

**ACCORDO DI PROGRAMMA
TRA ASUR MARCHE ZONA TERRITORIALE N.11 DI FERMO
E PRESIDENTI DEI COMITATI DEI SINDACI
DEGLI AMBITI SOCIALE XIX DI FERMO
E XX DI PORTO SANT'ELPIDIO
PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
IN ATTUAZIONE DEL D. LGS. N. 229/99, DEL PIANO
SANITARIO REGIONALE 2007-2010
DELLA L. 328/00
E DEL PIANO SOCIALE REGIONALE 2008-2010
(DELIB. CONS. N.98 DEL 29.07.2008)**

L'anno 2011, il giorno _____ del mese di _____ in Fermo presso la sede della ASUR Marche Zona Territoriale 11

TRA

Il Presidente del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale n. XIX di Fermo, Dott. Saturnino Di Ruscio

Il Presidente del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale n. XX di Porto Sant'Elpidio, Dott. Mario Andrenacci

E

Il Direttore della Zona Territoriale n. 11 dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale, Fermo, Dott. Gianni Genga

Vista la seguente normativa di riferimento ed in considerazione dell'imminente approvazione del nuovo P.S.S.R. 2010-2012 da parte del Consiglio Regionale, a cui seguiranno le eventuali integrazioni al presente atto

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

NAZIONALE

- DPR 616/77 "Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382 (Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione)"
- L. 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato del sistema di interventi e servizi sociali";
- L. 833/78 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";
- D.Lgs. 502/92 e 517/93 "Riordino della disciplina in materia sanitaria";
- D.Lgs. 229/99 "Norme per la realizzazione del SSN" art. 3 septies (integrazione socio-sanitaria);
- DPCM del 14/02/2001 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie che esplicita nell'Allegato 3, "indicazioni particolari per l'applicazione dei Livelli in materia di integrazione sociosanitaria",
- DPCM del 29/11/2001 (Livelli Essenziali di Assistenza), che specifica le aree di intervento di Integrazione Socio Sanitaria;
- Piano Sanitario Nazionale 2006/2008

REGIONALE

- L.R. 13/03 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale" che istituisce l'ASUR e prevede espressamente:
 - Art. 4 c.2. Il Direttore Generale coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, nonché dal *Responsabile dei Servizi di Integrazione socio-sanitaria*.
 - Art. 7 c.1. In ogni zona è istituito il *Collegio di Direzione di Zona*.
 - Art. 9 c.1. Le *zone territoriali* sono articolazioni dell'ASUR (...), con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel rispettivo ambito territoriale, dotate di autonomia gestionale ed operativa.
 - Art. 10 c.1. Il *direttore di zona* è responsabile delle funzioni di programmazione e coordinamento, anche in materia di integrazione socio-sanitaria nonché della gestione complessiva del relativo ambito territoriale.
 - Art. 21 c.2. *La Conferenza (dei Sindaci)*: a) promuove l'integrazione tra i servizi sanitari di zona e i servizi socio-assistenziali; (...) d) propone e partecipa alla definizione di intese tra Comuni, ASUR e zona territoriale interessata per l'integrazione socio-sanitaria e la formalizzazione di accordi di programma;
 - Art. 13 c.1. I *distretti* articolazioni territoriali delle zone coincidenti con gli ambiti territoriali sociali; sono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.
 - Art. 20 - *Conferenza permanente regionale socio-sanitaria*
- Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. Consiliare n.62 del 31.07.2007;

- DGR 720/07 "Indicazioni della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria". Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali, con cui la Regione, al fine di dare consolidamento e sviluppo alle politiche e ai servizi di integrazione socio-sanitaria nella regione Marche, definisce:
 - l'assetto organizzativo e le relazioni tra le strutture regionali e territoriali impegnate nell'integrazione socio-sanitaria;
 - la composizione e l'attività della "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria;
 - il piano di lavoro e le priorità in tema di integrazione socio-sanitaria da sviluppare in sinergia con l'approvazione e l'avvio del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sociale Regionale.
- DGR 1674 del 11/07/2001 "Linee guida per l'attuazione del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- DGR 592 del 19/03/2002 (divisione del territorio regionale in 24 ambiti);
- DGR 1968 del 12/11/2002 "Linee guida per la realizzazione degli Uffici di Promozione Sociale";
- Piano Sociale Regionale 2008-2010 approvato con D. Consiliare n.98 del 29.07.2008
- Accordo di Programma del 27.04.2005 tra ASUR Marche Zona Territoriale 11 Fermo e Presidenti dei Comitati dei Sindaci degli Ambiti Sociali n.XIX di Fermo e n.XX di Porto Sant'Elpidio per l'integrazione Socio-Sanitaria in attuazione del D.Lgs. N.229/99, e del Piano Sanitario Regionale 2003/2005, della L. 328/00 e del Piano Sociale Regionale (DGR 306/00)"
- DGR 1276/09 "Linee guida per la predisposizione e approvazione piani triennali di ambito sociale 2010-2012;

1. AREA TUTELA SALUTE MATERNO INFANTILE

2. AREA ADOLESCENTI, GIOVANI

- L. 151/1975 "Riforma del Diritto di Famiglia"
- L. 405/1975 "Istituzione dei Consulteri Familiari"
- L. 184/1983 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori"
- L. 285/1997 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"
- Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 "Progetto Obiettivo Materno Infantile"
- L. 149/2001 "Diritto del minore ad una famiglia"
- L. 54/2006 "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"
- LR. 23/1992 "Diritti della partorientente e del bambino ospedalizzato"
- LR. 7/1994 "Interventi a favore dei minori collocati fuori della famiglia d'origine"
- LR. 46/1995 "Sostegno alle iniziative dei gruppi informali di giovani"
- LR. 30/1998 "Sostegno alle famiglie in situazione di disagio sociale o economico"
- LR. 9/03 "Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie e modifica della Legge regionale 12 aprile 1995, n. 46 concernente: "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti" e suo Regolamento n.13/2004;
- DC Regione Marche n.202/1998 "Area Consultoriale"
- DGR 1896/02 "Linee d'indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di adozione internazionale"
- DGR 869/03 "Indirizzi in materia di interventi socio-sanitari territoriali relativi all'affidamento familiare(di cui alla L. 184/1983)
- DGR 583/08 "Approvazione linee programmatiche per il finanziamento la realizzazione da parte degli enti locali degli interventi, iniziative e azioni per l'abbattimento dei costi dei servizi per le famiglie numerose, per la riorganizzazione dei consultori familiari e la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari".
- DGR 1034/09 "Approvazione linee programmatiche per proseguimento del finanziamento e la realizzazione da parte degli enti locali degli interventi, iniziative e azioni per l'abbattimento dei costi dei servizi per le famiglie numerose, per la riorganizzazione dei consultori familiari e la qualificazione del lavoro delle assistenti familiari".
- Report CEDAP/ARS "Miglioramento della qualità dell'assistenza al parto"
- Report ARS "Il percorso nascita nella Regione Marche"
- Report ARS "Stato dei consultori familiari nella Regione Marche"

3. AREA DISABILITÀ FISICO PSICHICO SENSORIALI

- L.118/1971 ""Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili."
- L. 517/77 "Inserimento disabili nelle scuole dell'obbligo"
- L. 13/1989 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati"

- L. 104/92 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- D.P.R. n. 503/1996, "Regolamento recante norme per l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici, spazi e servizi pubblici."
- L. 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"
- L. n. 53/2000, "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città"
- D. L.vo n.151/2001, n. 151 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell' articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53"
- L.R. 18/1996 "Promozione e coordinamento delle politiche d'intervento in favore delle persone in situazione di disabilità";
- DGR 144/2010 "Definizione dei criteri e delle modalità di attuazione degli interventi a favore delle persone disabili per gli anni 2010 e 2011 ai sensi dell'art.26 LR n.18/1996 e succ.modif."
- DGR 102/2008 "Definizione dei criteri e delle modalità di attuazione degli interventi a favore delle persone disabili per gli anni 2008 e 2009 ai sensi dell'art.26 LR n.18/1996 e succ.modif."
- DGR 1789/2009 "Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario nella Regione Marche"
- L.R. 2/2005 "Norme regionali per l'occupazione, la tutela e la qualità del lavoro"
- DGR 1256/2008 "Indirizzi relativi ai compiti delle Province, delle Zone Asur e degli Enti Locali per l'integrazione delle persone con disabilità nel mondo del lavoro";
- DGR 227/2010 "Integrazione scolastica degli alunni con disabilità - approvazione schema di accordo di programma tra gli enti competenti e relativa modulistica - avvio corso di formazione sull'ICF"
- Studio ARS sulle Mielolesioni nella Regione Marche

