



REGIONE PUGLIA
Assessorato Sanità e Servizi Sociali
Settore Servizi Sociali

PIANO REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI

LINEE GUIDA

Atto di indirizzo per l'attuazione del Piano
(ai sensi dell'art. 15 della *l.r. 25 agosto 2003 n. 17*)

In collaborazione con il **Formez**

Indice

<u>1. INTERVENTI IN FAVORE DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTO, ABUSO, SFRUTTAMENTO SESSUALE</u>	4
1.1 IL CONCETTO DI ABUSO E LE AZIONI DA SVILUPPARE.	4
1.2 PREVENZIONE	5
1.3 PRESA IN CARICO DELLE SITUAZIONI SOSPETTE E DEI CASI CONCLAMATI	7
1.4 FORMAZIONE, INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE	9
1.5 LA PEDOFILIA	11
1.6 PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	13
<u>2. ADOZIONI, AFFIDAMENTI FAMILIARI E NUOVE FORME DI ACCOGLIENZA</u>	14
2.1 GLI ORIENTAMENTI NORMATIVI E GLI OBIETTIVI DA REALIZZARE PER LA LORO ATTUAZIONE	14
2.2 INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE	16
2.3 DEFINIZIONE DELLE ÉQUIPE INTEGRATE	17
2.4 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	17
<u>3. INTERVENTI PER GLI ASILI NIDO</u>	19
PREMESSA	19
3.1 CRITERI E MODALITÀ PER IL FINANZIAMENTO	19
<u>4. INTERVENTI IN MATERIA DI DISABILITÀ</u>	21
4.1 CONTINUITÀ DEGLI INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE	21
<u>5. INTERVENTI IN MATERIA DI DIPENDENZE</u>	23
PREMESSA	23
5.1 RUOLO E FUNZIONI DEI SOGGETTI PROPONENTI	23
5.2 DURATA DEI PROGETTI	24
5.3 DESTINAZIONE DELLE RISORSE	24
5.4 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEI PROGETTI	25
5.5 COMMISSIONE CONSULTIVA REGIONALE	26
<u>6. RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER INTERVENTI DI TRAPIANTO</u>	27
<u>7. INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA</u>	28
PREMESSA	28
7.1 I LIVELLI DELL'INTEGRAZIONE	29
7.2 I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARI	30

7.3 LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI INTEGRATI E IL COORDINAMENTO DEGLI ATTI PROGRAMMATORI	32
7.4 GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA	35
7.4.1 LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO (PUA)	35
7.4.2 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE	37
7.4.3 IL PROGETTO SOCIO-SANITARIO PERSONALIZZATO	38
ALLEGATO A	40
PROTOCOLLO OPERATIVO A.D.I. (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)	40

1. Interventi in favore dei minori vittime di maltrattamento, abuso, sfruttamento sessuale

1.1 Il concetto di abuso e le azioni da sviluppare.

La Regione Puglia con l'approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali ha definito le scelte strategiche in materia di politiche sociali regionali, definendo le caratteristiche degli ambiti territoriali ed i possibili assetti gestionali, le azioni di sistema e le possibili sperimentazioni in caso di approcci innovativi, gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

In materia di interventi a favore dei minori vittime di abusi e maltrattamenti il Piano Regionale, in coerenza con la normativa nazionale e regionale, prevede il perseguimento degli obiettivi di:

- prevenzione del fenomeno;
- presa in carico efficace ed integrata dei casi conclamati e delle situazioni sospette;
- formazione e informazione.

E' opportuno, in questa sede preliminare, ribadire il concetto di abuso. Per abuso si intende, secondo la definizione del Consiglio d'Europa del 1981. "quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono: la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino".

Questa definizione è in linea con quella seguente, proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità (1999): "Per maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere".

In ambedue le definizioni viene accentuata la qualità attiva del danno portato al bambino ("attentando", "cattiva"). Ciò ovviamente prescinde dall'identificazione di "colpe", ma comporta l'individuazione di condotte traumatogene da fermare, persino se il pregiudizio atteso sia solo "potenziale".

Le azioni prioritarie da sostenere e sviluppare sul territorio regionale sono le seguenti:

- a) sensibilizzazione e formazione specifica degli operatori responsabili della tutela dei minori, nei vari contesti istituzionali di riferimento, al fine di diffondere idonei strumenti di conoscenza dei fenomeni e di agevolarne il riconoscimento;
- b) censimento delle dimensioni del fenomeno e dell'offerta di servizi specialistici;
- c) istituzione di centri anti violenza e consolidamento di quelli esistenti.

Per il perseguimento di questi obiettivi il Piano Regionale delle Politiche Sociali sostiene l'impegno di servizi e risorse umane diverse, già disponibili nel sistema integrato dei servizi sociosanitari a livello locale, e definisce gli strumenti di riferimento specifici per la gestione dei casi, con riferimento alla procedura prevista, dalla rilevazione alla presa in carico del caso.

Con riferimento alle priorità espresse il Piano Regionale prevede che i Comuni, singolarmente o associati tra loro, programmino nei Piani di Zona le iniziative finalizzate alla sensibilizzazione sociale, alla formazione di primo livello, all'aggiornamento professionale, alla prevenzione in ambito scolastico e del mondo educativo in generale, alla presa in carico ed alla protezione delle vittime, predisponendo azioni integrate attraverso il ricorso alle strutture pubbliche o del privato sociale istituzionalmente dedicate al contrasto alle forme di violenza, maltrattamento e abuso in danno di bambini, donne e soggetti deboli in generale.

Al fine di conseguire gli obiettivi indicati, in conformità con le indicazioni di cui al Decreto Ministeriale 13 marzo 2002, n. 89 *Regolamento concernente la disciplina del fondo di cui all'art. 17, comma 2, della legge 3 agosto 1998, n. 269, in materia di interventi a favore dei minori vittime di abusi, a norma dell'art. 80, comma 15, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, appare opportuno integrare le indicazioni già formulate dal Piano Regionale con criteri operativi che possano orientare la formulazione e la realizzazione di azioni concrete, favorendo l'integrazione degli interventi dei diversi attori istituzionali e non istituzionali sul territorio.

1.2 Prevenzione

1.2.1 Iniziative informative ed educative

I Piani di Zona devono prevedere specifiche attività, da realizzarsi d'intesa con i Servizi Sanitari presenti sul territorio (Consultori familiari, Dipartimenti di Salute Mentale, Servizi di medicina scolastica), oltre che con i medici pediatri, volte ad attuare una capillare sensibilizzazione ed informazione delle comunità locali sulle tematiche dell'abuso e della violenza a danno dei minori. Nella programmazione e realizzazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione delle comunità locali i Piani di Zona prevedono il coinvolgimento delle Organizzazioni di Terzo Settore e del Volontariato.

Fra le attività di prevenzione devono essere incentivati gli interventi di educazione all'affettività e alla sessualità, realizzati in ambito scolastico dai Consultori familiari, nonché altre specifiche iniziative promosse da Agenzie educative e scolastiche.

1.2.2 Individuazione precoce e sostegno alle famiglie a rischio

Le attività di prevenzione, da incentivare destinando a tale scopo risorse professionali adeguate, includono:

- tutte le forme di promozione della genitorialità responsabile realizzate dai servizi socio-sanitari;
- tutte le forme di consulenza e di collaborazione, finalizzate all'individuazione precoce di situazioni di bambini/adolescenti a rischio di grave trascuratezza e/o di abuso, fra servizi socio-sanitari, servizi di neuropsichiatria infantile, di pediatria e

- medici pediatri di base, Scuole ed altre Agenzie educative e di socializzazione pubbliche e private;
- gli interventi finalizzati a sostenere le famiglie a rischio, anche al fine di prevenire condizioni di grave pregiudizio a danno dei figli minori d'età;
 - gli interventi di presa in carico precoce da parte dei servizi socio-sanitari di situazioni familiari particolarmente a rischio, anche mediante la segnalazione al Tribunale per i Minorenni e l'attivazione di provvedimenti di natura civile;
 - l'offerta di consulenza e di presa in carico da parte dei consultori, di servizi specialistici, quali i Dipartimenti di Salute Mentale, e/o di Centri antiviolenza nei confronti di persone che manifestano interesse sessuale verso i bambini o gli adolescenti, o che abbiano già commesso reati specifici.

1.2.3 Conoscenza del fenomeno: investimenti e monitoraggio.

E' opportuno ricordare che l'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'annunciare la pubblicazione del Primo rapporto mondiale su violenza e salute, presentato a Bruxelles il 3 ottobre 2002, ebbe ad affermare il principio base che *la violenza è il principale problema di salute pubblica nel mondo intero e che bisogna fare congrui investimenti in ogni nazione per prevenirla e curarne le conseguenze.* Come ha osservato il gruppo di lavoro dell'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, che si è occupato del problema, *"colpisce (...) la novità culturale costituita dalla determinazione a 'dare il giusto nome alle cose' riconoscendo l'esistenza per gran parte dell'umanità di condizioni gravemente turbative del benessere e dei processi di sviluppo, non dovute a fatalità ma a processi di trauma e vittimizzazione, capaci di superare le naturali risorse di 'resilienza' e adattamento dei soggetti, tanto più se ancora in formazione, e di dar luogo a importanti patologie. Ciò costituisce un'evoluzione notevole del precedente concetto di 'soggetti in difficoltà' o 'soggetti deboli', superando e completando l'obiettivo dell'integrazione sociale degli stessi e andando a puntare più precisamente il dito sulle cause, e quindi anche sulla possibilità e doverosità di intervento mirato a ridurre la pericolosità delle stesse, tanto maggiore quanto più l'insidia risiede nelle relazioni, come quelle familiari, naturalmente preposte a dare benessere.*

Il secondo punto chiave appare il riconoscimento che, per quanto molto si sappia già sul tema - al punto di potersi permettere questa 'svolta' concettuale di rilievo - ancora moltissimo c'è da fare per tradurre la teoria in programmi davvero utili per la popolazione. Mettersi, quindi, nell'ottica di rispondere al disagio creato dalle multiformi esperienze traumatiche nella popolazione, segnatamente quella minorile e connessa alle relazioni significative, non può prescindere da rigorosi programmi di acquisizione, elaborazione, monitoraggio dei dati che possano delineare con oggettività dimensioni, caratteristiche e costi del problema, se si vuole avere la possibilità di rispondervi adeguatamente. Non può neppure prescindere da consistenti investimenti nella ricerca sul fenomeno e sull'intervento"¹.

Al fine di consentire una migliore conoscenza dei fenomeni per definizione sommersi, anche nell'ottica di implementare attività mirate di prevenzione, i servizi sociali e sanitari *devono collaborare* alla realizzazione di ricerche e di rilevazioni promosse dal Centro Regionale di Documentazione per le Politiche Sociali o da Organismi interistituzionali per la lotta alle violenze e agli abusi a danno dei minori, quali il "Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia" (CICLOPE) o

¹ Vedi, in proposito, *Cittadini in crescita, Rivista del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*, anno 3 n. 2, pag. 55.

i Comitati costituiti in ambito regionale dalle Prefetture-Uffici Territoriali della Puglia.

Gli stessi servizi sociali e sanitari mettono a disposizione del Centro Regionale di Documentazione eventuali studi e/o ricerche da essi realizzati in materia, o altro materiale documentale concernente le esperienze e le prassi di prevenzione e di aiuto-sostegno alle vittime dell'abuso attuate, al fine di consentirne la più ampia diffusione e conoscenza.

1.3 Presa in carico delle situazioni sospette e dei casi conclamati

1.3.1 Segnalazione e denuncia

È evidente che la tempestiva segnalazione/denuncia all'Autorità Giudiziaria di situazioni di abuso e/o maltrattamento a danno dei bambini ed adolescenti tende ad innescare un processo di tutela dell'integrità psico-fisica e ad evitare che l'autore (o gli autori) di reati di violenza possa continuare, indisturbato, a commettere abusi.

La l. n. 184/1983, "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" già sanciva l'obbligo per «i pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità [di] riferire al più presto al Tribunale per i minorenni sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengono a conoscenza in ragione del proprio ufficio» (art. 9, c. 1°).

Inoltre, l'art. 331 del Codice di Procedura Penale precisa:

«i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.

Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto.»

Pertanto, gli operatori dei servizi sociali e sanitari, i medici, gli insegnanti, ovvero tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio devono assolvere, secondo le modalità previste dalla legge, all'obbligo:

- della segnalazione allorché rilevino elementi di particolare negligenza o di sospetto abuso/violenza a danno di persone minori d'età;
- della denuncia allorché rilevino elementi specifici di grave negligenza o di abuso/violenza a danno di persone minori d'età.

