

Il distretto socio sanitario dei Comuni di Collegno e Grugliasco

Mauro Perino, Direttore Consorzio Intercomunale Servizi alla Persona (CISAP), Collegno e Grugliasco (TO)

Il Distretto nella normativa nazionale e regionale

Con l'approvazione del decreto legislativo 229/1999¹ e della D.G.R 11 dicembre 2000, n. 80-1700² (con la quale la Regione Piemonte ha dettato le norme di riassetto delle Aziende Sanitarie Regionali) il Distretto sanitario ritrova - almeno potenzialmente - una configurazione di "centro di riferimento sanitario e socio-sanitario per l'incontro fra le istanze espresse dalla comunità locale e la globalità delle risposte disponibili da parte del S.S.N"³. La definizione di assetti più funzionali alla gestione delle attività socio sanitarie - che consentano l'effettivo esercizio di una programmazione partecipata da parte della comunità locale - non può infatti che avvenire attraverso la piena applicazione dell'articolo 3-*quater* del D.Lgs.502/92 e s.m.i⁴ che individua nel *distretto* l'articolazione dell'Unità sanitaria locale più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione. Il distretto - quale garante della salute e responsabile della funzione di tutela - deve dunque assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies* del D.Lgs.502/92 e s.m.i nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. A tal fine al distretto devono essere attribuite *risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute* della popolazione di riferimento e - nell'ambito delle risorse assegnate - al distretto deve essere riconosciuta la necessaria autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria con obbligo di tenere una contabilità separata all'interno del bilancio della Azienda Sanitaria Locale. In realtà il processo finalizzato a configurare nel distretto il livello della sanità pubblica ed accreditata più prossimo alla comunità locale, su cui far ruotare tutto il sistema dei servizi sanitari, sconta - a tutt'oggi - notevoli ritardi. E' ben vero che la vigente normativa individua nel Distretto "la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione" ma a tale riconoscimento non fa seguito una pratica di concertazione pienamente rispettosa delle prerogative dei Comuni. L'articolo 3 - *quater* del D.Lgs 502/1992 e s.m.i assegna al "Comitato dei Sindaci di Distretto" il compito di esprimere un parere consultivo sul complesso delle attività sanitarie previste dal Programma delle attività territoriali distrettuali che viene annualmente proposto dal Direttore di Distretto e successivamente approvato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria. Per quanto attiene però alle attività socio sanitarie è riconosciuto ai Sindaci qualcosa in più (del potere consultivo): il decreto prevede infatti - limitatamente a tali attività - *l'obbligo d'intesa* tra Azienda e Rappresentanti dei Comuni. Di tale obbligo si fa menzione - anche se con linguaggio non proprio lineare - nella D.G.R 11 dicembre 2000, n.80-1700, secondo la quale, "il Programma delle attività territoriali-distrettuali è proposto dal Direttore di Distretto...previa concertazione e coordinamento con i responsabili dei Dipartimenti territoriali e dei Presidi ospedalieri dell'ASL e *sentito* l'ufficio di coordinamento...e il Comitato dei Sindaci di Distretto. La proposta di Programma è trasmessa al Direttore Generale ai fini dell'approvazione, *d'intesa* con il suddetto Comitato limitatamente alle attività socio-sanitarie". A fronte di una procedura così poco definita (e quindi scarsamente cogente) non sorprende constatare che, a tutt'oggi, sono ben pochi i Comitati costituiti nell'ambito della Regione Piemonte ai quali è stata data la possibilità di esercitare - anche solo formalmente - il diritto/dovere di *concertare* il Programma. Non resta dunque che rivendicare, per il futuro,

¹ Con il D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502 e il D.Lgs7 dicembre 1993, n.517 si realizza la "seconda riforma sanitaria" intervenendo in modo radicale sull'impianto della legge di riforma originaria (Legge 23 dicembre 1978, n.833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale). Con il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419" (conosciuto come decreto Bindi) si dà corso alla "terza riforma sanitaria".

² D.G.R 11 dicembre 2000, n.80 - 1700 "Art. 3, comma 1- bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali.

³ Idem.

⁴ Integrazioni all'articolo 3 del D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502 inserite con il D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