4. AREA TUTELA SALUTE MENTALE

- LG 180/78 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"
- Progetto Obiettivo Salute Mentale 2004/2006 approvato con D. Consiliare Regione Marche n.132 del 06.07.2004;
- DGR 457/2004 Interventi per favorire l'inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno delle loro famiglie - Prosecuzione servizi di sollievo - Criteri e modalità per la valutazione dei progetti e l'assegnazione delle risorse
- DGR 384/2005 Interventi per favorire l'inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno delle loro famiglie - Prosecuzione Servizi di sollievo - Criteri e modalità per la valutazione dei progetti e l'assegnazione delle risorse
- DGR 681/2005 Interventi per favorire l'inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno delle loro famiglie - Prosecuzione servizi di sollievo - Criteri e modalità per la valutazione dei progetti e l'assegnazione delle risorse
- DGR 114/2006 Prosecuzione triennale servizi di sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie - Criteri e modalità per la valutazione dei progetti e l'assegnazione delle risorse
- DGR 174/2006 Prosecuzione triennale servizi di sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie - proroga termini precedente deliberazione n. 114 del 7.02.2006
- DGR 403/2009 Prosecuzione triennale servizi di sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie - Criteri e modalità per la valutazione dei progetti e l'assegnazione delle risorse
- DGR 448/2010 Modifica ed integrazione precedente DGR n. 403/2009 concernente: "Prosecuzione triennale servizi di sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie - Criteri e modalità per la valutazione dei progetti e l'assegnazione delle risorse"

5. AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE E COMPORAMENTI D'ABUSO

- Piano d'azione UE 2005 2008
- Relazione annuale 2006 EMCDDA
- Strategia UE 2005 2012
- DPR n.309/90 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze
- LG. 125/2001 Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati
- Piano italiano di azione sulle droghe
- DGR 1711/02 Fondo Nazionale Lotta alla Droga: Approvazione atto di indirizzo e coordinamento interventi territoriali

- DGR. 747/04 "Linee di indirizzo per la progettazione di interventi socio-sanitari di prevenzione rivolti ai giovani ed agli adolescenti";
- DGR 172/2005 "Attuazione della DGR 747/04 Interventi socio-sanitari di prevenzione per minori e giovani"
- DGR 173/2005 "Attuazione DGR 747/04 – definizione dei criteri per l'istituzione, da parte della ASUR, dei dipartimenti dipendenze patologiche presso le zone territoriali";
- DGR 900/2006 Criteri assemblee DDP
- DGR 1400/2006 "Attuazione della DGR 747/04 – definizione dei criteri di utilizzo delle risorse per l'implementazione dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche istituiti presso l'ASUR – anno 2007";
- DGR 867/2007 "Indirizzi di programmazione e criteri di riparto risorse economiche contrasto dipendenze patologiche -Anno 2007"
- DGR 1286/2007 "Attuazione della DGR 747/04 Linee Guida per la continuità e lo sviluppo degli interventi socio-sanitari di prevenzione per minori e giovani"
- "Unità operative integrazione tra servizi pubblici e privato sociale per trattamento e riabilitazione cocainomani e consumatori di psico-stimolanti"
- DGR n. 1472/08 Indirizzi di programmazione criteri di riparto risorse economiche contrasto dipendenze patologiche;
- DDS 281/S05/08 Riparto risorse ASUR per progetto nazionale tabagismo;
- DGR 157/2008 "Attuazione DGR 747/04 Proroga della sperimentazione del riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze";
- DGR 154/2009 "Attuazione DGR 747/04 – Linee Guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei dipartimenti per le dipendenze patologiche dell'ASUR";
- Verbale Cabina di Regia del 17 dicembre 2008
- DGR n. 959/09 Aggiornamento rette di ricovero per assistenza riabilitativa soggetti tossicodipendenti
- DGR n. 603/09 Sorveglianza sanitaria e accertamento tossicodipendenza
- DGR 1767/09 Indirizzi e criteri riparto risorse economiche contrasto dipendenze patologiche
- DDS 195/S05/09 Assegnazione contributi organizzazioni pubbliche e privato sociale per contrasto dipendenze patologiche
- DDS 205/S05/09 Assegnazione contributi a organizzazioni privato sociale per contrasto dipendenze patologiche

6. AREA TUTELA SALUTE ADULTI FRAGILI (reclusi in carcere, malati terminali, sierositivi hiv, immigrati, e stranieri temporaneamente presenti)

- Linee Guida Carcere
- Progetto HIV- AIDS Regione Marche
- Report ARS Servizi Sanitari Immigrati

7. AREA TUTELA SALUTE ANZIANI

- DGR1493/2008 "Fondo Non Autosufficienza – area sanitaria"
- DGR 985/2009 "Fondo Non Autosufficienza – area sociale"

8. AREA PREVENZIONE –

Settore epidemiologico

- DGR 866/04 Istituzione ed organizzazione della Rete Epidemiologica Marchigiana (REM)
- Piano Nazionale Della Prevenzione 2005/2007
- Piano Sanitario Regionale 2007/2009
- DGR 1045/09 del 22.06.09
- DGR 1298/09 del 03.08.09 istituzione del registro cause di morte e del registro tumori regionale

Settore Tutela Salute e Sicurezza Luoghi di Lavoro

- Decreto legislativo 09 Aprile 2008 n° 81 integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. 3 Agosto 2009, n° 106 "Disposizioni integrative e correttive del Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"
- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri – Definizione livelli essenziali di assistenza (G.U. 33 del 08/02/02 – Suppl. ordinario n.26)
- Piano Sanitario Regionale 2003-2006
- Delibera Consiliare 30 giugno 2003 n. 97 – Attuazione del PSR 2003-2006
- Progetto Obiettivo "TUTELA DELLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO"

9. AREA SISTEMA RESIDENZIALE E SEMI-RESIDENZIALE

10. AREA QUALITÀ

- L.R. 20/00 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" e relativo manuale per l'accreditamento
- LR. 20/02 "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale" e suo Regolamento Reg. n.1/2004
- DGR 720/2007 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali";
- DDS n.132/S_05 del 13.06.2007 "Individuazione comunità socio-educative riabilitative residenziali per disabili beneficiarie del co-finanziamento regionale di cui alla DGR 581/2007"
- DGR 665/2008 "Criteri di compartecipazione alle spese tra gli enti e soggetti interessati per la gestione di comunità socio-educative riabilitative per disabili gravi"
- DGR 1503/2009 "PAR FAS Marche 2007-2013 - Intervento 6.1.1.1 Contributi per la realizzazione di interventi di riqualificazione dei centri di aggregazione giovanile"
- DGR. 1823/2009 "PAR FAS Marche 2007-2013 - Intervento 6.1.2.1 - Contributi in conto capitale per l'acquisto di immobili nuovi o per la costruzione, ristrutturazione, adeguamento e riqualificazione delle strutture socio - educative e socio - assistenziali. Definizione dei criteri per la determinazione delle graduatorie"

Ed ogni altra normativa successiva alla sottoscrizione del presente atto.

Premesso che:

La formulazione dei rapporti tra Asur Zona Territoriale n.11 ed i Comuni degli Ambiti territoriali di riferimento per l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello locale è divenuta una priorità con l'approvazione del D.Lgs n. 229/99, che ha aperto nuovi scenari per il S.S.N., mettendo in gioco diversi livelli di responsabilità: la Regione, gli Enti Locali, le Aziende Sanitarie, la Zona Territoriale, la Dirigenza, i soggetti pubblici e privati erogatori di servizi, il volontariato.

Dal suddetto quadro normativo deriva un sistema più aperto ed orientato alla costruzione di una rete di garanzie, dalla ricerca della qualità all'umanizzazione dei servizi, ad una maggiore trasparenza nell'esercizio delle responsabilità e della prevenzione, favorendo lo sviluppo di una reale integrazione socio-sanitaria

Il D.Lgs n. 229 ha tracciato, dunque, un percorso innovativo, che prevede il recupero del ruolo della programmazione regionale e di quella locale, sottolinea la centralità sulla persona, in sostanza sulla domanda, ed individua nell'integrazione socio-sanitaria l'elemento centrale della politica per il benessere della persona stessa.

Fondamentali adempimenti sono demandati alla legge regionale in applicazione dell'art. 2-quinquies del D.Lgs n. 229 per la definizione del ruolo del Comune nella programmazione territoriale.

La suddetta normativa ha inteso recuperare il Comune come soggetto della programmazione locale, mettendo fine al suo ruolo marginale, fatto di pareri, di indirizzi, di valutazioni, privo di responsabilizzazione nelle scelte.

L'integrazione secondo il PSN, va pensata a tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale, anche se sussistono ancora incertezze ed ambiguità a livello normativo sul piano dell'integrazione istituzionale, senza la quale è assai difficile attuare gli altri due livelli di integrazione se non si fa chiarezza e se non si sciogliono alcuni nodi fondamentali.

Diviene pertanto indispensabile prevedere modalità di raccordo sistematico tra il Comitato dei Sindaci degli Ambiti territoriali Sociali XIX e XX e l'ASUR Marche Z.T. n. 11 che dovranno individuare strumenti adeguati sia per favorire lo sviluppo dell'integrazione istituzionale a livello locale, che per concordare linee strategiche comuni per una corretta gestione integrata dei servizi alle persone;

L'integrazione va intesa quindi, non solo come connessione tra due sistemi che vivono autonomamente e che devono incontrarsi (Asur Z.T. n.11 e Comuni), ma come necessità di promuovere, a livello locale, una rete realmente integrata di servizi da attuarsi con i soggetti pubblici e privati ed il terzo settore che operano nel comparto sanità e con i fruitori dei servizi.