I servizi sociali e sanitari, anche in collaborazione con i servizi della Giustizia, hanno l'obbligo di cooperare con l'Autorità Giudiziaria «in ogni stato e grado del procedimento» (c. p., art. 609-decies), assicurando altresì assistenza ai minori vittime di abuso.

Gli stessi servizi sociali e sanitari offrono consulenza e collaborazione alle Autorità scolastiche e alle altre Agenzie educative e di socializzazione del territorio nei casi di sospetto abuso/violenza.

Essi, inoltre, sono chiamati ad intervenire nei casi di cd. violenza assistita intrafamiliare dalla L. 4 aprile 2001 n. 154 (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari), che fornisce nuovi strumenti di protezione.

1.3.2 Équipe multidisciplinari e Centri antiviolenza

La complessità delle singole situazioni di abuso e di maltrattamento richiede una capacità di lettura-interpretazione-validazione-intervento di carattere multidisciplinare e multipro-fessionale.

A tal fine, i Piani di Zona dovranno prevedere modalità di costituzione di équipe integrate, da attivarsi tra servizi sociali, sanitari (di base e specialistici) e della Giustizia, previi accordi di programma e/o intese. Dette équipe svolgono specifici compiti di valutazione-validazione, di presa in carico e di trattamento multidisciplinare e multiprofessionale delle situazioni di maltrattamento/abuso, elaborando un progetto di aiuto e di sostegno al minore vittima di violenza. Tali équipe possono essere formate da personale destinato anche ad altre funzioni e servizi, nell'ambito degli interventi a favore dei minori, come ad esempio la materia delle adozioni. E' opportuno comunque evidenziare la necessità che nell'ambito dell'équipe siano distinte le funzioni di ascolto giudiziario da quelle di sostegno e trattamento psicoterapeutico.

I Piani di Zona possono altresì prevedere la costituzione di Centri antiviolenza, o prevedere l'attivazione di specifiche convenzioni con Centri antiviolenza esistenti, che svolgano funzioni di prevenzione delle forme di violenza, valutazione-validazione, presa in carico e trattamento di situazioni di abuso, sospetto o conclamato.

In ogni caso nel primo anno del triennio di vigenza del Piano Regionale delle Politiche Sociali devono essere costituiti Centri antiviolenza in tutti i Comuni capoluogo di provincia.

Tutti i Centri devono essere dotati di équipe multidisciplinari e multiprofessionali, di ambienti adeguati ad accogliere bambini ed adolescenti, di una sala per l'ascolto protetto e di idonea attrezzatura (specchio unidirezionale, videocamera, test psicodiagnostici).

I centri antiviolenza, pubblici o privati, sviluppano fra loro collegamenti costanti, cooperano con i servizi sociali e sanitari del territorio, in tutte le fasi d'intervento, e assicurano all'Autorità Giudiziaria ogni opportuna collaborazione.

Il Centro regionale di documentazione di cui all'art. 11 della l.r. n. 17/2003 svolge una funzione di raccordo tra i Centri antiviolenza per:

- facilitare la comunicazione scientifica e lo scambio di esperienze, sia attraverso occasioni di dibattito che per mezzo di pubblicazioni, anche in forma di report periodici, al fine di proporre modalità e prassi operative omogenee sul territorio regionale;
- realizzare, periodicamente, forme di aggiornamento scientifico, anche mediante il confronto con altre esperienze regionali;
- offrire consulenza sull'attivazione di forme di sostegno finanziario alle attività realizzate, attraverso la progettazione finalizzata in ambito locale, nazionale ed europeo, la ricerca di partnership.

1.4 Formazione, informazione e sensibilizzazione

Le attività di prevenzione del fenomeno, di individuazione-valutazione-validazione e di presa in carico di situazioni di maltrattamento e di abuso, richiedono un impegno formativo costante e capillare rivolto a tutti gli operatori dei servizi sociali e sanitari, compresi quelli della giustizia minorile, del mondo della scuola e, quindi, delle Agenzie educative e di socializzazione, pubbliche e private.

In proposito, già nel 1998, la Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori, ha evidenziato «la fondamentale necessità di:

- a) una formazione di base sul fenomeno del maltrattamento da parte di tutti coloro che operano a contatto con i bambini perché acquisiscano le competenze necessarie a comprendere i segnali di disagio;
- b) una formazione specialistica per gli operatori delegati a diagnosticare il maltrattamento e a prendere in carico la vittima e la famiglia;
- c) una conoscenza diffusa delle esperienze maturate sul campo dalle realtà pubbliche e private in campo nazionale e internazionale.»

La Regione, in collaborazione con le Province, predispone e finanzia i piani per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento degli operatori. Inoltre le azioni di formazione e di aggiornamento potranno anche essere programmate e finanziate, in tutto o in parte con le risorse già assegnate con il Piano Regionale, all'interno dei Piani di Zona, secondo i fabbisogni individuati nei diversi ambiti, d'intesa con le Province, ai sensi dell'art. 14 della l.r. n. 17/2003.

1.4.1 Informazione e sensibilizzazione

Questo primo livello, che ha prevalenti finalità di prevenzione generale, di individuazione delle situazioni a rischio o di riconoscimento precoce di casi di maltrattamento e/o abuso, è strettamente connesso alle attività indicate nel punto **"1. Prevenzione"**.

Le azioni informative e di sensibilizzazione sono rivolte agli operatori dei servizi sociali e sanitari di base, agli insegnanti, agli educatori e a tutte quelle figure che hanno rapporti significativi con il mondo dell'infanzia e/o i genitori di bambini e adolescenti.⁽¹⁾

⁽¹⁾ La Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori così esemplificava le figure interessate da una attività informativa-formativa di carattere generale:

- «a) operatori dell'area sanitaria (medici, pediatri di base, infermieri, puericultori) che curano il corpo e hanno un rapporto con il genitore e possono educarlo alla relazione con il figlio per il benessere di entrambi;
- b) operatori dell'area socio-assistenziale (assistenti sociali, educatori, assistenti domiciliari);
- c) operatori dell'area psicologica (operatori dei consultori e dei servizi materno-infantili, neuropsichiatria infantile, medicina scolastica);
- d) operatori dell'area pedagogica (direttori didattici e presidi, insegnanti e docenti di ogni disciplina, docenti utilizzati come referenti per l'educazione alla salute, psico-pedagogisti, coordinatori per l'educazione fisica e sportiva, gli addetti alla lotta della dispersione scolastica), collaboratori e ausiliari;

Le azioni sono prioritariamente finalizzate:

- a fornire conoscenze sulle normative a tutela dei minori e sull'obbligo della segnalazione/denuncia di situazioni di maltrattamento e/o abuso;
- ad offrire competenze di base sui segnali di disagio/sofferenza che bambini e adolescenti vittime di abuso manifestano;
- a fornire motivazioni all'ascolto e conoscenze adeguate sulla *prima accoglienza* di una domanda di aiuto da parte di bambini/adolescenti vittime di maltrattamenti, fermo restando che l'attività di valutazione-validazione compete a figure specialistiche, nella maggioranza dei casi nell'ambito di un procedimento giudiziario;
- a sconfiggere «quella tolleranza culturale nei confronti di condotte violente in ambito familiare in danno dei bambini» (Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori), ancora molto radicata;
- a facilitare la conoscenza dei servizi del territorio (sociali e sanitari, di base e specialistici, dei centri antiviolenza e delle risorse di terzo settore) operanti in materia, allo scopo di consentire una interazione efficace sul piano della consulenza, della valutazione e della presa in carico;
- a rafforzare la stessa rete dei servizi e migliorare la comunicazione fra settore sociale, sanitario, scolastico, e le diverse espressioni del *no profit* (associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.);
- a promuovere dal basso - fra singoli cittadini, famiglie e comunità locali - la diffusione di una coscienza dei diritti dei bambini ad una crescita psicofisica armonica e serena;
- a diffondere conoscenze sui rischi di una fruizione dei media (televisione, internet, ecc.) da parte dei bambini, priva di guida da parte degli adulti significativi (genitori, insegnanti, educatori).

1.4.2 Formazione specialistica

Le azioni di formazione specialistica - rivolte prioritariamente agli operatori di équipe integrate, multidisciplinari e multiprofessionali (costituite specificamente ai fini dell'attività di valutazione-validazione, di presa in carico e trattamento di situazioni di maltrattamento/abuso), di servizi specialistici e dei centri antiviolenza - sono dirette, fra l'altro:

- ad offrire conoscenze e competenze specifiche in tema di individuazione-valutazione-validazione-presenza in carico-trattamento dei casi di abuso/violenza;
- a fornire un supporto conoscitivo costante sul dibattito scientifico nazionale ed internazionale in materia di prevenzione, presa in carico e trattamento delle situazioni di abuso/violenza;
- a favorire lo scambio delle esperienze realizzate o in atto, incentivando la crescita della rete di servizi specialistici;

e) operatori dell'area socio-educativa (educatori, operatori del tempo libero, dello sport, del volontariato cattolico e laico).» (*Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento*, 1998, p. 16).

- a migliorare le competenze di supervisione e consulenza degli operatori, anche nei confronti di servizi non specialistici, delle Scuole e delle Agenzie educative e di socializzazione del territorio.

1.4.3. L' "esperienza correttiva"

L'analisi dell'esperienza clinica con le vittime di maltrattamenti e abusi conferma la necessità, per arrivare ad una effettiva riparazione del trauma subito, di un' "esperienza correttiva".

Come ha rilevato il documento già citato dell'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, "è indiscutibile che la migliore 'esperienza correttiva' per un minore sia di poter sperimentare il risanamento del proprio ambito originario di vita e di relazioni. In tal senso devono essere attivate le competenze specialistiche di valutazione e cura, estese alle possibili risorse familiari, più sopra richiamate.

Nella fase dell'intervento d'urgenza e della valutazione della recuperabilità familiare, può rendersi necessario l'allontanamento temporaneo del minore dalla famiglia, per evitare la continuazione dell'abuso, l'aggravarsi del danno, nonché per ridurre la sua esposizione al pesante clima di conflitto che segue la venuta alla luce della situazione.

Se in queste fasi la soluzione di scelta per il collocamento del bambino è una comunità, che meno gli richiede una riformulazione dei legami originanti nel momento in cui ancora ogni possibilità è aperta per la loro conservazione, va ugualmente riconosciuto che tali comunità dovranno avere caratteristiche consone agli obiettivi. In tal senso è riduttivo porsi soltanto criteri numerici o vagamente qualitativi ('familiare') trascurando il vero scoglio della qualificazione di questi luoghi, che devono essere attrezzati per maneggiare una patologia importante come quella post-traumatica, anche se certo diversa dalle categorie più tradizionalmente 'psichiatriche'.

Nel caso, invece, in cui il risanamento della famiglia maltrattante/abusante non si riveli possibile, sarà necessario pensare a convenienti esperienze sostitutive. In questo senso è necessario riconoscere in modo specifico la fisionomia e i conseguenti requisiti di realtà comunitarie capaci di trattare bambini traumatizzati e di operare per la promozione del loro benessere, evitando il rischio - presente in questi soggetti - di perpetuare anche nel nuovo contesto di vita condotte violente o sessualizzate. A tal fine vanno promosse adeguate competenze degli educatori attraverso iniziative di formazione continua.

Nel caso si debbano scegliere legami sostitutivi adeguati al compito riparativo, molto va incoraggiata l'adozione (per le situazioni di minore complessità anche l'affido familiare può essere una valida risposta). Essa dovrà essere caratterizzata da specifiche istanze 'terapeutiche' che si traducono nel vigore e nella consapevolezza con cui verrà trasmesso alla piccola vittima il diverso sistema di significati presente nell'altro per scambiare con la 'moneta buona' di una nuova vita quotidiana la precedente 'moneta cattiva'.

1.5 La Pedofilia.

L'attenzione alla pedofilia (cioè allo sfruttamento sessuale dei bambini anche al di là dello stretto rapporto con un singolo abusante) nasce negli ultimi anni come se riguardasse un'area diversa da quella dell'abuso sessuale, regolato giuridicamente dagli articoli introdotti dalla legge 66/96.

La giusta previsione del legislatore di un impatto psicologico particolarmente devastante per la vittima che si trovi nelle condizioni descritte dalla legge 269/98 ha determinato la preoccupazione di garantire adeguate attività di assistenza e recupero per le vittime stesse e, qualora ne venga fatta richiesta, per gli autori dei reati.