il pieno rispetto della normativa nazionale e - nell'ambito della Regione Piemonte - della legge 8 gennaio 2004 n.1 che detta le: "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"⁵. L'articolo 20 della legge (Integrazione sociosanitaria) prevede, al comma 2, che le attività socio sanitarie integrate, "realizzate a livello distrettuale e con *modalità concordate fra la componente sanitaria e quella sociale*" vengano *regolate* nell'ambito dell'accordo di programma che approva il *piano di zona*. Più in dettaglio nell'articolo 17, comma 1, si prevede che: "I comuni singoli od associati, a tutela dei diritti della popolazione, *d'intesa* con le ASL nelle forme previste dall'articolo 3 quater, comma 3, lettera c) del d.lgs. 502/1992 e successive modificazioni per quanto attiene alle attività di integrazione sociosanitaria, provvedono a definire il piano di zona ai sensi dell'articolo 19 della l. 328/2000 che rappresenta lo strumento fondamentale e obbligatorio per la definizione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio di competenza". La questione della pianificazione sociosanitaria è diventata talmente cruciale, in questi anni⁶, che nella legge regionale piemontese si dispone che: "La parte dei piani di zona relativa alle attività di integrazione socio sanitaria trova obbligatoria corrispondenza nella parte dei programmi di attività distrettuale contenuta nei piani attuativi aziendali *per garantire la preventiva convergenza di orientamenti dei due comparti* interessati, l'omogeneità di contenuti, tempi e procedure" (articolo 17, comma 6, della L.R. 1/2004). Anche per quanto attiene ai poteri dei Comuni si rileva un (potenziale) passo avanti con l'articolo 6, comma 4, lettera b) della legge regionale che individua nel Sindaco "il titolare delle *funzioni di tutela socio sanitaria* e del diritto alla salute per i suoi cittadini in applicazione di quanto disposto dal D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni".

Il Comitato dei Sindaci di Distretto

Dato atto che la normativa nazionale vigente impone (da tempo) ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di *concertare* con i Sindaci la programmazione delle attività socio sanitarie (anche perché ai Comuni è fatto obbligo di investire adeguate risorse per garantire le *prestazioni sociali a rilievo sanitario*) non si può non rilevare come, nei fatti, esista una evidente "sproporzione di potere a favore del sanitario, che non rispecchia le scelte costituzionali ma piuttosto l'inosservanza di queste"⁷. "Gli interventi sociali e quelli sanitari sono prodotti da sistemi istituzionali, organizzativi e professionali diversi e talora concorrenziali in termini di referenzialità, acquisizione di risorse economiche e operative, autorevolezza scientifica e professionale, e anche *di potere*"⁸. E questa "sproporzione *di potere* a favore del sanitario ha pesanti conseguenze sulla dialettica interna alle istituzioni regionali fra settore sociale e settore sanitario e, sul territorio, sulla dialettica fra Comuni e Aziende Sanitarie"⁹. Si pone dunque – a monte delle scelte gestionali ed organizzative – un problema di riequilibrio dei poteri tra i due sistemi, che non si può realizzare se non restituendo ai Comuni un ruolo centrale nell'amministrazione della materia sanitaria e socio sanitaria. Ed al fine di innescare un tale processo è opportuno che si rivendichi il pieno rispetto delle norme che assegnano al Comitato dei Sindaci di Distretto (o al Comitato dei Presidenti di Circostrizione) il compito di garantire "la *diffusione dell'informazione* sui settori socio sanitari e socio assistenziali *e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività* in forma integrata e coordinata"¹⁰. Informazione e promozione che si possono concretizzare – in prima istanza - nella produzione e diffusione di opuscoli sui diritti dei disabili e dei malati cronici non autosufficienti, adulti e anziani, ad essere curati in ospedale o in casa di cura convenzionata, quando non è possibile provvedere presso

⁵ Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento".

⁶ Con l'approvazione del D.P.C.M 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" e del successivo D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza " si avvia una lunga vertenza tra Autonomie Locali e Regione Piemonte che trova la sua (provvisoria) conclusione con l'accordo recepito con la D.G.R n. 51-11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli di Assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria".

⁷ Emanuele Ranci Ortigosa "Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari" in "La riforma dei servizi sociali in Italia" a cura di Cristiano Gori – Carocci editore, 2004.

⁸ Idem.

⁹ Idem.

¹⁰ D.G.R 11 dicembre 2000, n.80 – 1700 "Art. 3, comma 1- bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali.

il domicilio. Alcuni Comuni dell'area torinese si sono già mossi in tal senso¹¹ pubblicando materiali informativi sui diritti alle prestazioni rientranti tra i livelli essenziali di assistenza socio sanitaria. L'esperienza andrebbe però generalizzata, avendo cura di "adattare" l'attività di informazione e promozione alle specifiche realtà territoriali al fine di orientare i cittadini anche aiutandoli a produrre istanze nei confronti della Azienda sanitaria di riferimento o - se del caso - a segnalare le inadempienze, le omissioni e i ritardi al Difensore Civico Regionale (competente sugli Enti che dipendono dalla Regione e, quindi, sulle Aziende sanitarie).