Appare, dunque, evidente la necessità di attuare un rovesciamento di prospettiva, assumendo come punto di partenza non solo il settore pubblico, ma coinvolgendo i differenti soggetti che nel frattempo si sono affacciati con forza sulla scena sociale. E' necessario, inoltre, ri-pensare e ri-progettare un sistema delle cure e della prevenzione, realmente integrato e rispettoso dei principi fondamentali della sussidiarietà, responsabilità, solidarietà, etc., operando nell'ottica più globale della salvaguardia e promozione della salute.

Con la presente Intesa si intende consolidare i processi di programmazione integrata degli interventi e dei servizi a vocazione socio-sanitaria, già delineati dal precedente Accordo di Programma, sottoscritto dalle medesime parti nel 2005.

Con l'obiettivo dell'acquisizione di un linguaggio comune tra i due ambiti di intervento e al consolidamento delle prassi operative integrate, molto è stato realizzato attraverso la costituzione ed il funzionamento delle equipe integrate, molto resta ancora da fare in termini di monitoraggio, rilevazione delle criticità, e condivisione delle esperienze di eccellenza e valutazione congiunta dei risultati.

Rispetto al precedente Accordo di Programma, inoltre, si è ritenuto necessario enucleare le Aree Tematiche su cui il confronto è e dovrà essere costante nel processo per l'integrazione reale tra sociale e sanitario, così individuate:

Area Tutela Salute Materno Infantile

Area Tutela Salute Adolescenti e Giovani Area Tutela Salute Disabilità fisico psico sensoriali

Area Tutela Salute Mentale

Area Dipendenze Patologiche e comportamento d'abuso

Area Tutela Salute Adulti Fragili (reclusi in carcere, malati terminali, sieropositivi, HIV, immigrati e stranieri temporaneamente presenti)

Area Tutela Salute Anziani

Area Prevenzione: Promozione Collettiva della Salute

Area Sistema Residenziale e Semiresidenziale;

Area della Qualità che comprende

Formazione Congiunta

Autorizzazione e accreditamento

Sistema tariffario

Sistema valutativo

Implementazione e qualificazione del Sistema dei Flussi Informativi territoriali

In particolare, l'Area Sistema Residenziale e Semi residenziale e l'Area Qualità si intendono trasversali rispetto alle altre.

Considerato che:

- 1 in funzione di una reale integrazione socio-sanitaria a livello locale è necessario confrontarsi su alcune questioni prioritarie, tenendo conto della perdurante disomogeneità della realtà territoriale e sanitaria all'interno della Zona Territoriale n.11.
- 2 nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria e in base al nuovo assetto istituzionale derivante dalla costituzione della Provincia di Fermo, è opportuna una ri-definizione ed una ottimizzazione degli interventi e dei servizi a livello territoriale. Nello specifico è auspicabile:
 - reperire nuove risorse per l'implementazione dei servizi agli utenti, nuovi e/o esistenti;
 - ottimizzare i sistemi informativi gestiti dai singoli servizi al fine di assicurare dati uniformi, trasparenti e comparabili, che attraverso la costruzione del profilo di salute della comunità residente nella ZT n.11, garantisca una efficace programmazione socio-sanitaria.
 - Rimodulazione e adeguamento delle strutture socio-sanitarie attraverso: razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni, riqualificazione del personale, equità territoriale della spesa sanitaria;
 - ridefinire i servizi offerti in base alle diverse aree di intervento e costituzione di équipe integrate nell'ottica dell'Accesso Unico;
 - una ri-definizione delle procedure di presa in carico e valutazione dei relativi costi, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa nazionale in materia di LEA e LIVEAS;
 - una ri-definizione della spesa sociale, sanitaria e regolamentazione della compartecipazione a carico dell'utenza;
 - consolidare ed ampliare i servizi di Assistenza Domiciliare e tutela delle persone anziane e non autosufficienti;
 - potenziare i servizi e gli interventi rivolti ai minori attraverso il consolidamento delle azioni sperimentali già attivate grazie al Potenziamento dell'Area Consultoriale (DGR 583/2008 e DGR 1034/2009);
 - rafforzare gli interventi ed i servizi a livello socio-sanitario a favore della disabilità e della Salute Mentale, nell'ottica di ridisegnare i percorsi di valutazione, cura e sostegno socio-familiare per una presa in carico globale delle persone con disagio fisico - psichico - sensoriale.

- 3 una programmazione territoriale integrata dei servizi socio-sanitari non può prescindere innanzitutto dai bisogni espressi, nonché dalle attuali forme associative, organizzative e gestionali, già esistenti a livello locale. Nello specifico, si terrà conto della necessità di un confronto costante con le Associazioni di tutela e promozione della salute, accreditate all'interno della rete dei partners territoriali degli Ambiti.

Tanto premesso e considerato, si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1 (Finalità dell'intesa)

Il presente Accordo di Programma è lo strumento con il quale le diverse istituzioni interessate all'attuazione del Piano Sociale di Zona (Pd'A) coordinano i rispettivi interventi per il raggiungimento degli obiettivi comuni.

I soggetti firmatari, Comuni e ASUR Zona Territoriale n.11 promotori dell'Accordo, si impegnano a realizzare nel corso del prossimo triennio 2010/2012 gli obiettivi codificati nella presente intesa, che è parte integrante dei Piani Sociali triennali di Ambito.

Altri soggetti, istituzionali e non, possono essere individuati nell'ambito territoriale a seconda delle specificità degli obiettivi e degli interventi e servizi programmati contenuti nel Pd'A.

Si dà atto che gli Accordi di Programma e i Protocolli d'Intesa, già siglati ai sensi dei precedenti Piani Sociali rimangono strumenti attuativi degli interventi socio-sanitari per il governo complessivo del sistema, in attesa di una loro ridefinizione ed aggiornamento alla luce dei nuovi orientamenti previsti da questo documento, sulla base di modelli organizzativi integrati ridefiniranno i meccanismi operativi ed i percorsi di integrazione nelle Aree interessate dalla normativa Nazionale e Regionale nonché nella Aree di nuova indicazione rispetto al presente Accordo.

Elenco Accordi di Programma e Protocolli d'Intesa in essere:

AREA CONSULTORIALE

Del 15/06/2005

Tra Asur Marche Z.T. 11- Fermo e Ambiti Sociali XIX e XX per la promozione di un sistema integrato tra l'unità operativa sociale e l'unità operativa di psicologia e attività consultoriali.

UVMDI

Del 15/06/2005

Tra Asur Marche Z.T. 11- Fermo e Ambiti Sociali XIX e XX per l'unità di valutazione multidisciplinare distrettuale integrata.

ADI

Del 15/06/2004 - Validità anni 1

Tra Asur Marche Z.T. 11- Fermo e Ambiti Sociali XIX e XX per la promozione di un sistema integrato per i servizi e gli interventi domiciliari.

UMEA

Del 15/06/2004

Tra Asur Marche Z.T. 11- Fermo e Ambiti Sociali XIX e XX per la promozione di un sistema integrato tra i servizi sociali e l'UMEA.

UMEE

Del 15/06/2004

Tra Asur Marche Z.T. 11- Fermo e Ambiti Sociali XIX e XX per la promozione di un sistema integrato tra il servizio sociale e l'UMEE.

ALZHEIMER

Del 13/03/2003 - Validità anni 3 Tra Asur Marche Z.T. 11-INRCA di Fermo e Ambiti Sociali XIX e XX per l'istituzione e la gestione del centro diurno per i malati di Alzheimer.

Art. 2 (Oggetto dell'intesa)

La presente intesa istituzionale definisce: gli adempimenti normativi, i principi, i criteri e le linee generali ed uniformi su tutto il territorio della Zona Territoriale n. 11, da adottare per l'attuazione dell'Integrazione socio-sanitaria ai diversi livelli e nelle aree di intervento indicate nel presente accordo, i

cui obiettivi di salute obbligatoriamente si perseguono con il concorso di prestazioni sanitarie e sociali integrate, per poi individuare le linee operative, le modalità di gestione ed i relativi oneri.

Tale intesa, in conformità con il DPCM del 14/02/2001 "Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" e "DPCM 29/11/2001 LEA" nonché in conformità alla normativa regionale di riferimento, andrà ad individuare:

- la classificazione delle prestazioni socio-sanitarie sulla base della loro rilevanza sanitaria e sociale;
- le modalità dell'integrazione ai vari livelli di intervento;
- i criteri per la suddivisione della spesa tra i vari soggetti.

Art. 3

(Definizione dell'Integrazione Socio-Sanitaria)

Sul piano concettuale l'Integrazione è definita come: "*Insieme di pratiche, strumenti, culture, norme, competenze professionali e risorse economiche, che garantiscono l'interazione tra settore sanitario e sociale per realizzare obiettivi comuni ad entrambi*".

L'integrazione è quindi da intendersi come la realizzazione di una rete integrata di servizi socio-sanitari, di attività e prestazioni e processi, in cui concorrono soggetti pubblici, del privato sociale e del volontariato, offrendo al territorio risposte adeguate ai bisogni sottesi ed emergenti, tenendo sempre conto della centralità della persona e della famiglia nel sistema di promozione della salute globale.

In tale prospettiva vanno progettate aree di intervento in cui sia possibile costruire soluzioni comuni in relazione al bisogno socio-sanitario espresso o latente coinvolgendo le reti di appartenenza e gli operatori professionisti/volontari.