Mentre, peraltro, la pornografia, per cui si è sviluppata un'intensa attività investigativa di polizia per l'individuazione delle reti pedofile (tramite Internet), continua ad essere un "crimine senza vittime", poichè solo per circostanze fortuite si riesce talora ad identificare i bambini che hanno prestato la loro immagine alla "rete", invece la prostituzione minorile, che coinvolge di frequente minorenni stranieri, è in aumento.

Si segnala anche qui, come detto in precedenza, la creazione da parte del Ministero delle pari opportunità del CICLOPE (Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia) con il compito di realizzare le funzioni di coordinamento previste dall'art. 17 della L. 269/98. L'obiettivo prefissato, tradottosi in un piano nazionale antipedofilia, è quello di condividere e attuare un percorso mirato all'emersione e alla conoscenza del fenomeno, alla prevenzione e protezione dei minori, alla presa in carico dei bambini abusati e alla repressione dei reati. Per perseguire tali finalità è prevista la partecipazione di rappresentanti designati da 11 amministrazioni e lo svolgimento di apposite audizioni nell'ambito delle quali potranno essere ascoltati esponenti delle più autorevoli associazioni che operano in tale settore.

Sotto il profilo della formazione degli operatori è necessario costruire competenze specializzate che consentano un collegamento stabile tra chi si è finora occupato di maltrattamenti e abusi e chi si è occupato di prostituzione.

E' stato autorevolmente rilevato dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza che "una prima e parziale analisi dei dati derivanti dall'attività di centri che si occupano di maltrattamento e abuso, sembra disegnare un quadro inquietante: accade cioè frequentemente che il bambino sia "iniziato" ad attività sessuali in casa o in ambienti a lui familiari, per poi essere successivamente ridotto a oggetto sessuale anche mercificabile o all'interno della stessa relazione di parentela o in ambiti sociali più fluidi. Anche le situazioni in cui il bambino viene immesso all'interno di una rete di sfruttamento sessuale organizzata, sono rese possibili dalla mediazione di un adulto significativo, al tempo stesso abusante e sfruttatore.

Ai fini sia della prevenzione che del trattamento dei bambini oggetto di sfruttamento sessuale si deve tener presente che: a) c'è sovente continuità tra abuso intrafamiliare ed immissione nel mercato della pedofilia; b) ciò avviene sia come evoluzione 'intrinseca' delle vittime (maggiore fragilità personale) nell'età giovane-adulta sia per iniziativa dello stesso abusante intrafamiliare; c) non ci può essere vera prevenzione, se non viene sviluppata la massima attenzione e cura per le situazioni che si presentano come abuso intrafamiliare.

Allo stato attuale gli interventi in tema di pedofilia non potranno che seguire percorsi analoghi a quelli previsti in materia di abusi ai minori, anche per le evidenziate ragioni di stretta connessione delle due situazioni. Saranno quindi le équipes integrate specializzate in tema di abusi ai minori che si occuperanno anche di pedofilia. Verrà tuttavia - nell'ambito sia delle équipes integrate che delle comunità per il trattamento - individuato l'indispensabile spazio che consenta l'ulteriore necessaria specializzazione per interventi più puntuali a tutela delle vittime di pornografia, prostituzione e delle altre forme di riduzione di minori in schiavitù previste dalla L. 269/1998.

1.6 Programmazione finanziaria

In coerenza con la programmazione finanziaria prevista dal Piano Regionale delle Politiche Sociali che si articola anche sulla disponibilità complessiva delle risorse trasferite alla Regione Puglia, comprensiva del Fondo di cui all'art. 17, comma 2, della l. n. 269/1998, disciplinato con Decreto Ministeriale 13 marzo 2002, n. 89, a norma dell'art. 80, comma 15, della l. n. 388/2000, gli interventi previsti con le presenti Linee guida devono essere finanziati utilizzando le risorse trasferite ai Comuni con il riparto di cui al Piano stesso, nell'ambito della finalizzazione prevista per l'area prioritaria d'intervento "*Politiche per i minori. Lotta all'abuso e maltrattamento*".

Al fine di garantire l'uniformità del sistema dei servizi sociali su tutto il territorio regionale è auspicabile che nei Piani di Zona venga previsto che gli interventi in materia di lotta all'abuso e al maltrattamento siano finanziati con risorse pari ad almeno il 20 % del totale delle risorse destinate all'area d'intervento "*Politiche per i minori. Lotta all'abuso e maltrattamento*".

2. Adozioni, affidamenti familiari e nuove forme di accoglienza

2.1 Gli orientamenti normativi e gli obiettivi da realizzare per la loro attuazione.

Con l'approvazione della l. n. 184/1983 è stata disciplinata la materia dell'adozione e dell'affidamento dei minori in Italia.

La l. n. 184/1983 è stata successivamente modificata dalle l. n. 476/1998 e l. n. 149/2001.

A) La l. n. 476/1998 assegna alle Regioni competenze specifiche relative allo sviluppo e all'organizzazione della rete dei servizi previsti in materia di adozioni ed affidamenti, alla vigilanza sul funzionamento delle strutture e dei servizi che operano sul territorio per l'adozione internazionale al fine di garantire livelli adeguati di intervento, alla promozione e definizione di protocolli operativi e convenzioni fra Enti autorizzati e servizi, nonché alla definizione di forme stabili di collegamento fra gli stessi Enti e gli organi giudiziari minorili.

La nuova legge attribuisce compiti molto importanti ai servizi socio-assistenziali degli Enti locali, chiamati a lavorare insieme, in forma integrata, con i servizi delle Aziende Sanitarie Locali, anche in collaborazione con gli Enti autorizzati, per una più approfondita indagine sulla realtà familiare delle coppie e sulle motivazioni ad adottare.

Secondo le indicazioni e gli orientamenti della Commissione per le Adozioni Internazionali presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, gli Enti locali devono:

- fornire informazioni sull'adozione internazionale e sulle relative procedure, sugli Enti autorizzati e sulla loro funzione, nonché sulle altre forme di solidarietà nei confronti dei minori in difficoltà (ad esempio sostegno a distanza);
- curare la preparazione degli aspiranti all'adozione, aiutandoli a scoprire le loro risorse e le motivazioni profonde della richiesta adottiva, nonché a verificare insieme a loro la reale disponibilità ad affrontare i compiti che intendono assumere;
- acquisire elementi sulla situazione personale, familiare e sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, sulla loro attitudine a farsi carico di un'adozione internazionale, sulle eventuali caratteristiche particolari del minore o dei minori che sarebbero in grado di accogliere;
- acquisire ogni altro elemento utile affinché il Tribunale per i Minorenni possa valutare la loro idoneità all'adozione internazionale.

Il compito dei servizi è quindi di osservazione e contemporaneamente di aiuto alla coppia. La valutazione dell'idoneità spetta comunque al Tribunale per i Minorenni, al quale deve pervenire una relazione molto approfondita, in particolare sotto il profilo psicologico.

La Regione Puglia con deliberazione della Giunta Regionale 11 marzo 2003, n. 168 ha approvato un "Protocollo operativo per i rapporti tra Regione, Tribunali per i

Minorenni, Procure della Repubblica presso i Tribunali per i Minorenni, Enti Locali ed Enti autorizzati". Il protocollo si articola in due documenti: adozioni internazionali ed adozioni nazionali, ed è finalizzato alla determinazione delle forme di collaborazione e di collegamento tra i diversi servizi, con l'obiettivo di contribuire ad elevare la complessiva qualità delle attività nell'ambito del sostegno alla famiglia, della prevenzione dell'abbandono del minore, dell'affidamento familiare e della stessa adozione nazionale e internazionale.

Si definisce, con questo Protocollo, la procedura che le équipes integrate di operatori devono utilizzare nella gestione degli interventi in materia di adozioni, *affidamenti e nuove forme di accoglienza* al fine di consolidare e rendere omogenea sul territorio regionale la rete dei servizi, favorendo le forme di collaborazione ed integrazione.

B) La l. n. 149/2001, oltre a introdurre varie altre modificazioni, ha cambiato il titolo della legge che oggi non è più "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", ma "Diritto del minore ad una famiglia", rubrica che intende sottolineare la centralità del minore e l'unitaria prospettiva con cui vengono proposti i molteplici interventi normativi in suo favore: dal sostegno alla famiglia biologica, all'affidamento familiare, fino all'adozione nazionale ed internazionale. Punto qualificante di questa legge è la chiusura degli istituti assistenziali, che è prevista per il 31/12/2006.

Le indicazioni normative contenute in tale legge sono state oggetto di approfondimento da parte dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, che ha predisposto gli orientamenti fondamentali entrati a far parte del "piano governativo d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2003-2004".

Seguendo tali orientamenti e quelli che anche successivamente vengono proposti dallo stesso Osservatorio, va sottolineata la necessità di porsi questi obiettivi: a) promuovere ulteriormente l'istituto dell'affidamento familiare anche secondo nuove e più ampie modalità di realizzazione; b) agevolare l'attuazione dell'istituto dell'adozione mite nel caso in cui alla scadenza del termine dell'affidamento familiare il minore non possa essere riaccolto nella famiglia di origine; c) realizzare articolate e diversificate comunità per minori e favorire ulteriori forme di accoglienza.

In particolare, dovrà essere promosso a livello regionale il monitoraggio dei minori istituzionalizzati e quello degli istituti assistenziali allo scopo di verificarne la chiusura effettiva entro il 31/12/2006; dovrà essere istituita poi a livello regionale entro il 31/12/2006 l'anagrafe dei minori in affidamento familiare; dovrà essere prevista tra le forme innovative di accoglienza l'affido ad associazioni familiari o a comunità per il collocamento in una famiglia affidataria; dovrà anche essere previsto l'affido professionale (detto anche solidale) come alternativa all'inserimento in strutture di accoglienza di soggetti con affidi falliti plurimi, portatori di handicap e/o di psicopatologie; maltrattati e/o abusati; occorre creare forme di sostegno psico-socio-educativo per le famiglie che scelgono la strada dell'affidamento e per i bambini da affidare prime che giungano all'affido; occorre infine prevedere per il caso di adozione di minori di età superiore ai dodici anni o portatori di handicap misure di carattere economico e di sostegno per l'inserimento sociale in attuazione dell'art. 6, comma 8, l. n. 184/1983 per evitare che la mancata erogazione economica costituisca per gli affidatari una remora a procedere all'adozione.

Alla luce delle considerazioni fin qui sviluppate è opportuno definire linee guida e criteri di attuazione per la programmazione e la promozione di interventi in materia di adozioni, *affidamenti e nuove forme di accoglienza*, ferme restando le indicazioni fornite con il protocollo operativo per i rapporti tra Regione, Tribunali per i

minorenni , Procura della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni, Enti locali ed Enti autorizzati. Inoltre, in relazione alle procedure di programmazione e di gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla l.r. n. 17/2003, si sottolinea che tutti gli interventi per i quali è prevista una forma di collaborazione tra Comuni ed ASL devono trovare definizione nell'ambito dell'Accordo di Programma contestualmente alla approvazione del Piano Sociale di Zona.

I Comuni, singoli o associati tra loro, d'intesa con le AUSL, definiscono pertanto nel Piano di Zona gli interventi in questa materia, tenendo conto delle esigenze specifiche del territorio e prevedendo, in ogni caso, le attività di informazione e sensibilizzazione da realizzarsi nel periodo di vigenza del Piano di Zona, la definizione delle équipes integrate, l'articolazione degli interventi previsti con le modalità di cui al citato protocollo operativo.

Ulteriori specificazioni per l'attuazione delle attività di competenza regionale in precedenza indicate verranno proposte con atti successivi.

2.2 Informazione e sensibilizzazione

Le équipes integrate per la gestione degli interventi in materia di adozioni, affidamenti e altre forme di accoglienza svolgono, con le modalità definite dal protocollo operativo di cui alla deliberazione della Giunta regionale 168/2003, le attività di:

- *informazione generale*, rivolta a gruppi di cittadini interessati ad acquisire informazioni sugli interventi a favore dell'infanzia in situazione di disagio
- *formazione, valutazione e sostegno di chi si candida ad un'esperienza di accoglienza.*

Pertanto le équipes integrate seguiranno

- o famiglie o singoli che hanno presentato dichiarazione di disponibilità all'adozione nazionale, internazionale o mite e all'affidamento familiare;
- o famiglie o singoli che si candidano per forme di accoglienza e cura destinate a minori con particolari difficoltà, per i quali è necessario un sostegno economico e una sistematica assistenza;
- o comunità di tipo familiare che ospitano minori in difficoltà;
- o minori e famiglie che presentino situazioni di particolare disagio (soprattutto quelli che hanno rilevanza giudiziaria).