Ma è sul tema della pianificazione e della programmazione distrettuale che si gioca la sfida più importante. Occorre che l'*Accordo di Programma* sul "Piano di Zona" sancisca il *livello di esigibilità delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie essenziali* a livello territoriale. Al fine di *evitare divaricazioni tra diritti proclamati e diritti effettivamente esigibili* è opportuno procedere – in sede di programmazione locale – alla puntuale individuazione delle *condizioni di difficoltà* che richiedono *interventi assistenziali garantiti e standard di servizi e prestazioni atti a tutelare efficacemente le posizioni soggettive ed a rendere effettivamente esigibili i diritti riconosciuti*. Ciò implica una precisa assunzione di responsabilità da parte dei Sindaci, ai quali viene richiesto di garantire ai cittadini non solo il diritto alle prestazioni essenziali, ma anche quello alla partecipazione ed al controllo sul sistema locale dei servizi. Ed è proprio attraverso l'alleanza tra i rappresentanti eletti della Comunità locale e le associazioni rappresentative delle istanze degli utenti che si realizza la possibilità di impostare *politiche locali* finalizzate a contrastare i *processi di esclusione* dal sistema sanitario delle componenti più deboli della popolazione. Il problema delle risorse - che sta alla base del tentativo di esclusione dalla pienezza del diritto alle cure dei disabili, degli anziani cronici, delle *persone* non autosufficienti con patologie cronico degenerative, dei soggetti dipendenti da alcool e da droga, degli affetti da patologie psichiatriche o da H.I.V. - è reale ma viene malamente risolto. La tutela del diritto alla salute (ed all'assistenza) impone di agire sulla *dislocazione* delle risorse che, per il *livello essenziale* di ogni intervento costituzionalmente previsto, deve essere necessariamente vincolata. In questo senso non dovrebbe esser prevista alcuna *discrezionalità o inadempienza politica* perché – se quest'ultima è assente - si pone l'intervento giudiziario¹²: uno strumento che va praticato "non per *sostituire* la via giudiziaria a quella politica, ma per rimediare alle inerzie e omissioni dell'amministrazione e per richiamarla (ferma la discrezionalità che le compete) ai vincoli che la Costituzione le impone"¹³.

Criticità dei modelli organizzativi distrettuali

Dato per assodato che il Comitato dei Sindaci è chiamato a svolgere un ruolo fondamentale a tutela dei diritti della popolazione - per quanto attiene alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da erogare a livello distrettuale e per la messa a disposizione delle risorse umane, finanziarie e strumentali necessarie ad erogarle - è opportuno esaminare gli aspetti più strettamente legati *all'organizzazione della gestione integrata*. Sulla questione, qualche indicazione viene dalla lettura del già citato articolo 20 della legge regionale ed in particolare dai commi 3 e 4: "Le attività sono realizzate con modalità operative condivise dai settori sanitario e sociale e, al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi, viene nominato il *responsabile del procedimento*"; "L'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata mediante la *valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del piano di lavoro integrato e individualizzato, il monitoraggio costante, la verifica periodica e la valutazione finale dei risultati*, sulla base di indirizzi e protocolli emanati dalla Giunta regionale al fine di rendere omogenei sul territorio i criteri di valutazione". Il tutto deve avvenire, come si è detto, su base distrettuale. Un distretto che - anche attraverso la sperimentazione di nuove soluzioni organizzative - deve configurarsi "quale principale punto di accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, *nell'organizzazione di punti di accettazione territoriale ai quali compete*, oltre alla tradizionale funzione di filtro ed informazione, anche *l'attivazione di tutte le risposte*

¹¹ UTIM in collaborazione con la città di Nichelino "Le cure sanitarie sono un diritto di Tutti"; Città di Grugliasco "Tutti hanno diritto alle cure sanitarie"; UTIM in collaborazione con la Circoscrizione 7 di Torino "Le cure sanitarie sono un diritto di tutti".

¹² Un esempio di azione in sede giudiziaria è quello fornito dai Comuni di Collegno, Grugliasco, Rivoli e Nichelino – tutti collocati nella prima e seconda cintura di Torino – che presentarono ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio contro la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze "per l'annullamento, previa sospensione, del DPCM del 29/11/2001, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 08/02/2002, allegato 1 C, intitolato 'Area integrazione socio – sanitaria'".

¹³ Livio Pepino: "La salute: fortuna o diritto?" in Animazione sociale n.12 dicembre 2001

necessarie a soddisfare la richiesta e il bisogno del cittadino in connessione con le risorse disponibili.”. Pertanto “l’organizzazione dell’attività distrettuale” deve essere configurata in modo “da ottimizzare l’integrazione fra le funzioni sanitarie e socio sanitarie di competenza del distretto con quelle socio assistenziali gestite dagli Enti locali”¹⁴.

