

LO SPORTELLLO SOCIO SANITARIO DEL DISTRETTO DEI COMUNI DI COLLEGNO E DI GRUGLIASCO A DUE ANNI DALL'ATTIVAZIONE

MAURO PERINO

DIRETTORE CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI ALLA PERSONA
(CISAP), COMUNI COLLEGNO E GRUGLIASCO (TO)

Un primo bilancio di una sperimentazione che vede protagonisti il Consorzio dei comuni, l'azienda sanitaria con la partecipazione attiva della cooperazione sociale; un processo virtuoso di costruzione di un sistema di interventi che ha prodotto una nuova attenzione verso i servizi pubblici aumentando la platea dei beneficiari

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"¹ 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 Torino² - 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 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 afferenti all'area socio – sanitaria³. 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 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.

Lo sportello socio sanitario distrettuale

Nello specifico, il complesso delle attività svolte dallo sportello è rivolto prioritariamente: ad anziani affetti da patologie che determi-

nano condizioni di non autosufficienza; persone, minori e adulte, affette da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia; persone colpite da minorazione fisica; persone colpite da minorazione di natura intellettuale e/o fisica, anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti, in genere non inseribili nel mondo del lavoro; minori con situazioni psicosociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10), fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria.

Lo sportello socio-sanitario distrettuale espleta la propria attività con riferimento alle prestazioni afferenti:

- all'area delle cure domiciliari;
- all'area dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale a favore di anziani non autosufficienti;
- all'area dell'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale a favore di persone con handicap;

Lo sportello è gestito da una cooperativa sociale, individuata a seguito di una gara ad evidenza pubblica, ed ha le seguenti caratteristiche:

- *Logistiche.* I locali destinati allo sportello sono collocati presso la sede del Distretto sanitario n. 1 (Comuni di Collegno e Grugliasco) dell'Azienda sanitaria n.5.
- *Attrezzature e strumenti.* Alla cooperativa aggiudicataria è stato richiesto di arredare i locali e di dotarli delle attrezzature, delle macchine e degli strumenti necessari per la prestazione del servizio. La manutenzione di tutte le risorse tecniche impiegate è affidata al gestore che è impegnato ad espletarla nel rispetto delle normative vigenti e/o delle

regole suggerite dai costruttori, verificandone periodicamente la reale adeguatezza.

- **Organic.** L'organico comprende un Responsabile di sportello, a tempo parziale con monte ore non inferiore al 50% del tempo pieno, con qualifica di Assistente Sociale e due anni di esperienza maturata nel coordinamento di servizi del settore sociale con funzioni di responsabile di processo e di risultato, dei rapporti con la committenza, con l'utenza e di gruppi di lavoro; operatori ADEST/OSS a tempo pieno o parziale (non inferiore al 50%), per un monte ore settimanale corrispondente a n. 2 tempi pieni, in possesso di comprovata esperienza di coordinamento dei servizi domiciliari e delle competenze necessarie per lo svolgimento delle attività; un operatore a tempo pieno per lo svolgimento delle attività amministrative e contabili.
- **Orario.** L'orario di apertura è articolato in modo da garantire ampia possibilità di accesso nel corso della settimana, prevedendo fasce differenziate che assicurino la copertura anche in orario tardo pomeridiano/serale (assicurando inoltre la possibilità di ricevimento, in altri orari, su appuntamento). Lo sportello garantisce, in ogni caso, almeno 45 ore settimanali di apertura assicurando l'attività di front office per 12 mesi l'anno.

Lo sportello si pone come tramite tra il cittadino e la rete dei servizi socio-sanitari preposti alla valutazione⁴ ed alla erogazione delle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria. Nel dettaglio l'attività comporta:

- la fornitura di una informazione completa in merito alle diverse opportunità di cura offerte dalla rete dei servizi domiciliari, semi residenziali e residenziali del Distretto n. 1 dell'ASL 5 e sui criteri e le procedure previsti per la richiesta e l'erogazione degli interventi; l'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;
- la consegna della modulistica necessaria per richiedere le prestazioni e per accedere alla valutazione; l'accettazione delle richieste di valutazione e d'intervento e la verifica della documentazione di corredo;
- lo smistamento delle richieste ai Nuclei Interdisciplinari Anziani e Disabili (N.I.A e

