenda nei giorni e negli orari previsti per il ricevimento del pubblico Quando il cittadino si rivolge di persona al Servizio l'appuntamento gli viene riportato su un promemoria scritto	Il bisogno di ascolto dei cittadini viene soddisfatto Gli assistenti sociali vengono sgravati da funzioni di segretariato e amministrative Riduzione dei tempi di attesa fra la richiesta e l'appuntamento.	

2. *Grafico: governance dei Piani di Zona*



3. Principali criticità in ambito sociosanitario emerse dai gruppi di lavoro

Area di criticità	Gruppo – esigenza o criticità	sintesi proposte
Comunicazione	Accesso: insufficiente connessione e allineamento dei sistemi di informazione presenti nelle Aziende (URP, N° Verde Regionale, Call-center CUP M etc...), deputati all’ascolto sistematizzato dell’utenza, alla decodifica del bisogno e alla comunicazione verso l’esterno e verso l’interno delle Aziende stesse.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinare ed integrare tra i diversi sistemi l’acquisizione e l’implementazione delle informazioni per i cittadini che accedono ai servizi ▪ linee guida sull’accoglienza. ▪ criteri condivisi di selezione degli operatori front-line ▪ formazione per operatori front line
	Infanzia/disagio: le richieste di aiuto\ostegno ai servizi sono spesso formulate in modo improprio a causa delle ridotte abilità esplicative e contrattuali del richiedente.	
Continuità assistenziale	Accesso: insufficiente integrazione fra ospedale - territorio - servizi (in particolare sociale e sanitario) che condiziona l’accesso a tutto il sistema della domiciliarità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potenziamento e qualificazione del percorso di dimissione protetta ▪ superamento delle differenze nei protocolli in uso.
	Anziano fragile: definire percorsi di gestione della dimissione protetta chiari e uniformi a liv. provinciale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ raccordo tra gli staff intra ed extra-ospedalieri e tra questi e i servizi sociali
	Anziano fragile: tempestività della presa in carico da parte dei servizi socio-assistenziali	<ul style="list-style-type: none"> ▪ definizione di fondi e modalità di attivazione dei servizi domiciliari nelle fasi di urgenza. ▪ strutturazione di un Servizio domiciliare d’urgenza con accordi di programma tra ASL e Comuni.
	Riabilitazione: garantire la continuità dell’episodio di cura fra ospedale e territorio. Difficoltà e disomogeneità dei percorsi assistenziali – percorsi gestiti dalla famiglia e non dal sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ dimissione protetta: formalizzare le procedure di attivazione della continuità terapeutica (es. protocollo S. Orsola-Malpighi) ▪ individuazione Responsabile di caso e modalità di passaggio delle responsabilità ▪ individuare set informativo minimo per il passaggio delle responsabilità
	Infanzia/ bambino malato cronico: le cure sono demandate a centri specialistici trascurando disfunzioni comportamentali e difficoltà familiari e sociali. Assenza di protocolli d’intesa fra i servizi e di percorsi formalizzati e facilitanti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ elaborare uno specifico progetto per validare nuovi modelli di presa in carico integrata ▪ attivare gruppi multiprofessionali che portino alla sottoscrizione di protocolli e procedure operative fra organizzazioni diverse.