Dalla disamina della normativa regionale sin qui effettuata si comprende che la gestione dei processi integrati di cura relativi alla cosiddetta “area dell’integrazione socio sanitaria” si fonda – in Regione Piemonte - sul metodo della “concertazione / accordo”. Le risultanze dei “tavoli di concertazione” - sino ad oggi formalizzate con convenzioni e protocolli d’intesa - diverranno, nel prossimo futuro, oggetto dell’Accordo di Programma del Piano di Zona e dei Programmi annuali delle Attività Territoriali distrettuali. Purtroppo la gestione per accordi e protocolli - ampiamente sperimentata negli ultimi anni e riproposta dalla più recente normativa - non risulta certamente agevole ed in ogni caso non garantisce una risposta alla necessità di raccordare ed integrare in modo stabile sia gli Enti titolati a rendere esigibili i diritti dei cittadini alle cure che le diverse professionalità dei servizi. Posto che per quanto attiene all’integrazione istituzionale (tra ASL e Comuni) non esistono, nella fase attuale, strumenti diversi dall’Accordo di Programma si tratta di perseguire una stabile integrazione operativa tra i servizi e le professionalità coinvolte negli interventi afferenti all’area socio – sanitaria. Ciò al fine di consentire ai cittadini che si rivolgono ai punti di accesso del sistema dei servizi sociali o di quelli sanitari di vedere considerato e poi trattato il loro bisogno nel suo insieme, “senza doversi essi stessi fare carico di ricomporre le valutazioni e i conseguenti interventi offerti da due diversi sistemi. La mancata integrazione, infatti, non solo produce disservizi e sprechi, ma in molti casi mina la stessa valutazione adeguata del bisogno e la conseguente programmazione di un intervento appropriato”¹⁵. Al cittadino deve dunque esser data la possibilità di interloquire con un’unica istituzione (quella competente ad *assicurare* le prestazioni, e cioè l’Azienda sanitaria) e con un’unica struttura organizzativa nella quale i servizi e le diverse professionalità siano diretti in modo univoco. A tal fine è opportuno individuare *un modello organizzativo dell’integrazione socio sanitaria* incardinato su Unità Valutative pluriprofessionali che devono, necessariamente, configurarsi come organismi preposti alla “presa in carico” e - in quanto tali - rappresentare lo strumento operativo di *un distretto socio sanitario in grado di governare i processi di cura*.

Il modello organizzativo del Distretto dei Comuni di Collegno e Grugliasco (TO)

A seguito dell’approvazione da parte della Giunta Regionale della Deliberazione n. 51 – 11389 del 23.12.2003: “D.P.C.M 29 novembre 2001, allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio sanitaria”¹⁶ e della successiva definizione dell’Accordo di programma tra l’Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori dei Comuni dell’area ovest di Torino¹⁷ - finalizzato all’applicazione dei livelli essenziali di assistenza relativi all’articolazione delle cure domiciliari e dell’assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale degli anziani non autosufficienti e dei disabili - il Comitato dei Sindaci, la Direzione Generale dell’ASL 5 ed il Consiglio di Amministrazione del Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona (C.I.S.A.P) hanno individuato un modello organizzativo per lo svolgimento delle attività afferenti all’area delle prestazioni socio sanitarie che assegna al Distretto il compito di assicurare *l’integrazione gestionale* dei servizi.

L’accesso alle prestazioni. Al fine di ottimizzare l’integrazione tra le funzioni di competenza dei rispettivi comparti, le suddette Amministrazioni hanno individuato nello *sportello socio sanitario distrettuale* lo

¹⁴ D.G.R 11 dicembre 2000, n.80 -1700 “Art. 3, comma 1- bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i Principi e criteri per l’adozione dell’atto aziendale, per l’organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali.

¹⁵ E. Ranci Ortigosa “Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari” in “La riforma dei servizi sociali in Italia” a cura di Cristiano Gori.

¹⁶ Con la D.G.R 51 – 11389 del 23.12.2003 la Giunta Regionale ha recepito l’“Accordo sugli indirizzi, linee guida e percorsi per l’applicazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A) sull’area socio- sanitaria” sottoscritto il 26.11.2003 dall’Assessore alla Sanità, dall’Assessore alle Politiche Sociali, dalle rappresentanze A.N.C.I. Piemonte, Lega Autonomie Locali, Consulta Piccoli Comuni, U.P.P, U.N.C.E.M, Federsanità A.N.C.I. Piemonte, CGIL, CISL, UIL, Fenascop, Coordinamento Case Alloggio HIV, Comitato promotore della petizione popolare e aderenti al Forum Volontariato e Terzo Settore. L’accordo applicativo del D.P.C.M 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. - in vigore dal 1° gennaio 2004 - riguarda la nuova articolazione dei servizi di cure domiciliari per la lungo assistenza ed i servizi socio sanitari per disabili ed anziani.

¹⁷ Il testo dell’Accordo è pubblicato sul sito del Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona – C.I.S.A.P – www.cisap.to.it