N.I.D)⁵ e lo svolgimento delle attività di supporto all'istruttoria ed alla valutazione preventiva (raccolta informazioni sui servizi che hanno o hanno avuto in carico il richiedente, eventuale richiesta di relazioni di servizi stessi previa fissazione di appuntamenti con l'utente; definizione delle date per visite domiciliari o per convocazioni; invio e raccolta documentazione, ecc.);

- la cooperazione con N.I.A e N.I.D e con le competenti Unità di Valutazione per la definizione dei progetti individuali più consoni e - ad avvenuta definizione ed approvazione dei progetti - lo svolgimento di tutte le attività gestionali, amministrative e contabili necessarie ad attuarli (formulazione dei programmi di intervento per i beneficiari di assistenza domiciliare ed attivazione dei servizi di assistenza socio assistenziale e socio sanitaria domiciliare accreditati previo svolgimento delle procedure finalizzate alla determinazione del valore del "buono di servizio" e/o dello "assegno di cura");
- il sostegno ai familiari beneficiari di "assegno di cura" nel reperimento e nell'inquadramento contrattuale degli assistenti familiari previo svolgimento delle procedure finalizzate alla determinazione del valore dell'assegno da erogare - a cura del Consorzio - dopo la valutazione positiva da parte delle competenti Unità Valutative e l'autorizzazione all'erogazione da parte delle direzioni del Consorzio e del Distretto sulla base dei relativi regolamenti ;
- lo svolgimento dei conteggi finalizzati a determinare il valore dell'integrazione retta da porre a carico ASL/Utente/Consorzio nei casi di attivazione di interventi semi residenziali/residenziali e l'istruttoria delle relative procedure;
- il coordinamento complessivo dei servizi di assistenza socio assistenziale e socio sanitaria domiciliare accreditati garantendo il costante supporto nei confronti delle situazioni seguite. In particolare lo sportello deve assicurare il raccordo con i servizi domiciliari accreditati per l'effettuazione degli interventi domiciliari e territoriali richiesti direttamente dal Consorzio e di quelli da svolgere nell'ambito dei protocolli - siglati tra il CISAP e l'Azienda sanitaria - che regolano le cure domiciliari (ADI, ADP, SID).
Allo sportello viene inoltre richiesto:
- di gestire spazi specialistici di informazione (informa handicap, ecc.), facendosi carico del continuo aggiornamento tematico e

della formazione degli operatori;

- di garantire il necessario coordinamento con le realtà territoriali che fanno parte della rete di cura, nello specifico con le associazioni di volontariato (in particolare quelle convenzionate con il consorzio), e la partecipazione al Piano di Zona nell'ambito dei tavoli tematici che riguardano le attività socio-sanitarie;
- di provvedere alla sistematica pubblicizzazione dello sportello e della rete dei servizi territoriali, con particolare attenzione all'informazione ad operatori sociali e sanitari, medici di famiglia, pediatri di libera scelta, farmacisti e a quanti possano contribuire alla diffusione dell'informazione presso i cittadini, concordandola preventivamente con le direzioni del Consorzio e del Distretto;
- di garantire una corretta rilevazione dei dati di attività e dei flussi di utenza, da fornire al Consorzio ed al Distretto alle scadenze indicate.

Come si è detto, attraverso lo sportello è possibile accedere ai servizi di assistenza socio-sanitaria domiciliare che costituiscono un primo livello generalizzato di risposta alle esigenze espresse dall'utenza⁶. Ogni persona o nucleo familiare residente nell'ambito consortile al cui interno vi è un componente che necessita di assistenza domiciliare può pertanto richiedere l'erogazione di "buoni di servizio" finalizzati a sostenere l'acquisto di prestazioni di cura domiciliare. Qualora si tratti di soggetti anziani in condizioni di parziale o totale non autosufficienza o di soggetti disabili lo sportello è tenuto a fornire tutte le informazioni necessarie per accedere alla valutazione delle competenti Unità Valutative.