Il Sistema a Rete garantisce l'integrazione socio-sanitaria e stabilisce una connessione organica con i principi irrinunciabili di sussidiarietà, responsabilità e solidarietà.

Art. 4

(Livelli di Integrazione Socio-Sanitaria)

L'integrazione Socio Sanitaria è una funzione prioritaria per la Zona Territoriale e le sue articolazioni. I livelli di integrazione previsti dalla normativa nazionale e regionale (Piani Sanitario e Sociale, DGR 720/07) su cui si deve lavorare sono:

- Istituzionale
- Territoriale
- Programmatico
- Organizzativo/Gestionale
- Professionale
- ❑ **Livello istituzionale:** si realizza attraverso gli strumenti tecnico-giuridici di riferimento relativi alla presente intesa: Accordo di Programma ASUR ZT 11- Ambiti Sociali; Accordi di programma settoriali di Area; Regolamenti congiunti ASUR ZT e Ambiti; Protocolli di Intesa.
- ❑ **Livello Territoriale:** l'integrazione a questo livello si concretizza attraverso un maggiore raccordo interdistrettuale, interdipartimentale e interambito, garantendo la necessaria unitarietà ed omogeneità di interventi ed equità nella erogazione dei servizi socio-sanitari ai cittadini dell'intera Zona Territoriale n.11.
- ❑ **Livello Programmatico:** si realizza attraverso i principali strumenti programmatici a valenza istituzionale: il *Piano Sociale di Ambito*, quale strumento del Comitato dei Sindaci in cui si definisce la rete dei Servizi Sociali nel territorio a garanzia dei Livelli di Essenziali di Assistenza Sociale, correlandosi con il *Piano delle Attività Distrettuali* (PAD), quale strumento di programmazione distrettuale che definisce obiettivi di attività e di integrazione con le altre strutture operanti nella Zona Territoriale; il *Piano delle Attività Zonali* (PAZ), che definisce l'attività della Zona Territoriale, in cui vengono esplicitati l'articolazione delle responsabilità, i criteri di allocazione delle risorse e la definizione e attribuzione degli obiettivi Zonali in coerenza con il Piano Sanitario Regionale e contendendo elementi di correlazione con i *Piani Comunitari di Salute* (PCS) e con i Piani Sociali di Ambito.
- ❑ **Livello organizzativo/gestionale:** le attività ad alta integrazione socio-sanitaria afferenti ai Dipartimenti Dipendenze Patologiche e Salute Mentale trovano la fase di realizzazione con gli Ambiti e Distretti di riferimento, attraverso una valutazione congiunta delle risorse ed in particolare attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi di percorso e di processo integrati a garanzia della unitarietà della risposta socio-sanitaria agli utenti, nonché attraverso l'ottimizzazione dei fattori produttivi zonali ed inter-ambito.
- ❑ **Livello professionale:** l'integrazione professionale sarà nel prossimo triennio elemento di grande attenzione ed investimento comune tra ASUR Z.T. n.11 e Ambiti Sociali, soprattutto attraverso la realizzazione della formazione congiunta, già in atto. La formazione congiunta è

l'elemento fondante alla costruzione di un linguaggio comune nella condivisione della *mission e vision*; nella rilevazione del bisogno socio-sanitario espresso e non espresso ed alla sua piena realizzazione. Sarà data priorità alla formazione congiunta inter-ambito e inter-distrettuale per la realizzazione degli obiettivi comuni socio-sanitari, contenuti nelle linee guida per la predisposizione dei Piani Sociali di Ambito che di seguito si esplicitano:

- L'Accesso integrato ai Servizi Sociali e Sanitari (PUA)
- La valutazione integrata (UVI);
- Presa in carico e Progettazione integrata degli interventi

Art. 5

(Definizione delle prestazioni socio-sanitarie ai sensi del D.lgs n.229/99)

L'integrazione sociosanitaria riguarda tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale.

Le prestazioni sociosanitarie vengono classificate sulla base della prevalenza dei bisogni e delle risorse implicate nei processi assistenziali, pertanto si hanno:

- A. *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, cioè quelle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi invalidanti, di patologie congenite ed acquisite, e cioè quando l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori sociali;
- B. *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, cioè tutte le attività del sistema sociale che supportano la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute; ciò si verifica quando l'intervento sociale avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzioni efficaci solo con processi di inserimento ed integrazione sociale;
- C. *prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* che sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria.

Art. 6

(Funzioni del sistema dei Servizi Socio-Sanitari)

Le funzioni fondamentali del sistema dei servizi socio-sanitari, individuate dal Piano Sanitario Regionale 2007-2009 e dalle Linee Guida per la costruzione dei Piani Sociali 2010-2012, sono costituite dalla dimensione *dell'integrazione nel governo della domanda*.

L'integrazione sociosanitaria si realizza in quelle aree di intervento in cui è fondamentale l'uso integrato delle risorse per il raggiungimento degli obiettivi del benessere della comunità.

In conformità con il PSR 2007/2009 e le Linee guida per la costruzione dei Piani Sociali di Zona 2010-2012, le aree di intervento che richiedono l'integrazione funzionale ed operativa tra le prestazioni sociali e sanitarie sono state così individuate:

1. *Area Tutela Salute Materno Infantile*
2. *Area Tutela Salute Adolescenti e Giovani*
3. *Area Tutela Salute Disabilità fisico psico sensoriali*
4. *Area Tutela Salute Mentale*
5. *Area Dipendenze Patologiche e comportamento d'abuso*
6. *Area Tutela Salute Adulti Fragili (reclusi in carcere, malati terminali, sieropositivi, HIV, immigrati e stranieri temporaneamente presenti)*
7. *Area Tutela Salute Anziani*
8. *Area Prevenzione: Promozione Collettiva della Salute*
9. *Area Sistema Residenziale e Semiresidenziale (trasversale a tutte le aree precedenti)*
10. *Area della Qualità (trasversale a tutte le aree precedenti) che comprende*
 - *Formazione Congiunta*
 - *Autorizzazione e accreditamento*
 - *Sistema tariffario*
 - *Sistema valutativo.*
 - *Sistema flussi informativi. Implementazione e qualificazione*

Premesso che il III° Piano di Zona avrà durata triennale (2010-2012), si indicano al successivo art.16 le priorità di intervento nelle suddette aree, nelle quali va realizzato l'uso integrato delle risorse socio-sanitarie.

Alla trattazione delle singole Aree, come sopra elencate e specificate nell'articolo 16 verrà premessa la definizione dei livelli comuni e trasversali di cui al successivo articolo 15 e che di seguito si sintetizzano:

- ACCESSO INTEGRATO AI SERVIZI SOCIALI E SANITARI
- VALUTAZIONE INTEGRATA (DALL'UVD ALL'UVI)
- PRESA IN CARICO E PROGETTAZIONE INTEGRATA
- AREA SISTEMA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE
- AREA DELLA QUALITÀ

Art. 7

Modalità organizzative per la realizzazione dell'Integrazione Socio-Sanitaria

Sul piano metodologico ed organizzativo ai fini della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria così come prevista dal presente Accordo e dai Piani Sociali di Ambito sono istituiti i seguenti Tavoli permanenti:

1. Tavolo di Integrazione Socio-Sanitaria (Tavolo di Concertazione) tra ASUR ZT n. 11 e gli Ambiti Sociali XIX e XX, composto da :

- Coordinatori di Ambito
- Direttori Distretto
- Direttori dei Dipartimenti - DSM DDP PREVENZIONE-
- Dirigente Affari Sociali Integrazione Socio-Sanitaria.

2. Tavoli di Integrazione Socio-Sanitaria di ogni Area Tematica

composti da:

- Coordinatori di Ambito e professionisti dei Servizi Sociali individuati dagli stessi Coordinatori;
- Direttori di Dipartimento e/o Distretto di ogni Area Tematica; Dirigenti e Professionisti dell'Area di riferimento componenti del Tavolo Tematico;
- Dirigente Affari Sociali Integrazione Socio-Sanitaria

Art. 8

Funzioni Tavolo di Integrazione Socio-Sanitaria permanente -Tavolo di Concertazione-

Al Tavolo di Concertazione sono attribuite le seguenti funzioni:

- Favorire il coordinamento e il raccordo dei servizi sanitari e sociali presenti, o da attuare nell'intero territorio di riferimento zonale;
- Proposte in merito all'utilizzo di risorse da destinare alle attività di Integrazione Socio-Sanitaria (umane, finanziarie, tecnologiche), con la specifica dell'onere da porre a carico della Zona Territoriale e dei Comuni singoli ed associati o loro Consorzi, previa valutazione dell'incidenza della spesa sociale e sanitaria in conformità con l'art. 10 ed il DPCM del 14/2/2001 citato;
- Elaborare e proporre obiettivi strategici da sottoporre agli organismi istituzionali firmatari del presente atto;
- Mettere a punto le modalità di gestione per al realizzazione degli obiettivi strategici di cui all'art. 11 punto c) del presenta Accordo.
- Sintesi unitaria ed integrata delle proposte elaborate dai Tavoli Tematici previsti per ogni Area di integrazione.
- Proposte di modelli organizzativi integrati inter-ambito e inter-distrettuali relativi agli obiettivi trasversali individuati come prioritari
- Elaborazione e proposte di percorsi omogenei di presa in carico socio-sanitaria a valenza zonale, individuando Unità Operative e Servizi Sociali coinvolti
- Proposte ed elaborazione di indicatori di out-put e di out come inerenti i progetti e i servizi attivati o da realizzare
- Elaborazione e proposte di programmi integrati e congiunti di Formazione
- Elaborazione di Proposte da inserire all'interno dei Piani di Ambito e all'interno dei Piani di Attività Distrettuali (PAD)
- Individuazione di obiettivi comuni alle Aree Tematiche;
- Individuazione dei luoghi di integrazione socio-sanitaria rispetto all'ambito Zonale e Distrettuale;
- Elaborazione di proposte al Piano delle Attività Zonali (PAZ) e ai Piani Comunitari di Salute (PCS)
- Ogni altra funzione di riferimento zonale che gli Organismi firmatari del presente Accordo ritengano di conferire al Tavolo di Concertazione.