strumento idoneo ad assicurare l'accesso all'intero complesso delle prestazioni sanitarie, sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria che l'allegato 1, Punto 1.C del D.P.C.M. 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" ed il D.P.C.M. 10.02.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" assegnano, rispettivamente, alla titolarità del S.S.N. ed a quella dei Comuni che esercitano le funzioni ad essi attribuite tramite i propri Enti Gestori. L'attivazione dello sportello distrettuale consente di fornire una puntuale *informazione* sulle diverse opportunità di cura offerte dalla rete dei servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali del Distretto 1 dell'ASL 5 e sui criteri e le procedure previsti per la richiesta e l'erogazione degli interventi. Lo sportello svolge inoltre una funzione di *orientamento* della domanda attraverso il sostegno del cittadino che manifesta l'esigenza di essere coadiuvato nell'assunzione di una decisione consapevole in merito al piano assistenziale da attivare per sé o per i congiunti in difficoltà. Altro importante obiettivo che si intende perseguire è la gestione unificata delle procedure amministrative (sanitarie e consortili) connesse all'erogazione degli interventi (dalla istruttoria delle richieste, alla valutazione, sino alla definizione degli impegni economici). Al cittadino viene in tal modo offerta la possibilità di interloquire con un'unica struttura per quanto attiene allo svolgimento delle procedure finalizzate alla determinazione del valore del buono di servizio o dell'assegno di cura da utilizzare per l'acquisto delle prestazioni domiciliari non erogate direttamente da operatori sanitari e del valore dell'integrazione della retta da porre a carico dell'ASL/Utente/Consorzio nei casi di attivazione di interventi semi residenziali/residenziali. Infine è opportuno che vengano garantite le funzioni di consulenza e sostegno necessarie al reperimento e al regolare inquadramento contrattuale delle persone addette all'assistenza dei titolari di assegni di cura ed il successivo controllo sulla regolarità del rapporto di lavoro instaurato tra assistente ed assistito prima di autorizzare la liquidazione dell'assegno. Allo sportello distrettuale viene richiesto – in buona sostanza - di porsi come tramite tra il cittadino e la rete dei "case manager" (gli assistenti sociali del consorzio e i responsabili delle cooperative che forniscono i servizi) e dei "care giver" (gli assistenti familiari privati e quelli dei fornitori accreditati) offrendo inoltre consulenza ai "care giver informali" (familiari) al fine di agevolarli nella fruizione delle prestazioni offerte nell'ambito della rete distrettuale. In questo senso compete allo sportello fornire indirizzo, "connessione" e sostegno con riferimento sia alle risposte offerte dal privato accreditato che da quelle offerte "dal pubblico".

Le Unità di Valutazione Distrettuali. Lo sportello distrettuale opera in stretto raccordo con le Unità di Valutazione Distrettuali alle quali è richiesto di:

- ❖ individuare, attraverso la valutazione multi dimensionale, i bisogni sanitari e socio sanitari dei cittadini indicando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando – ove possibile – il mantenimento al domicilio delle persone che lo desiderino;
- ❖ garantire completa informazione – anche mediante documentazione scritta – alle persone ed alle famiglie sui loro diritti e relativamente alle procedure per fruire del complesso delle prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali erogabili dal Sistema Sanitario e Sociale della Regione Piemonte;
- ❖ predisporre e/o approvare il Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I) identificando la fascia d'intensità assistenziale ed il livello di prestazioni adeguato;
- ❖ assicurare il monitoraggio e l'eventuale revisione dei Progetti Assistenziali attivati.

A tutela del cittadino sottoposto a valutazione, è opportuno prevedere la possibilità che ai lavori dell'équipe possa partecipare il medico di fiducia dallo stesso indicato che diviene, a tutti gli effetti, componente dell'Unità di Valutazione. All'Unità di Valutazione Geriatrica deve essere assegnato il compito di intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni avvalendosi della consulenza delle figure professionali competenti nella patologia individuata ed operando attraverso il raccordo con le altre Unità di Valutazione territoriali.

I Nuclei Interdisciplinari Anziani e Disabili. Come definito nell'Accordo di programma tra l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 e gli Enti Gestori dei Comuni dell'area ovest di Torino le Unità di Valutazione Distrettuali sono chiamate a svolgere le funzioni ad esse attribuite avvalendosi dei Nuclei Interdisciplinari preposti all'assistenza territoriale domiciliare, semi residenziale e residenziale degli anziani e dei disabili. I Nuclei rappresentano una modalità operativa dell'Unità di Valutazione, sono composti da figure professionali sanitarie e sociali individuate dalle Direzioni Distrettuali e degli Enti Gestori e costituiscono un "gruppo operativo" al quale è opportuno che venga assegnato il compito di svolgere le attività istruttorie finalizzate alla valutazione delle

situazioni ed alla definizione dei progetti individuali da sottoporre all'Unità di Valutazione che settimanalmente viene chiamata a riunirsi con la presenza di tutti i componenti. Ciò al fine di evitare eccessive lungaggini nello svolgimento dei processi di valutazione finalizzati ad assicurare gli interventi. Gli operatori dei Nuclei devono inoltre svolgere le funzioni di referenza e monitoraggio dei progetti individualizzati approvati dall'Unità di Valutazione ed assegnati ai responsabili del caso individuati nell'ambito della rete dei servizi distrettuali.