Articolando in modo più dettagliato il discorso che precede, le équipes integrate dovranno essere suddivise in due distinte categorie: l'una che si occupi della formazione di coppie e singoli disponibili a tutte le forme di accoglienza di minori sopra indicate; l'altra che proceda ad effettuare la diagnosi di recuperabilità della famiglia di origine e, in ogni caso, a formulare il progetto di vita del minore. Delle équipes integrate di questa seconda categoria dovranno fare parte gli operatori che hanno svolto attività nei servizi di psicoterapia dell'età evolutiva, nei centri di diagnosi e cura e in servizi affini.

Dopo la presa in carico e il sostegno per un tempo adeguato (almeno un anno), l'équipe integrata che ha seguito il caso curerà l'invio ai servizi territoriali del nucleo familiare e fornirà una supervisione per i successivi interventi di sostegno sia per i minori in particolari difficoltà che per l'intero nucleo familiare.

L'équipe avrà il compito di verificare periodicamente l'andamento dell'accoglienza tramite collegamenti diretti con i servizi territoriali e riferirà successivamente al competente tribunale per i minorenni sugli accertamenti svolti.

Ogni équipe darà un contributo per lo sviluppo della cultura dell'accoglienza, partecipando alle iniziative di sensibilizzazione ed informazione nel campo dell'affidamento familiare e di altre forme di accoglienza, la cui competenza rimane dei servizi sociali dei comuni.

L'attività di sensibilizzazione deve svilupparsi nel quadro degli interventi complessivi in materia di interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, cercando la collaborazione di tutti gli Enti, pubblici e privati, che sul territorio operano nel settore specifico (Istituzioni Scolastiche, Organizzazioni del Terzo Settore e Volontariato, Parrocchie, Enti autorizzati, Tribunale per i Minorenni, ecc.), al fine di sviluppare il massimo di coinvolgimento della comunità locale sul tema delle adozioni.

I Piani di Zona definiscono il programma d'intervento triennale in materia di informazione e sensibilizzazione sull'adozione nazionale ed internazionale nell'ambito degli interventi previsti per l'area prioritaria *Politiche per minori*.

2.3 Definizione delle équipes integrate

I Piani di Zona dovranno prevedere altresì le modalità specifiche per la costituzione e la localizzazione dell'Ufficio Adozioni, articolato per ambito territoriale, e la costituzione delle relative équipes integrate per la gestione degli interventi in materia di adozioni.

Tali équipes, che possono essere formate da personale destinato anche ad altre funzioni e servizi nell'ambito degli interventi a favore dei minori, come ad esempio la materia degli interventi di contrasto all'abuso ed al maltrattamento, devono in ogni caso prevedere almeno uno psicologo e un assistente sociale.

In coerenza con quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001 "*Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*", gli oneri relativi alla costituzione delle équipes sono suddivisi tra le AUSL e i Comuni, con riferimento rispettivamente alla figura dello psicologo e dell'assistente sociale.

Per la costituzione delle équipes integrate le AUSL e i Comuni utilizzano prioritariamente il personale in servizio presso i Consultori e gli Uffici dei Servizi Sociali, tenuto conto delle esigenze organizzative dei servizi e delle professionalità acquisite nell'ambito dell'attività di formazione e di aggiornamento promosse dalla Regione e dell'esperienza acquisita.

2.4 Formazione e aggiornamento

Per effetto della l.r. n. 17/2003 la Regione Puglia predispone e finanzia i piani per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali. Nello specifico della materia delle adozioni la Regione ha in corso specifica convenzione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze, per la realizzazione di programmi di formazione e assistenza tecnica. Altri programmi sono in via di definizione e verranno realizzati per sostenere il processo di consolidamento e sviluppo degli interventi in materia di adozione sul territorio regionale.

I Comuni, singoli o associati tra loro, possono in ogni caso, con il concorso delle Province, e favorendo la partecipazione dei soggetti istituzionali e non, che si occupano di interventi in materia di infanzia e adolescenza, promuovere e realizzare, nell'ambito delle iniziative programmate con i Piani di Zona, iniziative di formazione specifiche in materia di adozioni, con particolare riferimento alla formazione professionale di base e all'aggiornamento.

3. Interventi per gli Asili Nido

Premessa

La definizione di criteri e modalità per il finanziamento degli asili nido si rende necessaria per la previsione di cui alla l. n. 488/2001, art. 70, che ha istituito un Fondo per gli asili nido, quali strutture dirette a garantire la formazione e la socializzazione delle bambine e dei bambini di età compresa tra i tre mesi ed i tre anni ed a sostenere le famiglie ed i genitori.

Il Fondo è stato ripartito tra le Regioni e le Province autonome con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 11 ottobre 2002, che ha destinato alla Regione Puglia per l'annualità 2003 la quota di 3.242.471,53 euro.

L'art. 70 della l. n. 488/2001, al comma 4, dispone che le Regioni provvedano a ripartire le risorse finanziarie tra i Comuni, singoli o associati, che ne fanno richiesta per la costruzione e la gestione degli asili nido, nonché di micro-nidi nei luoghi di lavoro.

La l.r. n. 4/2003, art. 7, comma 4, ha disposto che la quota regionale del Fondo per gli asili nido venga utilizzata prioritariamente per sostenere la gestione diretta o indiretta degli asili nido già realizzati dai Comuni con finanziamenti pubblici.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali, in attuazione delle previsioni di cui alla l.r. n. 17/2003, nella definizione del fondo unico regionale per le politiche sociali, ha riservato le suddette risorse agli interventi per la costruzione e la gestione degli asili nido. Ulteriori risorse che saranno assegnate a tal fine, saranno assegnate con i criteri fissati dalle presenti linee guida.

3.1 Criteri e modalità per il finanziamento

La l.r. n. 17/2003 individua nel Piano di Zona, adottato dai Comuni, singoli o associati tra loro, lo strumento che definisce il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali, garantendo i livelli essenziali delle prestazioni e provvedendo alla localizzazione dei servizi. E' nel Piano di Zona che i Comuni definiscono, tra l'altro, tutti gli interventi in materia di infanzia e adolescenza, comprensivi delle strutture e dei servizi per minori previsti dalla l.r. n. 17/2003, ai sensi degli artt. 21 e 26, e dal regolamento regionale.

I Comuni che intendono contemplare nel rispettivo Piano Sociale di Zona interventi per la gestione di asili nido, realizzati con finanziamenti pubblici, a valere sulle risorse della quota regionale del Fondo nazionale per gli asili nido, di cui all'art. 70 della l. n. 488/2001, devono allegare al Piano stesso apposita istanza di finanziamento, che contenga:

- le indicazioni relative al tipo di gestione, diretta o indiretta e, in questo secondo caso, la specificazione delle modalità di gestione;
- l'indicazione della capacità ricettiva della struttura oggetto della richiesta di contributo;
- il numero dei minori di età compresa fra i tre ed i quarantadue mesi residenti nel territorio di riferimento;

- la media dei bambini di età compresa fra i tre ed i quarantadue mesi complessivamente ospitati nell'ultimo biennio;
- il numero del personale addetto, in pianta stabile, e relativa qualifica;
- la dichiarazione di conformità della struttura alle previsioni di cui alla l.r. n. 4/2003, art. 7, comma 4, relativa alla realizzazione con finanziamenti pubblici;
- la dichiarazione di conformità della struttura alle vigenti disposizioni in materia di standard minimi;
- l'indicazione degli estremi di iscrizione al registro regionale di cui all'art. 32 della l.r. n. 17/2003;
- la dichiarazione relativa al costo complessivo di gestione riferito all'anno immediatamente precedente a quello di presentazione dell'istanza di finanziamento.

Le risorse finalizzate vengono destinate per il 70% al finanziamento di interventi per la gestione di asili nido ed il 30% al finanziamento della costruzione di nuovi asili nido.

Per quanta riguarda il primo 70% la Regione Puglia provvederà, con successivo provvedimento del Dirigente del Settore dei Servizi Sociali, alla assegnazione ed alla liquidazione dei contributi, sulla base dei seguenti criteri:

- a) 40 % dello stanziamento complessivo della quota riservata dal Piano Regionale delle Politiche Sociali ripartito in parti uguali tra tutti i Comuni richiedenti, indipendentemente dalla popolazione residente e dal numero di asili, in possesso dei requisiti precedentemente richiamati;
- b) 30 % dello stanziamento ripartito in rapporto alla media annua di minori di età compresa tra i tre e i quarantadue mesi complessivamente ospitati nell'ultimo biennio presso le strutture oggetto della richiesta di finanziamento, con abbattimento del 30 % della media annua per la parte superiore alla media di 100 minori ospitati nell'ultimo biennio.

Per la quota residua dello stanziamento complessivo, pari al 30%, eventualmente integrato dalle somme non utilizzate per gli interventi di gestione la Giunta Regionale provvederà con apposito piano di riparto ad assegnare a titolo di contributo per la costruzione di nuovi asili nido, in base ai seguenti elementi:

- strutture esistenti nell'ambito territoriale di riferimento dei Comuni richiedenti, come definito dalla l.r. n. 17/2003;
- progetti che prevedono l'impegno da parte dei Comuni richiedenti per la gestione associata del servizio;
- la capacità ricettiva della struttura;
- la copertura finanziaria effettivamente disponibili per la realizzazione della struttura.

I progetti per la costruzione di nuovi asili nido devono essere avviati entro e non oltre 12 mesi dalla liquidazione del contributo regionale, e devono essere collaudati entro e non oltre 48 mesi dalla stessa liquidazione. In caso di mancato dei termini fissati, il Comune è tenuto alla restituzione del contributo assegnato.

4. Interventi in materia di disabilità

4.1 Continuità degli interventi di sostegno alle persone con handicap grave

La l. n. 162/1998 ha introdotto delle modifiche alla l. n. 104/1992, prevedendo degli interventi di sostegno a favore delle persone con handicap grave, finanziati con risorse da ripartire tra le Regioni, ai sensi dell'art. 42, comma 2 della stessa l. n. 104/1992.

Gli interventi richiamati dovranno essere programmati nei Piani Sociali di Zona e realizzati secondo le seguenti priorità:

1. interventi di sostegno a persone con handicap di particolare gravità, di cui all'art. 39, comma 3 lettera l-bis e l-ter, della l. n. 104/1992, e alle loro famiglie, come prestazioni integrative di altri interventi in corso di realizzazione, mediante forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore, provvedendo alla realizzazione dei servizi di cui all'art. 9 della l. n. 104/1992 e all'art. 12, comma 2, lettera f, della l.r. n. 10/1997;
2. interventi di aiuto finalizzati a garantire il diritto alla vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, gestiti anche mediante titoli per l'acquisto, nell'ambito piani personalizzati;
3. rimborso parziale di spese di assistenza documentate e sostenute dal portatore di handicap grave, nell'ambito di programmi previamente concordati con il Comune.

Per effetto dell'art. 80, comma 17, della l. n. 388/2000 le risorse previste dalla l. n. 162/1998 sono confluite nel Fondo nazionale per le politiche sociali che, a partire dall'esercizio finanziario 2003, sono trasferite alle Regioni senza vincolo di destinazione.

Si rende pertanto necessario garantire nella programmazione locale la continuità e lo sviluppo degli interventi di sostegno alle persone con handicap grave, definendo le modalità di gestione degli stessi, nella fase di passaggio al nuovo assetto organizzativo ed istituzionale dei servizi, introdotto dalla riforma.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali nella definizione delle politiche d'intervento in materia di disabilità prevede che i Piani di Zona garantiscano prioritariamente l'attivazione degli interventi di assistenza domiciliare e dei servizi di sostegno per le famiglie, comprensivi di quelli previsti dalla l. n. 162/1998, in continuità, quindi, con gli interventi avviati con le procedure della richiamata deliberazione n. 657 del 28 maggio 2002 della Giunta Regionale.

A tal fine lo stesso Piano Regionale, nella programmazione finanziaria, definisce nella misura minima del 15 % la quota di risorse del Fondo regionale per le politiche sociali che i Comuni, singoli o associati tra loro, devono destinare all'area prioritaria d'intervento *persone con disabilità* nella definizione del Piano di Zona.

Garantita la continuità degli interventi già avviati i Comuni definiscono, in relazione ai bisogni specifici del territorio di propria competenza, l'opportunità di avviare nuovi interventi in materia di sostegno alle persone con handicap grave, definendo una graduatoria annuale sulla base di criteri definiti nel regolamento unico per l'accesso alle prestazioni che dovrà essere adottato dai Comuni dell'ambito territoriale.