Le proposte del Tavolo di Concertazione che comportano impegni di spesa e che coinvolgono modifiche sul piano istituzionale e/o dell'offerta socio-sanitaria dovranno essere sottoposte all'approvazione congiunta dei soggetti firmatari del presente atto.

Art. 9
Funzioni Tavolo di Integrazione Sociosanitaria Aree Tematiche
- Tavoli Tematici di Area -

Ai Tavoli tematici di Area sono attribuite le seguenti funzioni:

- Identificazione dei livelli minimi assistenziali da assicurare definiti in conformità al DPCM 29/11/2001 (Livelli Essenziali di Assistenza);
- Individuazione delle prestazioni socio sanitarie in base ai criteri contenuti nel presente Accordo;
- Proposte di modelli organizzativi integrati inter-ambito e inter-distrettuali, relativi agli obiettivi trasversali specificati come prioritari, con individuazione delle Unità Operative e dei Servizi Sociali coinvolti;
- Proposte di modelli organizzativi e percorsi di cura e assistenza integrati inter-ambito e inter-distrettuali, relativi agli obiettivi specifici per ogni Area;
- Proposte; elaborazione e partecipazione attiva ad Accordi di Programma di settore, Protocolli di Intesa e Regolamenti di settore conseguenti al presente Accordo
- Elaborazione e proposte di programmi di formazione congiunta inter-ambito e inter-distrettuali;
- Individuazione di indicatori di *out-put* ed *out-come* di verifica e valutazione di progetti, processi e percorsi.
- Proposte al Piano delle Attività Distrettuali PAD; al Piano delle Attività Zonali (PAZ) ai Piani Comunitari di Salute (PCS) relativamente alle Aree di competenza.

Art. 10
Classificazione delle prestazioni socio-sanitarie per la determinazione delle competenze di spesa

In attuazione al D.lgs. n. 229/99, la classificazione delle prestazioni delle tipologie previste all'art.5 punto a) e punto c) che richiedono un approccio integrato il quale deve essere effettuato per tutte le aree d'intervento di cui all'art.6, diviene prioritaria anche per la determinazione della competenza di spesa in conformità con il DPCM del 14/02/2001 citato.

Detta classificazione viene effettuata sulla base dei seguenti criteri orientativi:

- intensità assistenziale (elevata, media, di lunga assistenza);
- complessità della prestazione sulla base della composizione dei fattori produttivi impiegati, professionali e di altra natura;
- strutture operative coinvolte;
- durata del processo assistenziale.

La presente classificazione, fondamentale per la successiva stesura degli strumenti più idonei (accordi di programma e convenzioni), viene predisposta, in via provvisoria, in attesa dell'atto di indirizzo della Regione Marche.

Art. 11
Contenuti dell'intesa ed azioni prioritarie

Il presente Accordo richiede l'impegno da parte dei Comitati dei Sindaci e della ASUR Z.T. n.11 relativamente alle proprie competenze, come di seguito indicato:

a) Comitato dei Sindaci e/o il Presidente su delega

Si impegna entro il 2012 a:

- Definire gli interventi di propria competenza ed i relativi oneri finanziari in merito alle prestazioni socio-sanitarie, secondo quanto disposto dal DPCM del 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- Raggiungere i seguenti obiettivi rispetto agli indirizzi generali:
 - *omogeneità ed equità* rispetto ai servizi socio-sanitari avviati o da avviare, e/o da potenziare su tutto il territorio Zonale pur con la possibilità di prevedere soluzioni differenziate in settori specifici;
 - *aderenza* ai bisogni rilevati propri dei contesti territoriali di riferimento;

- *verifica e monitoraggio delle modalità di gestione e valutazione delle potenzialità e vincoli ai fini della appropriatezza delle scelte operative in essere.*

b) L'ASUR Marche Zona Territoriale n. 11 si impegna a:

- coordinare e armonizzare su tutto il territorio zonale delle attività e dei processi ad alta integrazione socio-sanitaria previste dal DPCM 14/0272001 e contenute nei Piani Sociali di Ambito;
- mettere a disposizione spazi comuni, personale e attrezzature, per favorire una gestione integrata per attività di programmazione socio-sanitaria, valutazione e verifica, presa in carico integrata, per incontri, valutazioni e momenti comuni di operatività;
- recepire i contenuti ed i programmi ad alta integrazione socio-sanitaria contenuti nei Piani Sociali di Ambito all'interno degli strumenti istituzionali propri della programmazione sanitaria:
 - livello territoriale: Piano delle Attività Distrettuali (PAD)
 - livello zonale: Piano delle Attività Zonali (PAZ)

con definizione gli interventi di propria competenza ed i relativi oneri finanziari in merito alle prestazioni socio-sanitarie, in conformità al DPCM del 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

c) La ASUR Zona Territoriale n. 11 ed i Comitati dei Sindaci congiuntamente si impegnano alla realizzazione degli obiettivi strategici trasversali individuati dalle Linee Guida per la predisposizione dei Piani Sociali di Ambito, con le modalità descritte nell'art. 14 del presente Accordo e che di seguito si sintetizzano:

- Accesso Integrato ai Servizi Sociali e Sanitari (PUA)
- Valutazione Integrata (UVI)
- Presa in Carico e Progettazione integrata degli interventi

Art. 12

Modalità di verifica di attuazione del presente Accordo

I componenti del Tavolo di Concertazione (di cui all'art.7) individuano i percorsi di assistenza socio sanitaria e propongono al Direttore della ASUR ZT 11 ed ai Presidenti dei Comitati dei Sindaci interventi necessari all'attivazione degli stessi. Annualmente, entro il mese di giugno dell'anno successivo alla firma del presente Accordo, presentano una relazione dello stato di avanzamento delle attività svolte ed in essere previste dal presente Accordo.

Art. 13

Oneri finanziari

Il presente documento non comporta spese essendo lo stesso da considerarsi atto di indirizzo per definire i successivi impegni economico-finanziari inerenti le singole progettazioni dei servizi da integrare.

Art. 14

Periodo di validità

Il presente accordo avrà la medesima scadenza del III° Piano Sociale di Zona.

Art.15

Obiettivi Strategici Triennali Trasversali

Sono obiettivi strategici trasversali per il triennio la riqualificazione ed il potenziamento dei seguenti servizi ed azioni finalizzate all'integrazione socio-sanitaria avviati in via sperimentale nel precedente Accordo di Programma:

- Accesso Integrato ai Servizi Sociali e Sanitari (PUA)
- Valutazione Integrata (UVI)
- Presa in Carico e Progettazione integrata degli interventi
- Qualificazione del Sistema Residenziale e Semiresidenziale
- Sistema della Qualità

ACCESSO INTEGRATO AI SERVIZI SOCIALI E SANITARI (PUA)

Dall'esperienza degli Uffici di Promozione Sociale dell'Ambito (UPS) e dello Sportello della Salute (ASUR ZT 11) verrà sviluppato e implementato il PUA, inteso come **funzione diffusa** con la funzione di:

- promuovere pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi
- assicurare la lettura e dei bisogni,
- garantire percorsi sanitari e socio-sanitari coordinati tra professionisti e servizi riconducendo ad unità accessi ed interventi frammentati;
- assicurare l'orientamento e l'informazione sui diritti, prestazioni e modalità di accesso ai diversi servizi pubblici e privati, attraverso equità e trasparenza dei rapporti tra servizi e cittadini.