Articolazione delle cure domiciliari. Il principio che deve ispirare il modello organizzativo distrettuale è rappresentato dalla *continuità delle cure* per le persone malate e non autosufficienti. Nell'ambito dei posti letto RSA convenzionati è pertanto opportuno prevedere *una riserva di posti per la continuità assistenziale* ai pazienti ricoverati in ospedale (dimissioni protette) e per sollevare temporaneamente la famiglia dal carico assistenziale di un congiunto assistito al domicilio. Nel caso di trasferimento da un reparto di acuzie ad un reparto di post acuzie (lungo degenza, lungo degenza riabilitativa, medicina riabilitativa) o all'assistenza territoriale (domicilio o struttura residenziale) la scelta deve corrispondere alle necessità del paziente poiché le diverse opzioni non sono sovrapponibili in quanto ognuna risponde a bisogni assistenziali di natura diversa. La proposta di trasferimento dall'ospedale ad un reparto post acuzie o nell'assistenza territoriale deve essere pertanto il frutto di un accordo tra chi dimette il paziente (ospedale) chi lo accoglie (distretto). A tal fine la proposta deve essere recepita dalla segreteria distrettuale che deve provvedere a raccordare il Medico del reparto che dimette, con il Medico AST e/o il coordinatore infermieristico addetti alle cure domiciliari e con l'Unità di Valutazione distrettuale. Qualora non ricorrano le condizioni per l'erogazione delle cure domiciliari, l'Unità di Valutazione deve operare per l'inserimento del paziente in uno dei posti aziendali riservati alla dimissione protetta dei ricoverati in ospedale. In via ordinaria si deve prevedere che l'accesso alle cure domiciliari (ADI, ADP, SID) avvenga a seguito della segnalazione effettuata dal medico di medicina generale, dal servizio sociale, dall'utente o dai congiunti. In tale fattispecie il Medico AST e/o il coordinatore infermieristico visionano la segnalazione, contattano il medico (qualora la segnalazione non sia effettuata dal curante) ed eventualmente il servizio sociale. Per l'attivazione degli interventi è in ogni caso opportuno formalizzare il pieno coinvolgimento del medico di medicina generale. In sede di definizione del piano assistenziale, si dovrà procedere alla quantificazione del peso sanitario ed eventualmente sociale in base al quale il paziente accede alla fase intensiva/estensiva o direttamente alla fase di lungo assistenza. Nel caso di accesso diretto alla lungo assistenza deve essere coinvolta l'Unità di Valutazione che - avvalendosi del Nucleo Interdisciplinare Anziani - definisce il piano assistenziale individuando il referente deputato al monitoraggio degli interventi ed il responsabile del caso assegnato ai servizi domiciliari. Qualora in un progetto in fase intensiva/estensiva vengano rilevate variazioni della complessità assistenziale, tali da configurare un regime di lungo assistenza, si dovrà provvedere - da parte del Nucleo Interdisciplinare - a definire un nuovo piano assistenziale da sottoporre alla competente Unità di Valutazione Distrettuale. In attesa dell'attivazione del nuovo piano assistenziale all'utente deve essere garantita la continuità delle cure in atto.

Articolazione dell'assistenza a favore degli anziani non autosufficienti. Alle persone anziane che necessitano di prestazioni socio sanitarie deve esser data la possibilità di rivolgersi allo sportello del distretto che, oltre a svolgere funzioni di informazione ed orientamento, deve proporsi come riferimento unico per l'attivazione delle risposte socio sanitarie che comportano una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica. Le prestazioni essenziali socio sanitarie che l'Unità di Valutazione deve poter fornire alle persone anziane non autosufficienti, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo di Programma tra l'ASL n. 5 e gli Enti Gestori ad essa afferenti, sono:

- ❖ Affidamento intra ed etero familiare con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- ❖ Cure domiciliari con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100% nelle fasi intensive ed estensive e del 50% nella fase di lungo assistenza;
- ❖ Assegno di cura - purché rispondente a spese di assistenza documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali - con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- ❖ Inserimento in Centro Diurno Alzheimer con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100%;
- ❖ Inserimento in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- ❖ Inserimenti in strutture residenziali per non autosufficienti con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura definita dagli indirizzi regionali;

❖ Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%.