5. Interventi in materia di dipendenze

Premessa

La Regione Puglia con l'approvazione del Piano Regionale per le Politiche Sociali ha definito le scelte strategiche in materia di politiche sociali regionali, definendo tra l'altro gli obiettivi per gli interventi specifici nell'area delle dipendenze, in attuazione delle previsioni di cui alla l.r. n. 17/2003.

Il Piano Regionale prevede che nell'ambito della definizione dei Piani di Zona i Comuni, singoli o associati tra loro, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali (AUSL), con la partecipazione di tutti gli altri soggetti previsti dalla l.r. n. 17/2003, programmino interventi e servizi che, per tipologia e natura delle attività proposte, siano coerenti con quanto previsto dal regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1 che ha fissato i criteri e le modalità per il finanziamento regionale dei progetti di lotta alla droga, compresa l'individuazione dei soggetti destinatari dei finanziamenti, in relazione alle aree d'intervento specifiche.

Le previsioni del regolamento regionale 1/2000 necessitano evidentemente di un adeguamento alla riforma introdotta dalla l.r. n. 17/2003 e pertanto, nelle more dell'adeguamento della normativa, ai sensi dell'art. 48, comma 5 della stessa l.r. n. 17/2003, è necessario procedere con la definizione di linee guida per la programmazione e la gestione degli interventi in materia di lotta alla droga.

5.1 Ruolo e funzioni dei soggetti proponenti

Il regolamento regionale 1/2000, all'art. 1, prevede che i progetti triennali possano essere presentati dalle province, dai comuni e loro consorzi, dalle comunità montane, dalle aziende unità sanitarie locali, dagli enti di cui agli articoli 115 e 116 del D.P.R. n. 309/1990, dalle organizzazioni di volontariato di cui alla l. n. 266/1991, dalle cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1 lettera b), della l. n. 381/1991 e dai loro consorzi. Per quanto concerne la tipologia e la natura delle attività proposte lo stesso regolamento, all'art. 5, individua le specifiche aree di intervento in relazione ai soggetti destinatari dei finanziamenti.

La l.r. n. 17/2003 ha definito il nuovo quadro delle competenze degli Enti locali in materia di interventi sociali, attribuendo la titolarità delle funzioni amministrative svolte a livello locale ai Comuni, singoli o associati tra loro, in conformità alle modifiche introdotte dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Alle Province la legge attribuisce nuove e diverse competenze, con particolare riferimento all'analisi della domanda e dell'offerta assistenziale ed alla promozione di iniziative di formazione e aggiornamento, mentre le Comunità Montane sono escluse dalla titolarità della funzione specifica. Pertanto per effetto della l.r. n. 17/2003 le Province e le Comunità Montane non possono presentare progetti in materia di lotta alla droga a valere sulle risorse previste nei Piani di Zona. Resta comunque inteso che anche nel settore degli interventi e dei servizi in materia di lotta alla droga le Province, che in ogni caso concorrono alla programmazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, possono, con le modalità previste dal Piano Regionale delle Politiche Sociali, essere individuate come soggetti unici sovra-ambito per lo

svolgimento delle funzioni amministrative connesse alla gestione delle attività, a fronte del corrispondente trasferimento delle risorse necessarie dal quadro finanziario di ciascun Piano di Zona, con il concorso di tutti gli enti interessati alla copertura dei costi.

Le Aziende unità sanitarie locali concorrono alla definizione complessiva del Piano di Zona e pertanto individuano in quella sede, d'intesa con i Comuni e nel rispetto delle reciproche competenze, le modalità attraverso le quali contribuire alla realizzazione degli interventi in materia di lotta alla droga programmati nel Piano stesso.

Per gli altri soggetti resta ferma la previsione del regolamento.

5.2 Durata dei progetti

L'art. 1 del regolamento regionale n. 1/2000 fissa, per effetto delle previsioni di cui all'art. 127 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309, come sostituito dall'art. 1, comma 2, della l.n. 45/1999, in un triennio la durata dei progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero della tossicodipendenza e dell'alcooldipendenza correlata e al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti.

La circostanza eventuale, per la quale i Comuni si dovessero trovare a gestire i progetti proposti in base alle modalità precedenti all'approvazione del Piano Regionale contestualmente a quelli previsti e finanziati col Piano di Zona, va opportunamente governata in sede di programmazione, prevedendo nel contesto dell'ambito territoriale l'omogeneità degli interventi, in relazione ai bisogni specifici evidenziati nell'analisi territoriale.

In ogni caso, nel rispetto dei principi di omogeneità, adeguatezza, sussidiarietà, efficienza ed efficacia ai quali si ispira la realizzazione del sistema regionale dei servizi sociali, è necessario evitare la sovrapposizione, nei contenuti e nei tempi, degli interventi da realizzare sul territorio.

5.3 Destinazione delle risorse

L'art. 6 del regolamento regionale n. 1/2000 prevede che la quota del Fondo nazionale per la lotta alla droga a disposizione della Regione Puglia sia così utilizzata:

- 50 % per il finanziamento dei progetti presentati dagli enti locali e dalle Aziende USL,
- 48 % per il finanziamento dei progetti presentati dagli enti di cui all'artt. 115 e 116 del DPR n. 309/1990, dalle organizzazioni di volontariato di cui alla l.n. 266/1991 e dalle Cooperative sociali di cui all'art. 1, comma 1, lett. b) della l. n. 381/1991 e loro consorzi;
- 2 % per il finanziamento delle spese generali relative alla gestione del Fondo, tra le quali le spese di funzionamento della Commissione di cui all'art. 7 dello stesso regolamento n. 1/2000, le spese conseguenti l'attività di verifica e controllo, gli scambi interregionali e l'attivazione di un idoneo sistema di informatizzazione.

Per effetto della l.n. 388/2000, art. 80, comma 17, il Fondo nazionale per la lotta alla droga a partire dall'esercizio finanziario 2001 è confluito nel Fondo Nazionale

per le Politiche Sociali, trasferito alle Regioni come Fondo Unico, conservando parzialmente le finalizzazioni. A partire dall'esercizio finanziario 2003 il Fondo Nazionale per le politiche sociali è assegnato alle Regioni come fondo indistinto, ovvero senza finalizzazioni specifiche, per effetto della riforma del Titolo V della Costituzione, che ha trasferito le competenze in materia di politiche sociali in via esclusiva alle Regioni.

Per questa ragione i criteri e le modalità previste dall'art. 6 del regolamento regionale n. 1/2000 per l'utilizzo del fondo regionale, limitatamente alle previsioni incompatibili con la l.r. n.17/2003, sono da applicarsi fino all'esaurimento delle azioni progettuali intraprese a valere sulla quota del Fondo nazionale per la lotta alla droga assegnata alla Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2002.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali infatti, a partire dalle risorse disponibili sull'esercizio finanziario 2003, fissa nel 5 % la percentuale delle risorse minime che i Comuni, singoli o associati tra loro, devono dedicare all'area delle dipendenze nella definizione del quadro finanziario del Piano di Zona. Pertanto, per effetto della normativa intervenuta, la destinazione del Fondo prevista dall'art. 6 del regolamento regionale n. 1/2000 risulta modificata limitatamente alla parte relativa alla quota del 2 % riservata alla Regione, tenuto conto che l'art. 45, commi 3 e 4, della l.r. n. 17/2003, riserva una specifica quota a favore della Regione e dei Comuni, per far fronte in via generale agli oneri derivanti dall'attuazione della riforma e quindi anche alle predette spese.

La quota destinata al finanziamento degli interventi previsti nei Piani di Zona per l'area delle dipendenze, definita dal Piano Regionale delle Politiche Sociali nella misura minima del 5 %, dovrà quindi essere utilizzata nella misura

- del 50 % per gli interventi di cui alla lettera a)
- del 50 % per gli interventi di cui alla lettera b)

del comma 1 dell'art. 6 del citato regolamento regionale.

5.4 Modalità di presentazione dei progetti

Le modifiche introdotte dalla legge regionale 17/2003 incidono anche sulle modalità di presentazione dei progetti. I Comuni e le AUSL, con la collaborazione dei Servizi Minorili della Giustizia per gli interventi a favore di minori sottoposti a provvedimenti giudiziari penali, definiranno nel Piano di Zona, ai sensi dell'art. 9 della legge regionale, gli interventi ed i progetti da realizzare in materia di lotta alle dipendenze ed i rispettivi impegni finanziari, nel rispetto delle previsioni del regolamento regionale 1/2000, entro il 50 % delle risorse complessivamente destinate all'area dipendenza. Gli enti ausiliari di cui agli articoli 115 e 116 del D.P.R. n. 309/1990, le organizzazioni di volontariato di cui alla l. n. 266/1991 e le cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della l. n. 381/1991 e loro consorzi, presentano i progetti a valere sulla restante quota del 50 % delle risorse complessivamente destinate all'area dipendenza ai Comuni, ovvero al Comune capofila in presenza di un ambito territoriale che ha definito la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali, nel cui territorio intendono realizzare l'attività prevista. I Comuni, valutata la coerenza e la congruità dei progetti presentati con la propria programmazione in materia di dipendenze, nonché con i criteri previsti dal regolamento regionale n. 1/2000, inseriscono i progetti nel Piano di Zona per le successive fasi istruttorie previste dal Piano Regionale delle Politiche Sociali.

5.5 Commissione consultiva regionale

La Commissione consultiva istituita ai sensi dell'art. 7 del regolamento regionale n. 1/2000 porterà a compimento le attività relative ai progetti proposti in base alle modalità precedenti all'approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali. Contestualmente, con l'avvio delle nuove procedure previste dal Piano Regionale per la presentazione da parte dei Comuni, singoli o associati tra loro, dei Piani di Zona, la Commissione esprimerà il parere sui progetti relativi alla materia specifica delle dipendenze, con le modalità previste dal regolamento regionale n. 1/2000, dal Piano Regionale delle Politiche Sociali e dalla presenti Linee guida.

6. Rimborso delle spese sostenute per interventi di trapianto

La Regione Puglia con la l. r. n. 25/1996, e successive modificazioni, ha previsto il rimborso, da parte delle Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL), delle spese sostenute dai cittadini in attesa di trapianto, o che abbiano già subito un trapianto, e dai donatori, relative al trasporto o al viaggio e al soggiorno, per l'effettuazione degli esami preliminari e per la tipizzazione tessutale, per l'intervento di trapianto, per tutti i controlli successivi - nonché di quelli per le complicanze derivanti dall'intervento stesso - e per l'eventuale espianto.

La stessa legge regionale fissa criteri e modalità e del rimborso, prevedendone l'applicazione anche all'accompagnatore unico, di cui sia necessaria la presenza a sostegno del paziente.

Per far fronte alle spese derivanti dagli interventi previsti, la l.r. n. 25/1996, all'art. 3, comma 1, istituiva apposito capitolo di bilancio; la l.r. n. 17/2003, all'art. 47, comma 3, prevede che a decorrere dall'esercizio finanziario 2004 tali risorse, definite nella misura non inferiore agli stanziamenti previsti nel bilancio 2003, confluiscono nel capitolo *Fondo globale per i servizi socio-assistenziali*, area d'intervento Servizi alla persona, Unità Previsionale di Base 9.2 Servizi Sociali, del Bilancio Regionale.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali, nella programmazione finanziaria, definisce anche il riparto delle risorse del Fondo globale per i servizi socio-assistenziali, riferito all'esercizio 2004, con una somma pari a Euro 18.900.000,00, da cui vengono detratte, tra le altre, le risorse per il rimborso alle AUSL delle spese sostenute ai sensi della l.r. n. 25/1996, determinate nella misura di Euro 1.100.000,00.

Nelle more della rivisitazione della normativa regionale vigente, al fine di garantire la continuità del servizio, restano ferme le procedure vigenti che individuano nella AUSL l'organo competente per l'erogazione del rimborso, a valere sulle risorse che la Regione trasferisce alle ASL a consuntivo.

7. Integrazione sociosanitaria

Premessa

La Regione Puglia, con l'approvazione della Legge Regionale 25 agosto 2003 n. 17 "*Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia*", ha disposto, fra l'altro, che - dentro il quadro complessivo di riforma del sistema regionale dei servizi sociali - vengano definite le modalità attraverso le quali giungere alla realizzazione dell'integrazione delle politiche sociali e sanitari sul territorio regionale.