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE DISTRETTUALI

La legge regionale 1/2004 che "identifica nel bisogno il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali" - riconosce, a ciascun cittadino, "il diritto di esigere, secondo le modalità previste dall'ente gestore istituzionale, le prestazioni sociali di livello essenziale".⁷ L'erogazione delle quali "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"⁸. Il cittadino in condizione di handicap o non autosufficiente a causa delle patologie che lo affliggono non può dunque esimersi - ove intenda riven-

dicare il proprio diritto ad accedere alle prestazioni di livello essenziale - dall'intraprendere un percorso prestabilito che, attraverso la valutazione, conduce alla definizione di un piano assistenziale costantemente verificato dai titolari delle funzioni socio sanitarie (e quindi dalle Unità di Valutazione delle Aziende sanitarie). Ma tali azioni di monitoraggio e verifica sugli interventi previsti dai progetti assistenziali individuali, possono essere efficacemente realizzate - dagli organismi distrettuali competenti - solamente attraverso uno stretto raccordo tra lo sportello distrettuale e le Unità di Valutazione distrettuali alle quali è richiesto di:

- individuare, attraverso la valutazione multidimensionale, 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.

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 del Distretto e del Consorzio (medico dell'assistenza sanitaria territoriale, coordinatore infermieristico, assistente sociale ed educatore per le situazioni di handicap, ADEST/OSS coordinatori appartenenti all'organico dello sportello) e costituiscono un "gruppo operativo" stabile al quale è assegnato il compito di svolgere le attività istruttorie - relative alle richieste di intervento

raccolte attraverso lo sportello – 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 svolgono inoltre 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.

CONTINUITÀ DELLE CURE

Il principio che ispira il modello organizzativo incentrato sullo sportello distrettuale è rappresentato dalla continuità delle cure per le persone malate e non autosufficienti. Nell'ambito dei posti letto RSA convenzionati è pertanto prevista 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 viene recepita dalla segreteria distrettuale che provvede 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. Quando 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 è previsto 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 medi-

co (qualora la segnalazione non sia effettuata dal curante) ed eventualmente – attraverso lo sportello – 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 procede 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 attraverso lo sportello socio sanitario. Qualora in un progetto in fase intensiva/estensiva vengano rilevate variazioni della complessità assistenziale, tali da configurare un regime di lungo assistenza, è previsto che si provveda – 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 e delle persone con handicap. Alle persone anziane o in condizione di handicap che necessitano di prestazioni socio sanitarie viene data la possibilità di rivolgersi allo sportello del distretto che, oltre a svolgere funzioni di informazione ed orientamento, si propone come riferimento unico per l'attivazione delle risposte socio sanitarie che comportano una valutazione da parte delle competenti Unità di Valutazione. Compito dell'Unità è la valutazione multidisciplinare effettuata su richiesta dei diretti interessati, 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 può fornire alle persone con handicap o anziane non autosufficienti, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo di Programma tra l'Azienda sanitaria 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 per disabili con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 - 11389 del 23.12.2003;
- Inserimento in Centro Occupazionale per disabili con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 - 11389 del 23.12.2003;
- Inserimento in Centri Diurni per disabili con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 - 11389 del 23.12.2003;
- Inserimenti in Comunità residenziali per disabili accreditate, con compartecipazione sanitaria calcolata come da D.G.R. n. 51 - 11389 del 23.12.2003;
- Inserimento in Centro Diurno per malati di 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 anziani non autosufficienti con compartecipazione sanitaria alla spesa come da D.G.R. n. 17 - 15226 del 30.03.2005;
- Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%.

Per accedere ad alcune delle prestazioni socio sanitarie 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'utente o dei suoi congiunti di scegliere liberamente le modalità di accesso alle prestazioni, è richiesto 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 previsto 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 procedimento⁹. 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 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.

Con specifico riferimento alle persone con handicap è inoltre previsto 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 le persone con handicap) - un referente sanitario per ogni persona seguita che assuma la responsabilità sul piano clinico-riabilitativo garantendo il rapporto con gli altri soggetti sanitari coinvolti. L'esito della valutazione viene comunicato in forma scritta all'interessato dal responsabile del procedimento, entro un massimo di quaranta giorni dalla ricezione della domanda corredata dalla documentazione, ed all'interessato viene data facoltà di presentare ricorso contro le decisioni dell'Unità di Valutazione.