LINEE DI INDIRIZZO PER IL SOCIOSANITARIO - ALLEGATI

Area di criticità	Gruppo – esigenza o criticità	sintesi proposte
Integrazione sociosanitaria	Infanzia/disagio: frammentazione degli interventi sanitarizzazione del disagio cronicizzazione degli interventi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Non perdere di vista la continuità fra normalità, situazioni di rischio e situazioni patologiche ▪ integrazione fra PdZ, PAT e PPS. ▪ formazione
	Riabilitazione: assenza di modelli collaudati di integrazione socio sanitaria specifici, persistenza di zone di conflitto di competenza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ migliore integrazione con i Servizi Disabili Adulti ▪ cura affidata a Team interprofessionale compreso Assistente Sociale ▪ argomento da approfondire
Iter amministrativo	Accesso: utilizzo del cittadino come elemento di collegamento tra diverse parti del sistema e complicazione dell'iter (caso dell'esenzione per patologia).	Creare automatismi informativi e/o organizzativi tra i servizi: l'attivazione di uno metta in funzione automaticamente tutti quelli necessari a fornire una risposta complessiva ai bisogni.
Orientamento ai bisogni	Infanzia/disagio: frammentazione dei servizi e approccio prestazionale fanno sì che il bisogno nelle sue diverse dimensioni non trovi un luogo comune di progettualità.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessità di un luogo comune di progettualità in cui ricomporre le risposte ai diversi aspetti del bisogno ▪ Sostegno complessivo al nucleo familiare: interventi di sollievo, alloggi, reti di supporto sociale, facilitazione all'accesso e alla fruizione dei servizi
	Riabilitazione: programmazione dei servizi in relazione alla diagnosi di malattia anziché sul livello di disabilità-intensità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ orientare il processo assistenziale alla persona nella sua globalità (aspetti fisici, psichici, sociali) e non alla patologia che l'ha prodotta ▪ Responsabile di caso ▪ Team interprofessionale compreso Assistente Sociale ▪ costruire processi riabilitativi trasversali costruiti sui criteri di continuità terapeutica e di progressività alle cure ▪ sperimentare sistemi di rilevazione delle attività centrati sulla performance assistenziale e non sulle singole prestazioni
	Invecchiamento disabili: progetti assistenziali centrati sulla diagnosi/prestazione e non sui bisogni	Creare strumenti di valutazione condivisi che guardino ai bisogni della persona quale che sia la specifica diagnosi, e tengano conto anche di fattori come il grado di autonomia e le capacità residue, la presenza e la possibilità di tenuta della rete familiare, gli elementi che possono influire su questa tenuta (p. es. deterioramento cognitivo, intensità dell'assistenza, bisogno di contenimento, etc.).
	Invecchiamento disabili: progetti assistenziali statici e inadeguati all'evoluzione della persona	Prevedere momenti in cui il progetto assistenziale possa essere ridiscusso e modificato per adattarlo al mutare delle esigenze nelle diverse fasi della vita

LINEE DI INDIRIZZO PER IL SOCIOSANITARIO - ALLEGATI

Area di criticità	Gruppo – esigenza o criticità	sintesi proposte
Prevenzione delle situazioni di fragilità	Anziano fragile: definire strumenti e modalità operative per individuazione precoce e trattamento delle situazioni di fragilità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sviluppo di una metodologia di lavoro sensibile al bisogno sommerso ▪ formazione degli operatori ▪ coordinamento degli strumenti di programmazione per individuare azioni e politiche volte a ridurre i possibili fattori sociali di rischio ▪
	Infanzia/disagio: prevenzione delle situazioni di rischio psico-sociale sottese al disagio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ potenziamento servizi domiciliari nel periodo perinatale ▪ accessi facilitati al sostegno psicologico alla genitorialità nella fascia 0-3 anni
Risposta all'emergenza	Anziano con demenza: gestione dei momenti di crisi e di reazione catastrofica del paziente	Prevedere posti di sollievo o di rapido accesso in strutture protette
	Invecchiamento disabili: mancanza di un sistema strutturato di risposta alle emergenze soggettive e della famiglia di appoggio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ creare una rete dinamica di risposta all'emergenza nelle strutture diurne e residenziali, destinando alle emergenze posti letto <i>ad hoc</i> e personale reperibile ▪ potenziare il sistema di servizi di sostegno e di sollievo per gli utenti per le loro famiglie
Sistema informativo	Anziano fragile: scarsa conoscenza della popolazione anziana in condizioni di fragilità	Rilevazione integrata dati sanitari e di rischio sociale
	Infanzia/ bambino malato cronico: l'attuale sistema di rilevazione fornisce informazioni incomplete e non comparabili	
	Infanzia/ disagio: l'attuale sistema di rilevazione fornisce informazioni non omogenee sul territorio, non comparabili e non aggiornate per l'analisi diacronica	<p>Accesso al Sistema Informativo Socio Assistenziale (SISA) per l'analisi di</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ motivo della richiesta presentata dagli utenti ai servizi ▪ problematica familiare espressa e rilevata ▪ tipo di intervento erogato ▪ provvedimenti della Autorità Giudiziaria ▪ motivi sottendenti la fine dell'intervento e l'uscita dal servizio
	Invecchiamento disabili: l'attuale sistema di rilevazione fornisce informazioni incomplete e non comparabili	