L'art. 10 della l.r. 17/2003 prevede che la *Regione Puglia promuove, qualifica e sostiene l'integrazione socio-sanitaria*, anche attraverso indicazioni relative alla programmazione territoriale degli interventi integrati, definite con il Piano Regionale delle Politiche Sociali in coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale. Il comma 3 dell'art. 10 della l.r. 17/2003 prevede, inoltre, che i *rapporti tra i soggetti erogatori degli interventi e dei servizi socio-assistenziali e le aziende erogatrici delle prestazioni sanitarie sono regolati sulla base degli atti d'indirizzo della Regione*.

L'intervento previsto dalla l.r. 17/2003 si rende necessario anche in relazione alle previsioni di cui al Dlgs. n. 229/99 recante "*Norme per la realizzazione del servizio sanitario nazionale*", alle previsioni di cui alla Legge 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali*", ai cui principi e finalità si richiama la l.r. 17/2003, nonché del DPCM del 14/2/2001 "*Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria*", che hanno complessivamente fornito orientamenti ed indirizzi per la ridefinizione degli assetti organizzativi territoriali per la programmazione degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari.

Il Piano Sanitario Regionale, approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. 2087 del 27 dicembre 2001, prevede, inoltre, che la strategia finalizzata a promuovere e garantire l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale trova il suo presupposto nelle seguenti valutazioni:

- l'integrazione aggiunge valore all'assistenza sanitaria poiché consente di migliorarne l'efficacia, di svilupparne la continuità e di porre al centro del sistema sanitario la qualità di vita del cittadino, in una visione multidimensionale del concetto di salute che va oltre il benessere fisico, psichico e sociale e che è intesa come potenzialità e capacità di progettare la propria vita sia durante le fasi libere da patologie, cronicità e perdite funzionali, che durante i periodi di perdita del benessere;
- l'integrazione promuove la solidarietà e valorizza le risorse e gli investimenti per la salute delle comunità locali;
- l'integrazione valorizza le responsabilità della comunità stimolando altresì sinergie sia a livello istituzionale che organizzativo dell'Azienda USL e dei Comuni;
- la sede territoriale più appropriata per l'erogazione delle prestazioni e degli interventi integrati è il Distretto sociosanitario.

Con il Piano Regionale delle Politiche Sociali, la Regione Puglia fornisce ulteriori indicazioni relative all'integrazione sociosanitaria, richiamando la necessità di

promuovere una effettiva integrazione delle politiche d'intervento sul piano istituzionale, sul piano gestionale ed organizzativo e sul piano professionale.

7.1 I livelli dell'integrazione

Il livello politico-istituzionale

Sul piano istituzionale l'integrazione degli interventi si persegue anche valorizzando il ruolo dei diversi attori nel quadro delle responsabilità attribuite dalla legge a ciascuno dei livelli di governo. La coincidenza dell'ambito territoriale con il distretto sociosanitario, prevista dalla l.r. n. 17/2003, favorisce l'unitarietà del processo di programmazione e gestione del sistema dei servizi sociali e sociosanitari, valorizzando il ruolo dei Comuni nella programmazione dei servizi sociosanitari e sanitari e quello delle AUSL nella programmazione degli interventi sociali. Il Piano Regionale delle Politiche Sociali evidenzia la necessità di *costituire luoghi di lavoro comune, in cui gli attori sociali e sanitari, con pari dignità, siano impegnati a ricercare e negoziare accordi in una prospettiva di crescente collaborazione e integrazione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari*. Il Coordinamento Istituzionale, inteso come autonoma articolazione distrettuale del Comitato dei Sindaci, diventa così il luogo del governo politico-istituzionale del sistema territoriale dei servizi sociali e sociosanitari, che trovano la loro definizione rispettivamente negli strumenti del Piano Sociale di Zona e del Piano delle Attività Territoriali.

A tal proposito è opportuno richiamare la necessità che il Coordinamento Istituzionale, costituito dai Sindaci (o loro delegati, presumibilmente Assessori alle Politiche Sociali) dei Comuni afferenti all'ambito territoriale, preveda la partecipazione del Direttore Generale della AUSL di riferimento (o suo delegato) ogni qualvolta ciò sia necessario ai fini della definizione delle politiche d'intervento strettamente connesse con le attività in materia sociosanitaria. Tale collaborazione deve svilupparsi nel pieno rispetto delle competenze specifiche attribuite ad ognuno degli attori istituzionali indicati, secondo il principio di sussidiarietà, in maniera non episodica ed occasionale, a garanzia della unitarietà del processo di programmazione e della successiva erogazione delle prestazioni.

Lo stesso Piano Regionale delle Politiche Sociali fornisce indicazioni anche rispetto alle modalità operative da prevedere nella programmazione territoriale, per giungere ad una effettiva integrazione degli interventi, nei Piani Sociali di Zona e nei Piani delle Attività Territoriali. Tale scelta strategica si sviluppa a partire dalla consapevolezza che occorre riportare ad unità l'assetto strutturale dei servizi, a fronte del riconoscimento dell'unicità del bisogno del cittadino-utente, cui non pare agevole fornire risposta adeguata se il sistema dei servizi si articola in modo frammentato e disomogeneo.

Il livello gestionale ed organizzativo

L'attuazione dell'integrazione sociosanitaria deve svilupparsi anche sul piano gestionale ed organizzativo, attraverso un'articolazioni di funzioni tecniche dedicate

in maniera specifica alla definizione delle politiche d'intervento e agli obiettivi relativi all'integrazione sociosanitaria. Occorre pertanto individuare nell'ambito del Distretto Sociosanitario da una parte e nell'Ufficio di Piano dall'altra, risorse umane capaci di presidiare la funzione strategica dell'integrazione tra le politiche d'intervento.

Sul piano organizzativo e della costruzione delle procedure di accesso ed accoglienza dell'utente e del nucleo familiare al sistema integrato dei servizi, assumono rilievo due "luoghi" organizzativi attraverso i quali garantire lo svolgimento di funzioni essenziali:

- la *Porta Unica di Accesso* per l'accoglienza e l'orientamento dell'utente, fatta una prima valutazione del caso;
- la *Unità di Valutazione Multidimensionale* per la valutazione complessiva del caso rispetto al quadro complessivo del fabbisogno di prestazioni di cura e di assistenza e per la definizione del progetto personalizzato di intervento ai fini della presa in carico;
- la *organizzazione* a livello di ambito e/o (laddove possibile) sovra-ambito *di servizi ad elevata integrazione sociosanitaria*, con una condivisione di risorse professionali nel medesimo luogo organizzativo per mettere a sistema le prestazioni sociali e le prestazioni sanitarie, garantendo unitarietà di intervento all'individuo assistito.

Il livello professionale

Un ulteriore piano di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria è quello professionale, inteso come il luogo di definizione degli strumenti tecnici operativi utili alla gestione integrata dell'intervento specifico, in cui diverse figure professionali provenienti dal contesto sociale (Comuni) e dal contesto sociosanitario (AUSL) cooperano per la erogazione di un servizio integrato: la porta d'accesso unica ai servizi, l'unità di valutazione multidimensionale, il progetto personalizzato, i protocolli di cura e assistenza.

Viene, inoltre, esplicitamente indicata nel Piano Regionale delle Politiche Sociali la necessità che, in fase di attivazione del distretto sociosanitario ed in fase di costruzione dell'assetto organizzativo dell'ambito territoriale sociale, le AUSL ed i Comuni individuino risorse umane dedicate alla integrazione sociosanitaria, con la espressione del Coordinatore sociosanitario del distretto e con la individuazione all'interno dell'Ufficio di Piano di una risorsa umana referente per le questioni relative alla integrazione sociosanitaria.

7.2 I livelli essenziali di assistenza sociosanitari

Ai sensi del DPCM 14/02/2001 le prestazioni sociosanitarie oggetto di compartecipazione sono quelle nelle quali "la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente *distinguibili*" e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AUSL e dei Comuni, come previsto dal DPCM 29/11/01.

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza

congiunta dell'Azienda USL e dei Comuni dell'Ambito e vengono indicate nell'allegato 1.C del citato DPCM del 29/11/01.

Assistenza Domiciliare

- ***Assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata e assistenza domiciliare programmata)*** - Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, intendendola rivolta a minori e famiglie, anziani, disabili

Assistenza semiresidenziale

- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali*** -Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani*** - Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo

Assistenza residenziale

- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie*** - prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali*** -prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali*** - prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani*** - prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS*** cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nelle fase di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali definisce anche le modalità operative per la definizione delle prestazioni sociosanitarie soggette a compartecipazione da parte delle AUSL e dei Comuni, per ognuna delle quali occorre pertanto definire modelli e protocolli operativi di riferimento. E' necessario, infatti, che l'integrazione sociosanitaria non trovi attuazione solo sul piano finanziario della compartecipazione al costo delle prestazioni, ma che tutti gli Enti titolari della funzione di assistenza,

segnatamente i Comuni e l'ASL condividano un unico percorso di programmazione dei servizi sopraelencati (che garantisca la reale integrazione tra Piano Sociale di Zona e PAT), definiscano congiuntamente le priorità di accesso, le modalità operative di erogazione del servizio, nonché l'eventuale compartecipazione al costo della prestazione da parte degli utenti.

Solo un percorso così articolato consente di non generare impegni alla compartecipazione disarticolati, e quindi incompatibili, con gli impegni finanziari che tutti i Comuni devono assumere per la realizzazione del Piano Sociale di Zona, al cui interno devono trovare spazio organicamente i servizi sociosanitari, con una precisa indicazione dell'apporto di tutti i soggetti interessati.

Proprio in ragione di tale previsione, l'Accordo di Programma si prevede che venga firmato anche dalla ASL, per quanto di sua competenza, e contenga al suo interno una analitica elencazione di tutte le prestazioni essenziali (LEA) nonché di tutti gli altri servizi in cui è prevista una integrazione a più livelli tra sociale e sanitario, con i relativi impegni in termini di risorse umane, finanziarie ed eventualmente strutturali.

Al Fine di garantire unitarietà e tempestività alla programmazione degli interventi, l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) nel primo annuo di vigenza dei Piani Sociali di Zona, occorre definire prioritariamente un protocollo operativo per l'A.D.I. (allegato A).

Infatti, in merito alla compartecipazione finanziaria per la erogazione delle prestazioni sociosanitarie riconducibili ai LEA, il Piano Regionale delle Politiche Sociali ha determinato che la programmazione unitaria ha per oggetto tutte le attività sociosanitarie, ma che data l'opportunità di graduare il percorso innovativo nel tempo per renderlo sostenibile sul piano organizzativo ed economico-finanziario, vi è la necessità di avviare il percorso di integrazione sociosanitaria a partire, prioritariamente, dalle prestazioni per le quali la normativa prevede la compartecipazione alla copertura dei costi di Comuni ed AUSL (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01).

Al fine di definire i contenuti finanziari del Piano Sociale di Zona e gli apporti anche economici della AUSL, si sottolinea l'importanza che nel triennio 2004-2006 venga garantita con l'indispensabile gradualità l'offerta di tutte le prestazioni sociosanitarie di cui al DPCM del novembre 2001. In particolare tale gradualità deve essere ricercata a partire dal 2004 (l'annualità di programmazione del Piano Sociale di Zona con i relativi impegni finanziari nei bilanci dei Comuni e delle ASL), avendo cura che nella prima annualità gli sforzi dell'ASL e dei Comuni siano rivolti - attraverso impegni precisi sottoscritti nell'Accordo di Programma e la relativa progettazione di dettaglio nel Piano Sociale di Zona - almeno alla attuazione del primo livello essenziale di assistenza previsto nello stesso Decreto, cioè l'assistenza domiciliare integrata per le persone che presentino situazioni di disagio psico-fisico e sociale tali da poter ricevere cura adeguata nel contesto familiare, garantendo le necessarie prestazioni di supporto, nel rispetto del principio richiamato dal legislatore regionale di privilegio della domiciliarità per consentire il graduale superamento delle istituzioni chiuse.

7.3 La programmazione degli interventi integrati e il coordinamento degli atti programmatori

La programmazione degli interventi integrati trova la sua disciplina e la sua regolamentazione nel D.Lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, nella

l.n. 328/2000, nei DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 e, sul piano regionale, nella l.r. n. 17/2003, nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Regionale delle Politiche Sociali. Ai sensi dell' art. 3-quater DLgs. n. 229/99, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali. In particolare il comma 3 del suddetto articolo precisa che il PAT:

- prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta
- determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'art 3-septiers del D.lgs. n. 229/99 e le quote rispettivamente a carico dell'AUSL e dei Comuni;
- è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Direttore di distretto, ed è approvato dal Direttore Generale sentito il parere del Comitato dei Sindaci per la parte sanitaria e "di intesa" con tale Comitato per la parte socio-sanitaria.