Fasi di implementazione del PUA

1. **Mappatura dei punti di accesso** a valenza sociale e sanitaria attualmente esistenti nel territorio della Zona Territoriale 11. All'interno di questa cornice di riferimento si prevede anche l'individuazione e la formalizzazione di modalità di raccordo con tutti gli altri Sportelli Informativi presenti nel territorio (Patronati, Non Profit, ...).
2. Il PUA si pone come **nodo strategico** fra i vari servizi coinvolti nella presa in carico e nella risposta alla domanda di salute dei cittadini. Attraverso la costruzione di una **Rete di Responsabilità** si dovrà elaborare uno specifico Protocollo di Intesa nel quale sia evidenziata la distribuzione delle competenze tra i soggetti istituzionali e i professionisti coinvolti, impegnati nell'erogazione di prestazioni sociosanitarie. La finalità è quella di attuare un **Sistema a Rete** inteso come la definizione di modalità sistematiche di connessione tra una serie di servizi ed attività che permettono di ricomporre le varie competenze professionali intorno al bisogno della persona. Da un punto di vista pratico i Direttori di Distretto, i Direttori dei Dipartimenti (Salute Mentale e Dipendenze Patologiche) e i Direttori dei Servizi Sanitari della rete ospedaliera dovranno provvedere ad individuare dei referenti che in stretto contatto con il personale del PUA siano in grado di attivare i relativi **Percorsi di Accompagnamento e Cura** condividendo strumenti, metodologie e linguaggi comuni. Verranno individuati dei **Percorsi di Salute e Assistenza** composti da tutti i passaggi che il cittadino deve compiere per vedere soddisfatto il bisogno iniziale. In relazione alla domanda verranno specificati al cittadino i servizi coinvolti i tempi di attesa, il personale incaricato, le pratiche burocratiche da espletare e la componente di spesa che l'utente si troverà ad affrontare per giungere al soddisfacimento del bisogno.
3. **Informatizzazione del PUA Cartella Unica Integrata Telematica.** Questo strumento di lavoro non conterrà informazioni di tipo clinico e/o dati sensibili. L'obiettivo è quello di rendere disponibile il tracciato dell'intero percorso assistenziale che l'utente dovrà compiere verso la soluzione del bisogno socio-sanitario. Tramite la cartella sarà possibile al personale del PUA, e ai suoi interlocutori nel sistema sanitario e sociale, compresi i MMG e PLS, condividere informazioni sugli utenti che presentano una domanda complessa in modo da monitorare tutti i passaggi dell'intero Percorso Assistenziale e di presa in carico. Questo strumento renderà disponibile ed accessibile agli operatori della rete il monitoraggio costante dei diversi passaggi di cui i percorsi di assistenza sono costituiti, attraverso la condivisione della schermata telematica.
4. **Individuazione e formazione del personale e dei professionisti.** La formazione congiunta riguarderà in particolare il personale di front office sui temi di accoglienza; informazione; decodifica del bisogno semplice e decodifica del bisogno complesso. La formazione congiunta tra ASUR ZT 11 e Ambiti Sociali. La formazione di conoscenza professionale dovrà altresì prevedere il potenziamento delle capacità comunicative e relazionali del personale in modo da sviluppare un corretto atteggiamento e un comportamento adeguato all'accoglienza dell'utenza.
5. **Attivazione di Intese operative** finalizzate ad un maggior raccordo con le OO.SS e le Organizzazioni di Patronato (L. 152/2001) maggiormente rappresentativi sul territorio regionale e locale, con coinvolgimento attivo nella qualificazione e trasparenza dei servizi offerti anche in considerazione della adozione dell'art.13 della Legge 328/2000 (adozione della Carta dei Servizi Sociali) e Carta dei Servizi Sociali e della Legge 30 marzo 2001 n.152 (nuova disciplina per gli Istituti di Patronato e di Assistenza Sociale).

LA VALUTAZIONE INTEGRATA (UVI)

Il livello della valutazione integrata, già obiettivo centrale del Piano Sociale Regionale, trova la sua concretizzazione nell'Unità Valutativa Integrata (UVI), così come è stata sviluppata nel Piano Sanitario Regionale attualmente in vigore per il superamento delle Unità Valutative Distrettuali (UVD). Rispetto all'UVI, sulla base degli esiti del lavoro di Cabina di regia per l'integrazione socio-sanitaria attivata a livello regionale, si procederà alla definizione della composizione del nucleo operativo territoriale con la specificazione delle professionalità coinvolte, degli strumenti e dei tempi di approvazione per l'attivazione. Le parti si impegnano a produrre un **regolamento attuativo** di tale organismo, condiviso e partecipato nella stesura da tutte le Aree dell'Integrazione Socio-sanitaria come precedentemente descritte, dove saranno definiti:

- struttura organizzativa e composizione socio-sanitaria (nucleo fisso e nucleo mobile)
- metodologie e strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno complesso per tutte le Aree Tematiche previste dal presente Accordo;
- modalità di elaborazione integrata del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)
- criteri per l'individuazione del (*case manager care manager*);
- strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati ottenuti;
- utilizzo di documenti informatizzati per lo scambio di informazioni attraverso la Cartella socio-sanitaria.

PRESA IN CARICO E PROGETTAZIONE INTEGRATA DEGLI INTERVENTI - EQUIPE INTEGRATA -

Il livello più complesso di "valutazione e presa in carico" è affidato alle Equipe Integrate composte dal Servizio sociale professionale dei Comuni/Ambiti Territoriali Sociali e dagli specialisti ASUR ZT 11 presenti nei servizi inerenti le diverse Aree tematiche di cui all'art 16 che, in stretto collegamento con il PUA quale "Punto Unico di Accesso", interviene sui bisogni individuali e/o familiari complessi.

La presa in carico della Equipe Integrata si compone di diverse fasi e momenti:

- richiesta di aiuto
- analisi della domanda
- progetto di intervento
- elaborazione e attuazione del Piano Personalizzato degli Interventi
- verifica e valutazione
- chiusura dell'intervento

SISTEMA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

La l.r. 20/2000 e successivamente La l.r. 20/2002, attraverso gli strumenti dell'autorizzazione e dell'accreditamento, hanno posto le basi per un profondo processo di trasformazione e riqualificazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale rivolti a minori, disabili, anziani e persone con problematiche psico-sociali. L'obiettivo primario è garantire la qualità delle prestazioni socio-assistenziali e sociosanitarie erogate ai cittadini della Zona Territoriale.

La prima fase del percorso attuativo a livello regionale ha interessato:

- la regolamentazione dei criteri e delle procedure per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture operanti e di quelle di nuova istituzione;
- la definizione dei requisiti funzionali, strutturali e organizzativi minimi richiesti per ogni tipologia di struttura;
- la formazione e l'accompagnamento delle commissioni di Ambito incaricate di verificare il possesso dei requisiti ai fini del rilascio, da parte del comune, della autorizzazione.

La seconda fase di attuazione, a livello regionale e a livello locale, ha riguardato la costituzione della Commissione a livello d'Ambito la quale ha verificato il percorso di adeguamento delle strutture e dei servizi per il soddisfacimento di tutti i requisiti di autorizzazione e spiccatamente di quelli che incidono sulla risposta quali-quantitativa ai bisogni assistenziali:

- accesso alla struttura a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno e della appropriatezza del percorso assistenziale;
- progettazione personalizzata, condivisa con i servizi sociali e sanitari territoriali, con esplicitazione di obiettivi, metodologie di intervento, strumenti, azioni, valutazioni periodiche e verifiche di risultato;
- dotazione del personale adeguata rispetto al numero ed alla tipologia dell'utenza, ai progetti di intervento, alla organizzazione delle attività, alle esigenze di tutela e sicurezza;
- formazione e qualificazione delle figure professionali;
- l'applicazione e il rispetto dei contratti di lavoro;
- il collegamento con la rete dei servizi e le risorse del territorio;
- il rispetto degli impegni assunti con la carta dei servizi.

La terza fase di attuazione prevede per ogni area di intervento l'individuazione di strutture con requisiti funzionali e organizzativi calibrati sui bisogni ed i percorsi assistenziali, che siano efficaci nel soddisfare la domanda ed efficienti attraverso un sistema tariffario ordinato e coerente agli standard ed alle prestazioni richieste.

Il territorio si impegna per la costruzione del Sistema Tariffario regionale al fine di promuovere la omogeneizzazione su tutto il territorio.

A livello locale (interambito ed interdistrettuale), verrà definito un modello integrato socio-sanitario dell'organizzazione e modulazione dell'offerta di prestazioni in base a:

- appropriatezza e la flessibilità quali-quantitativa degli interventi in base a:
 - a) natura ed entità del bisogno;
 - b) tipologia del progetto;
 - c) intensità assistenziale;
 - d) complessità dell'intervento;
- definizione dell'incidenza dei fattori di costo per tipologia di prestazione e di servizio;
- definizione di profili tariffari per tipologia di prestazione e di servizio/struttura, differenziati sulla base dell'assorbimento di risorse professionali, della complessità assistenziale, del livello di accreditamento;
- definizione delle percentuali di attribuzione della spesa in quota sanitaria e quota socioassistenziale per ogni tipologia di prestazione e di servizio.

Obiettivi:

- Mappatura dell'attuale rete dei servizi territoriali socio-sanitari, a ciclo residenziale e semi-residenziale.
- Analisi del fabbisogno territoriale.
- Pianificazione della nuova rete dei servizi territoriali, nell'ambito di un triennio.
- Integrazione dei Piani di committenza delle strutture territoriali, in ambito sociale e sanitario.
- Monitoraggio degli attuali sistemi di governo, tariffari e di convenzionamento e successiva definizione di standard omogenei di regolamentazione e tariffazione.
- Formalizzazione delle Commissioni consultive di Ambito (L. 20 e L. 9) e omogeneizzazione delle prassi operative.

SISTEMA DELLA QUALITA'

Costruire un sistema di qualità nei servizi sociali e sanitari, significa predisporre un insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi sociali siano orientati alla qualità, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia delle metodologie, utilizzo ottimale delle risorse professionali impiegate, sinergie con servizi e risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo.