UN PRIMO BILANCIO DELL'ESPERIENZA

L'attivazione dello sportello socio sanitario distrettuale è stata necessariamente preceduta da una revisione del modello organizzativo del Consorzio. Nel corso del 2004, accanto all'Area dell'Assistenza sociale, è stata creata l'Area dell'Assistenza socio sanitaria,

all'interno della quale è stato collocato il "Servizio sociale a rilievo sanitario" articolato in tre uffici: "Assistenza e cure domiciliari"; "Assistenza anziani non autosufficienti"; "Assistenza disabili". L'Area - della quale fanno parte, oltre alla Direttrice, due Assistenti sociali, due Educatori coordinatori ed una unità di personale amministrativo - è stato distaccata presso la sede del distretto sanitario ove opera - in integrazione con i servizi sanitari distrettuali - fornendo le competenze professionali di parte sociale necessarie all'attività dei Nuclei Interdisciplinari e delle Unità di Valutazione. Contestualmente è stato necessario rivedere il sistema di fornitura dell'assistenza domiciliare delineato nel 2000/10 con l'avvio del sistema di accreditamento di tre "agenzie" territoriali che, tramite i loro sportelli, si rapportavano direttamente con l'utenza, formulando i progetti di intervento ed erogando direttamente i servizi, previa approvazione dei programmi assistenziali da parte del Consorzio. Nel 2004 si sono così unificati gli sportelli delle "agenzie", collocandoli presso la sede del distretto sanitario ed inserendo organicamente gli operatori delle tre cooperative nella nuova struttura integrata. In buona sostanza si è unificata la funzione di accoglienza, informazione e valutazione, pur mantenendo distinta la fornitura delle prestazioni da parte delle cooperative accreditate. Infine, nel 2006, nel corso del secondo anno di sperimentazione dello sportello, si è provveduto:

- all'individuazione di un unico soggetto gestore dello sportello (cooperativa sociale) al quale assegnare lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie a supportare le strutture operative consortili e dell'Azienda sanitaria preposte a garantire la continuità e l'appropriatezza delle cure domiciliari, nell'ambito della rete territoriale, per le persone malate e non autosufficienti o con handicap;
- al conferimento in concessione dei servizi di assistenza socio sanitaria domiciliare a fornitori - investiti di potestà pubbliche - accreditati sulla base di requisiti di esperienza, capacità operativa e professionalità, affinché provvedano all'esercizio doveroso delle attività in qualità di organo indiretto dell'amministrazione titolare e responsabile nei confronti dei cittadini.

In considerazione della funzione di "centrale di controllo" del sistema di erogazione dei servizi domiciliari svolta dal gestore dello sportello per conto del Consorzio, viene ad

esso preclusa la possibilità di fornire direttamente prestazioni ed interventi di sostegno alla domiciliarità, nell'ambito del territorio consortile, per tutta la durata del contratto di servizio. Quanto ai concessionari accreditati per la fornitura dei servizi si è ritenuto - in questa fase - di procedere all'individuazione di un numero limitato di soggetti. La scelta di prevedere solamente quattro fornitori risiede essenzialmente:

- nella necessità di coniugare il rispetto della normativa - che vincola il cittadino ad una procedura di valutazione finalizzata alla predisposizione di un progetto individualizzato affidato alla responsabilità della competente Unità di Valutazione - con l'esigenza di far sì che, nella fase di esecuzione degli interventi, sia comunque consentita una possibilità di scelta del fornitore nel novero di un numero, pur ristretto, di soggetti accreditati;
- nel relativamente limitato "bacino d'utenza" espresso dall'ambito intercomunale che ha consigliato di limitare a quattro - uno per ogni area territoriale nella quale sono dislocate le sedi di servizio sociale del Consorzio - i soggetti accreditati che devono poter assolvere, in condizione di equilibrio economico, al complesso delle funzioni da svolgere;
- nell'impossibilità, per la struttura consortile, di farsi carico del coordinamento di un numero maggiore di soggetti accreditati nella fase di implementazione del nuovo sistema che comporta: il monitoraggio costante delle attività, la puntuale valutazione del grado di soddisfazione di tutti i soggetti coinvolti (utenti, operatori sociali e sanitari, Istituzioni locali, ecc.) e l'esercizio di una programmazione dei servizi necessariamente "incrementale".