Ai sensi della l.r. n. 17/2003 l'ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali ivi comprese quelle ad integrazione socio-sanitarie. Esso è coincidente con il distretto sanitario, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e gestione integrata dei servizi e degli interventi.

I **Piani Sociali di Zona**, previsti dalla l.r. n. 17/2003, sono lo strumento attraverso il quale gli Enti locali associati tra loro, definiscono il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali, con l'indicazione degli obiettivi strategici, delle priorità d'intervento, degli strumenti, dell'assetto organizzativo, delle risorse e del personale da utilizzare, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è necessario che le AA.SS.LL. ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatica, in particolare per gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), in modo da assumere con decisione contestuale gli impegni finanziari, ma anche di risorse umane, necessari per sostenere il costo delle prestazioni integrate, avendo condiviso anche quel sistema di regole necessario a disciplinare in dettaglio l'erogazione delle prestazioni.

Ricordiamo a tal proposito che già il *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003* sottolineava la necessità che: "Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal *Programma delle Attività Territoriali* (di cui all'articolo 3-quater del D. Lgs n. 229/99) e dal *Piano di Zona* (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000). È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie".

Di conseguenza i distretti sanitari dovranno formulare coerentemente la programmazione socio-sanitaria del Programma delle Attività Territoriali che verrà presentato ai Sindaci del Coordinamento Istituzionale per acquisirne il "parere" sulla parte sanitaria e "l'intesa" sulla parte sociosanitaria.

A loro volta i Piani di Zona sociali dovranno definire la programmazione degli interventi ad integrazione sanitaria dell'Ambito Territoriale che, come già definito

dalla l.r. n. 17/2003, dovrà essere approvato con accordo di programma sottoscritto dalla AUSL.

La parte socio-sanitaria presente in entrambi i documenti, frutto di una “unica strategia programmatica” che ne assicura la reciproca complementarietà e coerenza, sarà così parte integrante della programmazione sia sociale che sanitaria, e andrà assunta integralmente in tutti i documenti e strumenti in cui essa si formalizza e si declina.

Essa dovrà prevedere, anche ai fini della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni socio-sanitarie ai sensi del DPCM 14.02.01 e del DPCM 29/11/2001:

- la esatta descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale, nonché la eventuale loro implementazione,
- la previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall’analisi del bisogno effettuata sul territorio,
- la localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi e la tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi,
- la previsione di spesa e le quote di partecipazione alla spesa dei servizi di competenza dell’azienda, raccordata con quelle di competenza dei comuni,
- la collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale.

In particolare gli atti che i Comuni e la ASL devono concordemente adottare per garantire l’erogazione delle prestazioni sociosanitarie, mediante decisione assunta nel Coordinamento Istituzionale dell’ambito territoriale e con il supporto dell’Ufficio di Piano e degli Uffici dei Comuni e della ASL, sono i seguenti:

- protocollo operativo per l’erogazione di una certa prestazione afferente all’area dell’elevata integrazione sociosanitaria;
- definizione di una eventuale convenzione tra Comuni ed ASL per la gestione del servizio e per definire le modalità di gestione ed i criteri per la selezione dei soggetti attuatori, in caso di esternalizzazione anche parziale del servizi;
- regolamento per il funzionamento della unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) e per l’accesso alle prestazioni, con la relativa scheda di valutazione del caso;
- regolamento per la compartecipazione al costo delle prestazioni sociosanitarie da parte degli utenti;
- carta dei servizi per i servizi sociosanitari.

Si procede al paragrafo successivo alla illustrazione dei “luoghi organizzativi” che dovranno rappresentare una innovazione nella gestione dei rapporti tra Comuni ed ASL per l’organizzazione a livello di ambito e la erogazione delle prestazioni sociosanitarie. Gli atti sopra elencati saranno adottati solo contestualmente agli sforzi che l’ambito territoriale dovrà fare per dotarsi di un assetto organizzativo in grado di introdurre realmente elementi di cambiamento nei percorsi di accesso ai servizi sociali e sociosanitari che tradizionalmente vengono seguiti dagli utenti.

7.4 Gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria

7.4.1 La Porta Unitaria di Accesso (PUA)

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2001-2003 individuano tra gli obiettivi prioritari la realizzazione di un sistema unitario di prestazioni socio-sanitarie per rispondere al bisogno del cittadino mediante la definizione di un progetto personalizzato. La attivazione di una "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi sociali e sanitari è una delle condizioni a garanzia di tale processo, come stabilito nella Conferenza Stato - Regioni del 24/07/2003.

Con tale espressione si fa riferimento in maniera esplicita da parte del legislatore all'obiettivo strategico di un "sistema di accoglienza della domanda" in grado di aprire al cittadino simultaneamente tutta la gamma di opportunità offerte dalla rete locale dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

"Porta di accesso" esprime infatti in maniera figurata il concetto di "ingresso" alla rete dei servizi, la cui "unitarietà" richiama la non settorialità dell'accoglienza e la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito dai Comuni e della ASL.

Per quanto concerne l'attuale configurazione del servizio sanitario, il percorso di superamento ed unificazione dei pre-esistenti punti di accesso alla rete dei servizi sanitari distrettuali (servizi di accoglienza e accettazione delle diverse Unità Operative distrettuali, Poliambulatori, ecc.) all'interno di un complessivo "sistema unitario di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari" di zona richiede un complesso processo di adeguamento culturale, normativo ed organizzativo, che occorre perseguire con gradualità.

Ciò può essere reso possibile attraverso l'istituzione in prima istanza (salvo che i Comuni e l'ASL non siano in grado di decidere diversamente, e cioè per una piena ed immediata attuazione di una PUA che coinvolga sia il punto di contatto con l'utente finale (*front-office*) che il lavoro interno agli Uffici non a contatto con gli utenti (*back-office*) di un organismo "unitario" - realizzato e gestito cioè, in maniera congiunta da entrambi i sistemi di servizi - collocato in seconda linea rispetto ai punti di accesso ai servizi sociali dei Comuni e sanitari dei distretti attualmente esistenti, che funga da passaggio obbligato in tutti i casi di richiesta di prestazioni a gestione integrata e partecipata, per l'attivazione della valutazione multidimensionale integrata e l'avvio a partire da questo punto di confluenza di un percorso realmente unificato e unitario di erogazione.

Sembra opportuno mantenere per questo organismo la locuzione "porta unitaria di accesso", sia pure limitatamente alle prestazioni a gestione integrata e partecipata, nonostante si tratti in realtà di una modalità unitaria di organizzazione del lavoro unitario degli uffici interessati rispetto ai vari punti di accesso alla rete e quindi di una porta interna al sistema dei servizi, per la funzione di imbocco di un percorso unificato da esso effettivamente svolta e quella più ampia di catalizzatore di un più complessivo processo di unificazione che esso può svolgere.

Nell'ambito dei servizi sociali comunali va ad integrarsi con l'organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, ecc...) che i Servizi Sociali dei Comuni dovranno organizzare in ciascun ambito territoriale, consentendo

in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal Piano di Zona.

Nell'ambito della organizzazione dei distretti la PUA si dovrà articolare organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari distrettuali, attualmente esistenti: Mdici di Medicina Generale (MMG) ovvero Pediatri di libera scelta (PLS), servizi di accoglienza e accettazione delle diverse Unità Operative distrettuali, Poliambulatori, ecc.

La *P.U.A. alle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata* si potrebbe pertanto configurare inizialmente come un momento di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche relativamente a tali tipologie di prestazioni socio-sanitarie e svolgere le funzioni di collettore cui convogliare ogni richiesta di prestazione compartecipata, al fine di consentire ed attuare sistematicamente almeno in questi casi un percorso assistenziale unitario ed integrato a partire da qualsiasi punto di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari.

Essa rappresenta uno snodo obbligato, indispensabile per programmare ed organizzare in maniera ordinata i lavori dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (per la quale fa da segreteria organizzativa) e gestire in modo razionale l'agenda UVM.

La Porta Unitaria di Accesso svolge i seguenti compiti :

- orientamento della domanda e strumento della programmazione dell'offerta;
- accoglimento all'interno dell'ambito distrettuale di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata, provenienti dalla cosiddetta "rete formale" (MMG/PLS, Unità Operative distrettuali, Presidi Ospedalieri, Servizio Sociale) del diretto interessato;
- attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per un approfondimento della richiesta;
- gestione della Agenda UVM(organizzandone del calendario dei lavori);

Se la richiesta di assistenza proviene dalla rete formale (MMG/PLS, Unità Operative distrettuali, Presidi Ospedalieri, Servizio Sociale), essa deve essere effettuata tramite un apposito modulo, la "scheda di proposta per l'accesso", e trasmesso alla *P.U.A. alle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata* di residenza del cittadino, la quale provvede ad attivare direttamente tutti i principali referenti della *Unità di Valutazione Multidimensionale* (MMG/PLS, specifiche Unità Operative distrettuali, Servizio Sociale), rispetto alla quale svolge quindi funzioni di vera e propria segreteria organizzativa.

Se la richiesta proviene invece dal diretto interessato o dalla rete informale (famiglia, vicinato, volontariato, ecc.), essa deve essere sempre orientata alla rete formale territoriale (MMG/PLS e/o Servizio Sociale e/o specifiche Unità Operative distrettuali), la quale soltanto è abilitata ad effettuare la valutazione di 1° livello della domanda ed eventuale "scheda di proposta per l'accesso".

La "scheda di proposta per l'accesso" deve pertanto contenere (in forma schematica e a domande chiuse, in modo da consentire la elaborazione informatica) almeno i seguenti elementi:

- dati anagrafici del cittadino;
- indicazioni generali di carattere socio-ambientale e relativi alle condizioni abitative ed ambientali, alla situazione del nucleo di convivenza, alla rete familiare e sociale di supporto presente, al tenore economico del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi clinica e patologie presenti;

- apparenti condizioni di autonomia e autosufficienza, deambulazione ed eventuale “confinamento” (a letto, su sedia o in casa), capacità relazionali;
- prestazione socio-sanitaria a gestione integrata e compartecipata richiesta e motivazioni della richiesta;
- principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS, specifiche Unità Operative distrettuali, Servizio Sociale).

7.4.2 L’Unità di valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, ovvero l’analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso, rappresenta l’adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino.

Essa è effettuata da un team multiprofessionale, l’Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, la quale costituisce l’altro anello operativo strategico in sede locale per l’accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata.

L’U.V.M. va istituita in ogni ambito distrettuale, e deve essere coordinata da un medico nominato dal Direttore del Distretto e da un operatore sociale nominato dai Comuni dell’ambito, che assicurano una continuità ed univocità di valutazione e un uso ponderato delle risorse grazie ad una visione longitudinale nel tempo, orientata alla pianificazione complessiva degli interventi.

Tale composizione minima sarà integrata dalle figure professionali idonee alla valutazione del singolo caso sulla base dell’istruttoria preliminare attivata dalla P.U.A. e, comunque, sempre dal MMG/PLS e dall’Assistente Sociale del Servizio Sociale di riferimento dell’assistito e da un medico della specifica Unità Operativa distrettuale competente (il geriatra per i pazienti ultra-sessantacinquenni o uno specialista delle attività riabilitative per i disabili, uno specialista di discipline per la salute mentale per i pazienti psichiatrici, referenti per l’assistenza sanitaria di base negli altri casi).

Svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* dell’autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (valutazione di 2° livello, che fa seguito a quella di 1° livello già contenuta eventualmente nella “scheda di proposta per l’accesso”)
- verifica la presenza delle *condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza*;
- elabora il *progetto socio-sanitario personalizzato*, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l’andamento del *progetto personalizzato* ;
- procede alla dimissione concordata.

La *valutazione multidimensionale* (VMD) deve avvalersi di strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale), specifici ed il più possibile omogenei sul territorio regionale, per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione e consentire la definizione qualitativa e quantitativa.

A tal fine viene evidenziata in questa sede la necessità che il percorso di valutazione del caso o della richiesta di accesso ai servizi, ed i relativi strumenti di analisi e

valutazione, tengano conto delle seguenti variabili da considerare obbligatoriamente in tutti gli ambiti territoriali e da tutte le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM):

- dei bisogni reali e prioritari, espressi o meno (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative)
- degli obiettivi che ragionevolmente si possono raggiungere
- degli interventi da adottare
- delle risorse da attivare
- dell'appropriatezza del regime prestazionale da utilizzare.