L'investimento sulla qualità è un obiettivo prioritario che dovrà coinvolgere tutte le istituzioni e i professionisti coinvolti nei settori della Integrazione Socio-Sanitaria.

Da un punto di vista operativo la logica iniziale dell'orientamento alla qualità dovrà interessare tutte le Aree della Integrazione attraverso i seguenti passaggi:

- analisi organizzativa dei percorsi e processi assistenziali con evidenziazione delle Unità Operative coinvolte e le professionalità interessate;
- individuazione delle criticità evidenziate e formulazione di ipotesi di miglioramento;
- formulazione di standard assistenziali e di cura correlati ai processi ed ai risultati finali con elaborazione di indicatori di misura; di risultato e di valutazione per ogni Area di Integrazione;
- monitoraggio continuo del sistema qualità attraverso la formulazione di procedure e modalità di

- verifica periodica dei risultati e dei requisiti rispetto allo standard individuato;
- formulazione ed elaborazione di programmi formativi congiunti inter-ambito e interdistrettuali coerenti agli standard e agli obiettivi strategici individuati;
- strumenti di valutazione della qualità dei servizi (manuali, protocolli, linee guida, indicatori di out put e di outcome);

Art. 16
(Aree Tematiche di Intervento)

I punti di intervento elencati devono intendersi come obiettivi da conseguire entro il 31/12/2012

Area Tutela della Salute Materno Infantile
Area Tutela Salute Adolescenti e Giovani

Fin dal primo Piano Sociale di Zona il lavoro tra i servizi sociali e l'area consultoriale ha operato in forma integrata per la tutela dei minori soggetta a provvedimento da parte del Tribunale per i Minorenni, è ora necessario, con presente accordo codificare anche le azioni congiunte da sviluppare per quanto riguarda il percorso di tutela e/o prevenzione dello stato di salute dei minori dalla nascita al raggiungimento dell'età adulta. In questo percorso la famiglia sarà valorizzata e sostenuta nello svolgimento della sua prioritaria funzione genitoriale di cura e tutela dei minori.

Obiettivi di Integrazione triennali / Priorità:

1. Sostegno alla genitorialità

Diventare genitori (madre e padre) è un processo al tempo stesso biologico, psicologico e sociale che si carica di significati molteplici e normalmente ambivalenti sul piano personale e transpersonale. Si assiste ad un processo ri-organizzativo che si realizza nella donna con l'evento del parto, attraverso una preparazione che dura tutta la gravidanza e si conclude nei mesi successivi alla nascita. La gravidanza rappresenta una fase della vita carica di potenzialità evolutive, ma nello stesso tempo predisposta a rischi che non devono essere sottovalutati.

Diventa, quindi, indispensabile l'impostazione di un lavoro integrato tra i soggetti istituzionali e dell'associazionismo, operanti nei luoghi di intercettazione degli stati di benessere/malessere, per il monitoraggio del percorso delle famiglie nel periodo della gravidanza, della nascita e della prima infanzia al fine di potenziare gli interventi sociali di supporto alla genitorialità e a favore delle famiglie.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Definire le modalità di offerta attiva.
- Concordare un linguaggio comune tra Consultorio, Servizi Sociali, la rete dell'associazionismo.
- Definire procedure e prassi operative condivise.
- Attivazione di interventi di osservazione e sostegno durante la gravidanza su donna/coppia e sulla diade genitore/i – figlio, tenendo presente il contesto familiare allargato, a cura degli operatori dei Servizi Sociali, del Consultorio, Pediatri.
- Azione di sensibilizzazione degli operatori alle condizioni di rischio per l'attivazione delle segnalazioni e per lo sviluppo di una cultura di attenzione ai segnali che possono favorire l'evoluzione della situazione;
- Azione sinergica per la prevenzione di comportamenti (anche culturali) a rischio di chiusura, isolamento e diffidenza verso i servizi ed evitare che il disagio diventi conclamato;
- Attivazione della figura dei mediatori culturali per creare alleanze e reti per l'orientamento ai Servizi sociali e sanitari e facilitare l'incontro e la comprensione tra culture degli aspetti di vita relativi alla gravidanza, puerperio, nascita.
- Azione di promozione della cittadinanza per la diffusione capillare delle opportunità di accesso ai vari servizi;
- Azioni di prevenzione da realizzarsi nei luoghi più frequentati dalle diverse fasce di età
- Attivazione della mediazione familiare per il sostegno della coppia/famiglia.
- Attivazione di percorsi finalizzati ad una maggior attenzione al fenomeno di maltrattamento e violenza intra-extra familiare e sostegno alle vittime di violenza e/o abuso.

2. Individuazione équipe integrata referenti

I professionisti dei servizi socio-sanitari che lavorano all'interno delle varie realtà organizzative (Ambito, Comuni, Asl, strutture d'accoglienza, ecc.), certamente non possono affrontare da soli le molteplici situazioni problematiche che incontrano nel territorio.

In quanto membri di una équipe devono essere affiancati e sostenuti dalle altre figure professionali.

È indispensabile, quindi, la costruzione di contesti collaborativi strettamente collegati alla necessità di integrazione imposta dalla presenza, nella società attuale, di elementi quali la complessità dei bisogni e delle risorse nonché la limitatezza e scarsità di queste ultime.

Il lavoro d'équipe è uno strumento operativo per tutte le attività dei servizi socio-sanitari, ed è l'unica strategia di lavoro utile per contenere il forte impatto organizzativo derivante da sistemi altamente articolati e burocratizzati.

Il lavoro d'équipe rappresenta una vera e propria risorsa all'interno di servizi diversi; è il metodo più efficace di lavoro per favorire il raggiungimento degli obiettivi professionali ed inoltre tutela gli stessi operatori da eventuali rischi di isolamento e di "burn-out" professionale.

Azioni

Obiettivo n.1

- Completa attuazione per Progetto Percorso Nascita (di cui al P.O.M.I. ed al P.S.R.)
- Riorganizzazione dei corsi di preparazione alla nascita;
- Incontri con le puerpere durante la degenza ospedaliera
- Incontri mensili con i genitori di bambini nel primo anno di vita
- Gruppo di auto-mutuo aiuto con i neogenitori
- Promozione della salute materno infantile nella popolazione immigrata

Obiettivo n.2

- Consolidamento e implementazione delle azioni sperimentali intraprese nell'ambito delle indicazioni della Regione Marche per il Potenziamento dell'Area Consultoriale (DGR 583/2008 e 1034/2009),:

a. prosecuzione funzionamento Equipe Locale Integrata tra Ambito e Distretto le politiche per l'infanzia e l'adolescenza in merito alle seguenti questioni: adozione internazionale, adozione nazionale, affidamento familiare, accoglienza e presa in carico dei minori inseriti in strutture residenziali e presa in carico di situazioni familiari multiproblematiche,

b. formazione congiunta degli operatori e attori sociosanitari,

c. promozione e informazione sui servizi e sulle azioni progettuali;

d. sottoscrizione di uno specifico protocollo d'intesa a partire da quello già siglato dal Distretto n.2, tra l'ATS XX e la Z.T. n.11

- individuazione di professionisti per la creazione di "équipe integrate referenti" nelle seguenti materie:

1) Affidadozione;

2) Minori senza segnalazione da parte del Tribunale dei minorenni.

3) Minori con segnalazione da parte del Tribunale dei Minori,

individuando tra gli esperti professionisti presenti nell'équipe, una figura che funga da referente per la programmazione integrata territoriale delle singole tematiche sopra indicate ai punti 1, 2 e 3.

- realizzazione di incontri tecnici tra i professionisti individuati (UOS Consultorio/Ambito /Comuni), con la partecipazione del Coordinatore dell'Ambito ed il Responsabile UOS Consultorio, per la redazione di procedure e/o protocolli operativi rispetto alle due aree di intervento sopra indicate

Risultati attesi / Indicatori di risultato

- miglioramento della qualità del servizio offerto ai nuclei familiari, alla donna gestante, agli adolescenti ed alla comunità locale, verificabile attraverso n. casi segnalati e n. casi presi in carico, e attraverso il protocollo d'intesa del Percorso Nascita e dei percorsi inerenti le 3 équipe integrate

- coinvolgimento delle UOS Consultorio, delle UOC Ostetricia e Ginecologia, Pediatria Ospedaliera e Territoriale, ATS XIX e ATS XX, associazioni di volontariato. L'indicatore di risultato è il Protocollo dei percorsi integrati codificati e condivisi.

Area tutela salute Disabilità fisico-psico-sensoriale UMEE

La nascita di un minore con handicap e/o la scoperta della successiva presenza di handicap da parte di un minore, è evento estremamente drammatico per la sua famiglia e condiziona in modo più o meno rilevante la crescita del minore. Il metodo di intervento da attivare in entrambi i casi sopra indicati è quello dell'approccio globale della presa in carico del minore e della sua famiglia. Per i minori non si può limitare l'intervento ad azioni prettamente terapeutiche, riabilitative e ambulatoriali, bensì attraverso un percorso condiviso socio-sanitario. Ulteriori imprescindibili obiettivi sono il sostegno scolastico, la socializzazione e il sostegno delle famiglie, tenendo conto anche dei contesti ambientali in cui il minore vive e cresce.