A due anni pieni dall'avvio della sperimentazione dell'attività di sportello è possibile trarre un primo bilancio¹¹. L'approvazione degli accordi di programma sui Lea ha richiesto l'adozione di modelli organizzativi flessibili, in grado di adattarsi ad un sistema in divenire. Un sistema nel quale, oltre alle componenti istituzionali rappresentate dall'Azienda sanitaria e dal Consorzio, è chiamata a svolgere un ruolo attivo anche la cooperazione. L'apertura dello sportello integrato socio-sanitario è stata infatti facilitata dall'esperienza maturata dalle cooperative accreditate, in merito all'accoglienza delle persone ed alla progettazione individuale, gestita direttamen-

te. Notevole è stato il lavoro degli operatori dell'Area socio-sanitaria consortile in termini di metaorganizzazione: ossia nella ridefinizione di un modello di servizio atto a gestire le nuove competenze. La costruzione di un unico punto di accesso alle prestazioni ha richiesto un elevato lavoro di coordinamento con gli operatori della sanità, reso possibile dalla scelta logistica – rivelatasi molto opportuna – di collocare lo sportello e l'Area consortile presso la sede del Distretto socio-sanitario. Si è così venuta a creare una équipe residente – composta dagli operatori delle tre organizzazioni – in cui si sono strutturati modelli di lavoro congiunti, che rendono possibili decisioni tempestive, creative (necessarie in un panorama di scarsità di risorse) e coordinate. E' avvenuta, di fatto, una contaminazione di saperi, nell'ambito di un percorso che ha richiesto il tempo necessario per la creazione di quel rapporto fiduciario che rende oggi il gruppo di lavoro autonomo (nell'ambito dei mandati delle direzioni aziendali e consortili), specializzato e con capacità "reattive" rispetto ai continui cambiamenti del sistema dei servizi. Il processo – avviato nel corso del 2004 – ha raggiunto il suo consolidamento nel 2006, anno nel quale le attività sono state condotte a regime. Si è trattato di un processo (virtuoso) di costruzione di un sistema di interventi, rivolti alla generalità della popolazione, che ha prodotto una nuo-

va attenzione verso i servizi pubblici, ampliando la platea dei destinatari (si pensi, a questo proposito, che le persone che si sono rivolte allo sportello sono state 592 nel 2005; nel 2006 l'utenza è raddoppiata raggiungendo il numero di 1.217 persone. A maggio di quest'anno si sono già rivolte allo sportello 795 persone). Il diritto di scelta del fornitore da parte del cittadino si è, di fatto, esplicitato nella possibilità di definire il proprio progetto individualizzato, con un forte processo di responsabilizzazione delle persone. Anche laddove per l'accesso ai servizi per anziani non autosufficienti, disabili e cure domiciliari è necessario sottoporsi alla valutazione da parte delle competenti commissioni tecniche (UVG – UVAP), si è lasciata al cittadino una prima definizione del proprio bisogno e delle risposte necessarie. Una progettualità dell'utenza che si rapporta, dunque, in modo dialettico con le valutazioni tecniche delle commissioni preposte. Si tratta di un confronto – tra saperi tecnici da un lato e di esperienza dall'altro – in cui vi è una definizione progettuale che viene poi, necessariamente, connessa al sistema di risorse date. La forte incertezza sulle risorse disponibili rende infatti difficoltoso il processo di implementazione delle attività, con una continua – ed a volte estenuante – contrattazione tra servizi per fornire le necessarie risposte alle richieste dei cittadini. Va infine sottolineato

Il terzo settore una brutta copia dei più brutti servizi pubblici e privati?

La crescita numerica di tanti poveri e impoveriti al Sud e molti altri fattori stanno spingendo il volontariato a impegnarsi sulle prestazioni, sugli interstizi, sugli effetti piuttosto che sulle cause dei problemi; su discorsi di gestione spicciola e non di strategie. E nel Mezzogiorno i servizi del terzo settore, come quelli pubblici, paiono sempre più "dis-graziati", ovvero fuori dal tocco di grazia di un loro potenziamento nei tempi brevi: vedi ad esempio il resoconto sulla magra entità delle quote *pro capite* dedicate agli interventi sociali nelle diverse regioni meridionali rispetto al resto d'Italia. Il terzo settore si sta avviando a diventare una brutta copia dei più brutti servizi pubblici e privati: *brutta copia* nel senso che invece di sostenere la socializzazione, la prevenzione e la riabilitazione, si sta buttando su servizi economicamente più stabili (quali, ad esempio, i ricoveri totali), su quei contenitori dell'abbandono che come volontariato combattiamo fin dagli inizi e continueremo a ostacolare, perché non vogliamo servizi consolatori ma promotori di empowerment e di cittadinanza.