Per quanto attiene alle strutture semi residenziali e residenziali è opportuno che l'Azienda sanitaria provveda ad individuarle - prioritariamente - tra quelle accreditate/convenzionate nel territorio del distretto sanitario. Nelle more del reperimento dei posti residenziali necessari al fabbisogno distrettuale si dovrà transitoriamente operare in ambito territoriale aziendale. Deve esser comunque fatta salva la possibilità di collocazione in ambiti territoriali della Regione Piemonte diversi da quello del distretto di residenza, degli aventi diritto che ne facciano motivata richiesta (es. avvicinamento a familiari). All'Azienda sanitaria si richiede inoltre di definire – nell'ambito delle convenzioni stipulate con i gestori delle strutture - regole precise e vincolanti in ordine alla continuità della cure tra residenza assistenziale ed ospedale (e viceversa). Agli anziani ospiti delle strutture deve essere in sostanza garantito - all'insorgere di stati patologici che lo richiedano - il ricovero in ospedale con accompagnamento (ed eventuale sostegno durante la degenza) da parte degli operatori della residenza. Deve essere altresì evitata ogni richiesta di "assistenza aggiuntiva" agli utenti ed ai loro familiari o tutori, sia durante il ricovero ospedaliero che in regime di permanenza presso le strutture residenziali convenzionate o affidate in gestione. Con specifico riferimento alla collocazione semi residenziale delle persone affette da Alzheimer o da gravi demenze senili è opportuno che l'Azienda sanitaria preveda il potenziamento degli interventi al fine di eliminare le liste d'attesa. Ciò comporta la definizione di criteri d'accesso concertati tra l'Azienda, le Direzioni distrettuali e quelle degli Enti Gestori e l'assegnazione all'Unità di Valutazione Geriatrica di un preciso mandato a definire i relativi Progetti Individuali Assistenziali. Per accedere ad alcune delle prestazioni socio sanitarie rivolte agli anziani non autosufficienti è necessario il preventivo accordo tra l'utente e il servizio sociale – come nel caso degli affidamenti intra ed etero familiari o per l'attivazione del tele soccorso – per altre, sono possibili due opzioni: l'*accompagnamento* da parte servizio sociale territoriale o la richiesta diretta della prestazione allo sportello distrettuale che provvede, successivamente, a coinvolgere il servizio sociale per lo svolgimento della parte del procedimento di competenza dei servizi consortili. Fatta salva la possibilità dell'anziano o dei suoi congiunti di scegliere liberamente le modalità di accesso alle prestazioni, è auspicabile che le sedi territoriali di servizio sociale sviluppino la funzione di accompagnamento, perché, in tal modo, si velocizza la procedura (la relazione del servizio sociale per l'Unità di Valutazione viene prodotta contestualmente alla presentazione della domanda) e la scelta della prestazione viene effettuata nell'ambito di progetto individualizzato concordato ed organico. In ogni caso è opportuno che le domande, formulate su apposito modulo, vengano inoltrate (direttamente dall'interessato/suo familiare o attraverso il servizio sociale) allo sportello distrettuale che provvede a protocollarle ed a trasmetterle alla Direzione del Distretto che individua il responsabile del procedimento¹⁸. La domanda - corredata dalla scheda medica compilata dal medico di medicina generale o da altro medico curante; dall'auto certificazione della residenza e del reddito; dalla copia del verbale di invalidità, se posseduto; da eventuali certificati medici e/o copie di cartelle cliniche – viene successivamente istruita dal Nucleo Interdisciplinare Anziani che esamina la documentazione, effettua le necessarie verifiche sulla condizione del richiedente (direttamente e/o per tramite degli operatori territoriali), attiva il medico di medicina generale del richiedente e le necessarie consulenze (geriatra, psichiatra, neurologo), formula una proposta di progetto individualizzato da sottoporre all'Unità di Valutazione. L'esito della valutazione deve essere comunicato in forma scritta all'interessato dal responsabile del procedimento entro un termine massimo dalla ricezione della domanda (corredata dalla documentazione) che si auspica non superiore a trenta giorni. All'interessato deve esser data facoltà di presentare ricorso contro le decisioni dell'Unità di Valutazione.

Articolazione dell'assistenza a favore dei disabili. Lo sportello del distretto è riferimento unico anche per l'attivazione delle risposte socio sanitarie che comportano una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione

¹⁸ Il responsabile del procedimento - secondo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 241/1990 - dovrà valutare, a fini istruttori, i requisiti di legittimazione, le condizioni di ammissibilità ed i presupposti che siano rilevanti per l'erogazione dei provvedimenti; dovrà accertare i fatti compiendo a tal fine tutti gli atti necessari per l'adeguato e sollecito svolgimento dell'istruttoria; potrà proporre l'indizione di conferenze di servizi, curerà le comunicazioni e le eventuali pubblicazioni e notificazioni; infine, ove ne abbia competenza, adotterà il provvedimento finale, ovvero ne promuoverà l'adozione da parte dell'organo competente.

Disabili. Compito dell'Unità è la valutazione della situazione psichica e fisica dei soggetti disabili di ogni età con esclusione degli ultra sessantacinquenni - che rientrano nelle competenze dell'Unità di Valutazione Geriatrica – su richiesta dei soggetti stessi, degli esercenti la potestà genitoriale, degli eventuali tutori, al fine di individuare soluzioni progettuali individualizzate atte ad assicurare adeguato sostegno alla persona ed alla sua famiglia evitando, ove possibile, il ricorso all'istituzionalizzazione. Le prestazioni essenziali socio sanitarie che l'Unità di Valutazione deve poter fornire alle persone disabili, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo di Programma tra l'ASL n. 5 e gli Enti Gestori ad essa afferenti, sono:

- ❖ Affidamento intra ed etero familiare con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%,
- ❖ Cure domiciliari con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100% nelle fasi intensive ed estensive e del 50% nella fase di lungo assistenza;
- ❖ Assegno di cura - purché rispondente a spese di assistenza documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali - con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- ❖ Assistenza educativa territoriale con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Inserimento in Centro di Addestramento Disabili con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Inserimento in Centri Diurni con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Inserimenti in Comunità residenziali convenzionate con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 – 11389 del 23.12.2003;
- ❖ Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%.