7.4.3 Il Progetto socio-sanitario personalizzato

È redatto dall'U.V.M., tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, e deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari, i quali possono talvolta costituire un target prioritario dell'intervento
- il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e il suo livello di intensità e durata
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate
- la quantità, le modalità, la frequenza e la durata (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.) di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari;
- la individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: ad esempio un Referente Familiare ed un Responsabile della Presa in Carico
- la durata complessiva del progetto;
- gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento/ecc., schede/registri/diario clinico/ ecc., indicatori di processo e di risultato, report, ecc.), le scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex-post, con particolare attenzione:
 - alla valutazione periodica dei risultati
 - alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati
 - alle modalità per garantire la sovrintendenza e verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato), evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo attraverso periodici momenti di incontro, verifica e indirizzo in sede di intervento (domicilio, CD, RSA) da parte del servizio pubblico

Il *progetto socio-sanitario personalizzato* è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto. Con esso si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, la quale deve essere conclusa entro e non oltre 10 giorni lavorativi dalla data della proposta di accesso.

Esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.). Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.M.

L'autorizzazione all'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari a gestione integrata e partecipata (costituito dalle otto tipologie di prestazione oggetto di partecipazione richiamate in premessa) spetta congiuntamente al Distretto sanitario e al Servizio Sociale d'ambito o del singolo Comune interessato, attraverso le rispettive figure di coordinamento o di riferimento a ciò abilitate.

Il regolamento interno per il funzionamento della U.V.M. che i Comuni e la AUSL devono adottare, definirà anche le modalità di lavoro da adottare nei casi in cui non interviene l'intesa tra i referenti sanitari ed i referenti sociali della U.V.M. allo scopo di tutelare il diritto dell'assistito a ricevere una risposta adeguata alla rispettiva situazione di bisogno.

Allegato A

Protocollo operativo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)

In considerazione di quanto previsto dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14/2/2001) e del Piano Sanitario Regionale della Regione Puglia, e nelle more di una più completa definizione dei livelli essenziali di prestazioni sociali, con **Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)** si intende un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati.

Il servizio, di competenza sia del SSN che dell'Ente Locale, è fondato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della persona, sia esso la propria abitazione o una struttura comunitaria, casa di riposo, casa protetta o altra struttura di accoglienza a carattere prevalentemente socio-assistenziale) e si connota per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Caratteristica essenziale del servizio è l'unitarietà d'intervento, che deve essere basato sul concorso progettuale di contributi professionali, sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato.

La continuità assistenziale, che il sistema regionale dei servizi e degli interventi sociali si propone in generale di garantire, è obiettivo specifico dell'A.D.I., basandosi sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il servizio A.D.I. condivide con le altre tipologie di prestazioni domiciliari le finalità e gli obiettivi generali:

- mantenere la persona nel proprio contesto di vita attraverso interventi a sostegno della famiglia e della persona con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime domiciliare ovvero nel contesto della vita quotidiana;
- utilizzare il ricorso ai servizi residenziali, a ciclo diurno o continuativo, in via subordinata ed esperendo modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento;
- costituire una valida alternativa sia all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ospedaliero, che alla istituzionalizzazione in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) e Residenza Protetta;
- adottare modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente;
- ridurre i ricoveri impropri e incongrui negli ospedali e nelle strutture residenziali;
- ridurre la permanenza in ospedale e favorire la de-ospedalizzazione, attraverso l'istituto della *dimissione socio-sanitaria protetta*;
- sviluppare una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni;
- sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza.

L'A.D.I. deve altresì svilupparsi a partire da alcune caratteristiche essenziali del servizio, considerate elementi essenziali per la corretta attuazione delle indicazioni di cui alle presenti linee guida:

- la pianificazione organica delle unità di offerta in modo uniforme sul territorio dell'ambito;
- la valutazione multidimensionale del bisogno e l'approccio per problemi;
- la globalità dei piani di cura;
- la collaborazione tra operatori sanitari, sociali e la famiglia, e la condivisione degli obiettivi;
- la continuità degli interventi;
- l'adozione di una metodologia di lavoro che utilizza strumenti organizzativi integranti (riunioni di programmazione degli interventi, di coordinamento, di valutazione, di riprogettazione, progetto assistenziale personalizzato, individuazione del referente familiare (*care giver*) e del responsabile del caso (*case manager*), procedure, ecc.);
- la valutazione dei costi delle decisioni;
- la valutazione evolutiva degli esiti;
- la centralità del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, per gli aspetti clinici, e dell'assistente sociale di zona, per gli aspetti sociali;
- l'esistenza di centri di responsabilità in ambito sanitario e sociale.

Destinatari

L'A.D.I. è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario o patologiche, ed in particolare pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia
- patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri
- disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione della autonomia
- patologie oncologiche in fase avanzata
- patologie HIV correlate in fase avanzata
- patologie in fase terminale.

Criteri di ammissione e di eleggibilità

L'accesso all'A.D.I. deve essere subordinata ad una valutazione integrata accertante la presenza contemporanea dei seguenti requisiti o condizioni di eleggibilità generali:

- ridotta autosufficienza temporanea o protratta (criterio di *appropriatezza*), la sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, preferibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata attraverso l'uso di apposite *scale di valutazione*, validate sul piano scientifico;
- necessità di assistenza esclusivamente primaria (criterio di *appropriatezza*), cioè assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;

- complessità assistenziale del paziente (criterio di *appropriatezza*), ovvero la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multiprofessionale o, quantomeno, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare e aiuto infermieristico);
- presenza o possibilità di garantire adeguato supporto alla persona, la presenza di un nucleo familiare o, in caso di sua insufficienza o assenza, possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato, ecc.) o di prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico", in grado di prendersi cura del soggetto;
- idoneità delle condizioni abitative, o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa. Sarebbe opportuno che quest'aspetto o condizione, come il precedente, venisse rilevato tramite *schede di valutazione sociale* standardizzate, che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc.;
- economicità dell'assistenza, il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell'utente, non deve essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale;
- residenza, sono ammessi al servizio i residenti in uno dei comuni dell'ambito territoriale. La residenza rappresenta il riferimento per l'attribuzione dei costi sociali e sanitari rispettivamente al Comune di residenza/all'Ambito territoriale ed al Distretto sanitario;
- condizione economiche e compartecipazione ai costi degli utenti, gli utenti sono ammessi al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche individuali o familiari. Sulla base della valutazione delle condizioni economiche effettuata attraverso l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), si definisce la quota di compartecipazione degli utenti al costo del servizio per la parte relativa ai costi socioassistenziali attribuiti ai comuni. Pur in assenza di specifica regolamentazione regionale in materia i Comuni potranno procedere ad una prima definizione dei criteri per la compartecipazione alla spesa, in attesa di direttive regionali in materia. Dovrà essere stabilita una soglia economica, corrispondente a situazioni di disagio economico grave quale la condizione di povertà, sotto la quale non è richiesta agli utenti alcuna compartecipazione ai costi. Per le persone e le famiglie che presentano una condizione economica superiore a tale soglia vanno previste quote crescenti di compartecipazione ai costi, individuando le diverse fasce economiche e la percentuale di compartecipazione da applicare a ciascuna. Va stabilita, infine, una percentuale di compartecipazione massima ai costi dei servizi da applicare alla fascia economica più elevata, tale da non rendere diseconomico l'accesso alle prestazioni agli utenti. Il sistema di compartecipazione dovrà essere omogeneo a livello di ambito territoriale.

Modalità di accesso e di organizzazione

L'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata deve prevedere, tanto a livello centrale che periferico, l'istituzione di organismi socio-sanitari integrati tra Azienda Sanitaria Locale ed Enti Locali, da essi cogestiti e cofinanziati, in grado di garantire l'unitarietà del servizio in tutte le sue fasi (programmazione, esecuzione, valutazione, ecc.), in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale e del Piano Regionale delle Politiche Sociali relative all'integrazione sociosanitaria.

Pertanto, a titolo esemplificativo, si evidenzia che a livello locale il recepimento della domanda relativa al servizio A.D.I. è competenza della *Porta Unica di Accesso* attivata da operatori sociali indicati dall'Ambito (dai Comuni) e da operatori sanitari indicati dall'AUSL ad essa specificamente preposti.

Così come la valutazione dell'ammissibilità della domanda è competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale, un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi che costituisce l'altro anello operativo strategico in sede locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Nello specifico dell'A.D.I. l'Unità svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti,
- verifica la presenza delle *condizioni di eleggibilità* come precedentemente indicate,
- elabora il *piano assistenziale personalizzato* (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi), condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto,
- verifica e aggiorna l'andamento del *piano assistenziale individualizzato*,
- procede alla dimissione concordata.

L'U.V.M. deve anche programmare e svolgere la progressiva rivalutazione degli utenti già in carico, secondo le modalità integrate, per verificare la sussistenza dei criteri di ammissione e di eleggibilità e provvedere in conseguenza. L'accesso di nuovi utenti all'ADI e le dimissioni avvengono solo a seguito della valutazione sociosanitaria congiunta, nelle modalità negoziate tra ASL e Comuni.

Risorse

L'Azienda Sanitaria e i Comuni dell'Ambito mettono a disposizione le risorse necessarie all'erogazione degli interventi di A.D.I., nella misura concordata con la pianificazione del Piano di Zona e del Programma delle Attività Territoriali, con una compartecipazione ai costi che dovrà essere definita in fase di programmazione, a partire proprio dai contenuti sociali e sanitari delle prestazioni erogate e dalle risorse umane ed organizzative rese disponibili rispettivamente dai Comuni e dall'AUSL.

Sono soggette a tale quota di compartecipazione le prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata di *aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*, proprie dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Sono totalmente a carico del servizio sanitario nazionale tutte le prestazioni a valenza sanitaria (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale) e di competenza dei Distretti sanitari, proprie dell'Assistenza Domiciliare sanitaria, ivi comprese le prestazioni erogate in regime di ADI che non rientrino nelle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata di *aiuto infermieristico e assistenza*

tutelare alla persona. Sono totalmente a carico dei Comuni tutte le prestazioni a valenza sociale (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) e di competenza dell'Ente Locale, proprie dell'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, salvo quelle erogate in regime di ADI e rientranti nelle prestazioni di *aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*. Le percentuali di compartecipazione dell'ASL e dei Comuni al costo complessivo delle prestazioni domiciliari da erogare potrà essere diverso da quello previsto laddove si definisca un protocollo di intervento a livello di ambito che determini una diversa composizione del servizio rispetto alle specifiche prestazioni. Laddove per la prima annualità di programmazione integrata, coincidente con la prima annualità del Piano Sociale di Zona, i Comuni e l'ASL concordassero sulla impossibilità di pervenire da subito alla determinazione di un certo livello di compartecipazione finanziaria da parte dei Comuni, gli stessi potranno definire un diverso accordo rivolto alla individuazione di forme di collaborazione anche non finanziarie, con impegni che dovranno essere sanciti e sottoscritti con lo strumento dell'Accordo di Programma. Si sottolinea, peraltro, che a livello di ambito territoriale, nella fase di stesura ed approvazione da parte del Coordinamento Istituzionale del regolamento per l'accesso alle prestazioni e quello per la compartecipazione al costo delle prestazioni da parte degli utenti, i Comuni potranno decidere quale quota della parte di competenza comunale potrà essere coperta dal versamento dei contributi o tariffe che saranno definite per gli utenti, in relazione alle specifiche capacità di contribuzione.

Tipologie di A.D.I. in relazione alla durata

In relazione alla durata del servizio si distinguono:

❖ A.D.I. a breve termine (circa 3 settimane):

situazioni in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali dell'utente, un progetto attivo di educazione sanitaria, rassicurazione e sostegno sono essenziali per mettere in grado la rete familiare di farsi carico dell'assistenza patologie acute in cui l'A.D.I. costituisce alternativa alla ospedalizzazione.

❖ A.D.I. a medio termine (circa 3 mesi):

situazioni in cui un *progetto assistenziale personalizzato* di più ampio respiro è finalizzato a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale in un periodo critico o a promuoverne l'autonomia pazienti in fase terminale.

❖ A.D.I. a lungo termine (6 mesi rinnovabili):

casi in cui l'A.D.I. evita l'ingresso in strutture residenziali, casi in cui l'A.D.I. evita l'ospedalizzazione impropria o ripetuta.