Giacomo Panizza, in "Visto da sud. Un patrimonio in movimento", *Regno-attualità* n. 10-2007

come sia necessario, in questo complesso "panorama" di servizi, uno strettissimo raccordo tra tutti i servizi consortili ed in particolare con l'Area dell'Assistenza sociale che opera in ambito territoriale. Tale connessione è strategica al fine di utilizzare al meglio tutte le risorse

potenzialmente utili alla definizione di efficaci progetti individuali ma, anche, per mettere in campo modalità di intervento condivise ed avere una "forza contrattuale" maggiore nel confronto con tutti i soggetti (istituzionali e professionali) che operano nel sistema. □

Note

- 1 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.
- 2 Il testo dell'Accordo è pubblicato sul sito del Consorzio Intercomunale dei Servizi Alla Persona – C.I.S.A.P. – www.cisap.to.it
- 3 Cfr. Mauro Perino, "Il distretto socio sanitario dei Comuni di Collegno e Grugliasco", *Appunti sulle politiche sociali*, n.2, 2005.
- 4 Unità di valutazione geriatrica (U.V.G.) per gli anziani cronici non autosufficienti ed Unità di valutazione dell'attività e della partecipazione (U.V.A.P.) per le persone con handicap. I regolamenti di attività delle due unità sono consultabili sul sito www.cisap.to.it
- 5 La composizione e l'attività dei due nuclei vengono descritte nel successivo paragrafo ad essi dedicato.
- 6 Cfr. Mauro Perino, "L'assistenza socio sanitaria domiciliare: un servizio per la tutela del diritto alle cure", *Appunti sulle politiche sociali*, n.1, 2006.
- 7 Articolo 22, comma 1, 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".
- 8 Articolo 20, comma 4, L.R. 1/2004
- 9 Il responsabile del procedimento - secondo quanto previsto dall'articolo 6 della legge 241/1990 – deve valutare, a fini istruttori, i requisiti di legittimazione, le condizioni di ammissibilità ed i presupposti che siano rilevanti per l'erogazione dei provvedimenti; deve accertare i fatti compiendo a tal fine tutti gli atti necessari per l'adeguato e sollecito svolgimento dell'istruttoria; può proporre l'indizione di conferenze di servizi, cura le comunicazioni e le eventuali pubblicazioni e notificazioni; infine, ove ne abbia competenza, adotta il provvedimento finale, ovvero ne promuove l'adozione da parte dell'organo competente.
- 10 Cfr. Elena Galetto e Mauro Perino, "Accreditamento e buono di servizio", *Prospettive sociali e sanitarie*, n.3, 2002.
- 11 Le riflessioni che seguono sono tratte dagli elaborati dell'Area Assistenza socio-sanitaria contenuti nella "Relazione di consuntivo – anno 2006" del CISAP.

In viaggio con Alex

Ripercorrere l'esperienza di Alexander Langer consente di seguire un itinerario di vita, pieno di avventure, attraverso i luoghi cruciali della storia d'Italia e d'Europa dagli anni '30 del '900 fino alla fine del secolo. E questo da un'angolatura particolarissima, frutto - oltre che di uno slancio ininterrotto di Langer verso i più deboli - della sua origine sudtirolese e della sua capacità di far giocare nell'azione politica, come nei rapporti quotidiani, la ricchezza derivante dalla posizione di confine fra la cultura italiana e quella tedesca.

A seguire la vita di Langer si ha la possibilità di compiere un viaggio vorticoso in compagnia di un personaggio straordinario, spinto ogni volta dalla propria sensibilità e intelligenza a trovarsi là dove le crisi scoppiavano più acute. Un personaggio mosso da una inesauribile curiosità per gli altri, tale da porlo al centro di una fittissima rete di relazioni, cercate e coltivate con cura prima nell'ambito del mondo cattolico e poi nella sinistra rivoluzionaria, fra i verdi, al Parlamento europeo o nell'inferno del conflitto in ex-Jugoslavia. Un uomo, ancora, reso via via più fragile e sofferente dalla connaturata attitudine a caricare su di sé i pesi degli altri. Quel viaggio ho provato a farlo io per primo, con l'affetto di chi ha condiviso almeno in parte alcune delle esperienze più significative della sua stessa generazione, ma anche cercando di mantenere il distacco indispensabile a chi si propone di raccontare una vita ad altri, con lo scopo di suscitare, oltre all'interesse, anche e soprattutto una libera riflessione critica.

Fabio Levi, **In viaggio con Alex. La vita, gli incontri e le imprese di Alexander Langer 1946-1995**, Feltrinelli, Milano 2007, p. 237, euro 14.00.