Le strutture semi residenziali e residenziali devono venire individuate - di norma - tra quelle accreditate/convenzionate nel territorio del distretto sanitario. Anche ai disabili ospiti delle strutture deve essere garantito l'accompagnamento in caso di ricovero in ospedale e tutta l'assistenza personale necessaria, evitando ogni richiesta di "assistenza aggiuntiva", sia durante il ricovero ospedaliero che in regime di permanenza presso le strutture residenziali convenzionate o affidate in gestione.

Come nel caso degli anziani cronici non autosufficienti, le richieste di valutazione/intervento devono essere formulate su apposito modulo indicante le autorizzazioni ed i consensi informati previsti per legge nonché lo spazio per l'espressione del consenso ad eventuali processi di rivalutazione, richiesti dai soggetti coinvolti nel progetto individualizzato, fermo restando il diritto del cittadino ad opporsi a conclusioni della rivalutazione con le quali non concordasse. Per la ricezione delle domande, l'individuazione del responsabile del procedimento e lo svolgimento della fase istruttoria è opportuno che si proceda in modo analogo a quanto definito per gli anziani. Con specifico riferimento alle persone disabili è inoltre necessario che L'Unità di Valutazione individui - oltre al referente del progetto assistenziale individuale (funzione svolta mediante gli operatori dei Nuclei Interdisciplinari sia per gli anziani che per i disabili) - un referente sanitario per ogni persona seguita che assuma la responsabilità sul piano clinico – *riabilitativo* garantendo il rapporto con gli altri soggetti sanitari coinvolti. Anche per quanto attiene ai disabili, l'esito della valutazione deve essere comunicato in forma scritta all'interessato dal responsabile del procedimento, entro un massimo di trenta giorni dalla ricezione della domanda corredata dalla documentazione, ed all'interessato deve esser data facoltà di presentare ricorso contro le decisioni dell'Unità di Valutazione.

Conclusioni

L'aspetto fondamentale che viene evidenziato dal modello organizzativo proposto dal Distretto n. 1 dell'ASL 5 è la necessità di rendere realmente integrabili - a favore del cittadino e della completezza assistenziale - le prestazioni socio sanitarie offerte in ambito distrettuale. Ciò al fine di assicurare *l'esigibilità delle prestazioni inserite tra i livelli essenziali* attraverso l'adozione di un modello operativo delle attività aziendali e distrettuali finalizzato alla tempestiva presa in carico delle persone in condizioni di non autosufficienza o con problematiche connesse all'handicap alle quali si intende garantire la continuità delle cure. Coerentemente con tale impostazione ad ogni persona valutata deve esser data facoltà di richiedere uno o più interventi - tra quelli indicati nell'Accordo di Programma tra Azienda sanitaria ed Enti Gestori - e non obbligatoriamente il ricovero in struttura. Inoltre - dal momento della presa in carico con l'intervento ritenuto più idoneo in sede di

valutazione - deve esser garantito all'assistito il costante monitoraggio della sua situazione, prevedendo di rispondere agli aggravamenti con la proposizione degli interventi di volta in volta più adeguati all'evoluzione della situazione.

In tal modo il cittadino non sarà costretto a "prenotare" un futuro ricovero, in quanto agli assistiti con interventi alternativi viene assicurata priorità nell'inserimento residenziale nel caso in cui l'aggravamento della condizione lo richieda. A titolo di esempio - con riferimento agli anziani non autosufficienti - è possibile delineare un percorso assistenziale che dall'inserimento dell'assistito in lungo assistenza domiciliare, si sviluppi successivamente attraverso la fornitura di un "assegno di cura" – supportato da eventuali interventi complementari (quali il Servizio Infermieristico Domiciliare o l'Assistenza Domiciliare Integrata o il ricovero di sollievo) - e si concluda con l'inserimento in Residenza Assistenziale Sanitaria a seguito del venire meno delle condizioni per l'erogazione di interventi domiciliari. In modo analogo è auspicabile che si proceda per i disabili assicurando una precoce presa in carico alla quale far seguire una articolazione degli interventi da sviluppare nel tempo senza soluzioni di continuità. E' però evidente che se si condivide l'obiettivo di spostare l'asse di tutela della salute a sostegno della qualità di assistenza – salvaguardando, come giusto, l'esigenza di economizzare la spesa - non bisogna dividere le forze ma integrarle e coordinarle. A tal fine è necessario che al cittadino venga consentito di interloquire, in maniera semplice ed efficace, con l'istituzione territoriale deputata ad assicurare il diritto alle cure socio sanitarie e con una tecnostruttura che garantisca la gestione complessiva dei procedimenti amministrativi e l'integrazione delle competenze professionali. Avendo sin d'ora chiara nozione che - per garantire la reale esigibilità dei servizi afferenti all'area socio sanitaria – è necessario far convergere gli obiettivi dei Piani di Zona e dei Piani delle Attività Territoriali distrettuali verso *la tutela sostanziale del diritto alla salute* ed all'assistenza e che - dall'assunzione di tale scelta - consegue l'obbligo di definire adeguati standard di prestazione e di stanziare le risorse necessarie ad erogarle.