Obiettivi di Integrazione:**Obiettivo n.1**

Costruzione di un percorso chiaro e coerente di passaggio della presa in carico dei singoli casi tra l'UMEE e i servizi DSM e/o UMEA dopo il termine dell'obbligo scolastico del disabile, con il coinvolgimento del Servizio Sociale Professionali del territorio.

Obiettivo n.2

Consolidamento del modello organizzativo ed operativo del Gruppo Lavoro Handicap (GLH) per permettere uno scambio attento e proficuo tra interventi sociali e sanitari per il disabile in Età Evolutiva. Tale modello, definito in un *flow chart* operativo, consiste nella preparazione dei GLH istituzionali finalizzata all'integrazione tra risorse sociali e sanitarie attraverso la condivisione operativa tra operatori sociali e sanitari prima e/o dopo il GLH.

Obiettivo n.3

L'integrazione professionale avviene con la costruzione della équipe minima d'integrazione socio-sanitaria, che si interfaccia con la scuola e la famiglia e con gli altri servizi istituzionali presenti sul territorio, ai quali partecipano gli operatori sociali dei Comuni e/o degli Ambiti insieme agli operatori sanitari dell'UMEE nella forma dell'équipe minima. E' necessario consolidare il lavoro fatto per i pazienti disabili segnalati attraverso la Legge 104/92 a partire da questa integrazione di minima socio-sanitaria. E' necessario estendere l'informazione sui benefici della L.104 a tutti i pazienti che accedono al servizio dell'UMEE.

Azioni**Obiettivo n.1**

- Costruzione di un tavolo di elaborazione dei criteri e modalità per il passaggio dei singoli casi tra i servizi sanitari e definizione del progetto individualizzato con la partecipazione dei Servizi Sociali Territoriali.
- Definizione di criteri per la presa in carico del servizio ricevente.
- Definizione di modalità di passaggio coinvolgendo il servizio ricevente almeno nell'ultimo anno di presa in carico UMEE, al fine di costruire un percorso di continuità e di indurre maggiore coerenza nel passaggio dei singoli casi di disabilità dall'UMEE ai servizi successivi.

Obiettivo n.2

- sottoscrizione di un protocollo d'intesa tra le Istituzioni Scolastiche, gli Ambiti e la Zona Territoriale, a partire da quello già siglato dal Distretto n.1, arricchendolo di contenuti e verificandolo in itinere.

Obiettivo n.3

- potenziamento organico necessario per il raggiungimento degli obiettivi.
- attivazione dei percorsi di supervisione e formazione periodica da parte del neuropsichiatra infantile e/o psicologo del distretto, rivolto agli educatori domiciliari dell'ambito su tutti i casi, che hanno in carico.
- potenziare la dotazione tecnica di strumenti psicometrici e di software specifico e dotazione logistica e tecnica (PC).
- acquisizione delle competenze necessarie per l'utilizzo del metodo ICF. A questo proposito la formazione è già nel piano di investimenti regionale.

Risultati attesi / Indicatori di risultato

- costruzione ed utilizzo di un unico modello di scheda di raccolta del bisogno;
- completezza delle équipe operative in unica sede e presenza dei verbali di valutazione;
- costruzione di un punto unico di accesso virtuale, elaborazione software per accesso virtuale e formazione al personale per il suo utilizzo;
- completezza documentale nella cartella clinica dei singoli casi;

- protocollo operativo relativo alla definizione della presa in carico ad altri servizi, finalizzata alla continuità assistenziale;
- protocollo d'intesa per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla L. 104
- protocollo d'intesa tra le Istituzioni Scolastiche, gli Ambiti e la Zona Territoriale ai sensi della L.104

Area tutela salute Disabilità fisico-psico-sensoriale UMEA

L'UMEA effettua la presa in carico di persone di età compresa tra 18 e 65 anni, che presentano la condizione di disabilità fin dall'età evolutiva e/o la acquisiscono durante la vita adulta.

L'U.O. effettua interventi rivolti sia alla persona sia alla sua famiglia. Gli obiettivi generali dell'UMEA sono stabiliti in base alle normative ed alle indicazioni nazionali e regionali vigenti e declinati nella realtà locale dal Piano Aziendale. Essi riguardano la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie neuro-motorie, psico-patologiche e neuro-psicologiche dell'adulto, che devono essere garantiti in maniera coordinata, appropriata ed equa in tutto il territorio della Z.T. n.11.

Prendere in carico il disabile adulto significa accompagnarlo nella soluzione delle varie problematiche neuro-motorie, psichiche e familiari, attuando progetti comuni con tutti gli i soggetti istituzionali, sociali e privati interessati.

In particolare, attua l'intervento riabilitativo, attraverso la valutazione specialistica e la valutazione necessaria all'inserimento nelle strutture diurne e residenziali per disabili. Fornisce tutti gli ausili socio-sanitari necessari a ridurre la disabilità.

Costruisce con gli altri enti preposti percorsi per l'inserimento lavorativo e collabora con tutte le istituzioni e associazioni per la massima integrazione sociale.

E' essenziale il lavoro di equipe integrata di presa in carico del soggetto disabile con i Servizi Sociali di riferimento, quando l'approccio globale dell'intervento coinvolge aspetti socio-familiari ed ambientali complessi e/o a rischio di emarginazione.

In considerazione delle maggiori criticità rilevate negli ultimi anni nell'attività finora svolta, si sono individuati le priorità e gli obiettivi per il prossimo triennio.

Obiettivi di Integrazione:

- sviluppo di una maggiore collaborazione tra UMEA e i Servizi Sociali dell'ATS XIX e XX, nonché gli altri enti interessati in conformità con l'accordo di programma ;
- rafforzare la rete degli *stakeholders* della disabilità;
- rafforzare il coinvolgimento dei medici di base all'interno del processo di presa in carico;
- ottimizzare e rendere più agevoli i servizi a favore delle persone disabili;
- semplificare i percorsi per le borse lavoro ed inserimenti lavorativi attraverso accordi di programma con i rispettivi enti interessati;
- migliorare l'informazione del servizio UMEA con la realizzazione di un portale e di un opuscolo
- realizzare un percorso di formazione del personale su ICF ed autismo.
- distribuire su tutto il territorio lo stesso servizio in termini qualitativi e quantitativi
- definire la rete dei servizi socio riabilitativi necessari nella Z.T. n.11 per rispondere in modo unitario ed integrato alle necessità con handicap medio-grave e grave.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- a) costruzione di un percorso chiaro e semplificato per il disabile, per realizzare una borsa lavoro o un inserimento lavorativo con Provincia (CIOF), Ambito Territoriale (SIL), UMEA secondo la normativa vigente;

al fine di:

- favorire la circolarità delle informazioni
- uniformare ed integrare le procedure e i processi per le borse lavoro e inserimento lavorativo
- coinvolgere i/le dipendenti nei progetti innovativi indipendentemente dal profilo professionale e motivare la necessità di un'azione comune per la disabilità
- Lavorare per un obiettivo condiviso
- Sperimentare soluzioni atte a favorire la conciliazione vita-lavoro per la persona disabile

- b) costruzione di un percorso di accompagnamento informativo del disabile da diffondere attraverso diversi mezzi di comunicazione (guida internet, opuscolo, sportelli,...), per garantire il diritto ad un accesso rapido e semplificato ai servizi preposti.

attraverso:

- Creare un portale di facile accesso con tutte le indicazioni utili per il disabile mettendo in rete tutti

i soggetti interessati nella provincia di Fermo

- sviluppare un approfondimento comune e coordinato sulle tematiche, attività svolte conformemente alla legislazione ed alla *mission*, riguardanti la disabilità, al fine di migliorare le competenze e l'operatività negli enti di appartenenza e favorire l'informazione su queste tematiche
 - promuovere azioni ed iniziative coordinate, all'interno del proprio ente, volte a favorire la piena applicazione della normativa nazionale ed europea in materia di disabilità
 - sviluppare una maggiore conoscenza dell'attività svolta e dei casi affrontati
- c) valorizzazione dell'apporto delle strutture socio-sanitarie diurne e residenziali
- monitoraggio e pianificazione dei servizi offerti al fine di massimizzare l'efficacia terapeutica dell'inserimento e frequenza del singolo soggetto

AZIONI

a)

- Studio del valore delle competenze e del sistema di valutazione orientato alle borse lavoro e inserimento lavorativo
- analisi dei rispettivi ruoli tra i vari settori
- disamina delle leggi vigenti in tale settore;
- *focus-group* per la rilevazione delle criticità e delle positività per individuare le soluzioni da intraprendere
- formazione su vari ambiti.

b)

- Individuazione dei soggetti con cui collaborare, istituzionali e non;
- Definizione delle forme di collaborazione;
- Attuazione di iniziative specifiche.

c)

- Mettere a sistema le strutture diurne e/o residenziali presenti sul territorio degli ATS XIX e XX, definendo modalità di accesso, funzioni, compartecipazione e accompagnamento al percorso socio-riabilitativo del soggetto.

Risultati attesi / Indicatori di risultato

a)

La riorganizzazione dei servizi, per ciascuna competenza con l'aiuto degli strumenti informatici disponibili ed una gestione consapevole del personale, rende necessario modificare le modalità operative professionali e relazionali all'intero degli enti e soggetti coinvolti che fino ad ora hanno lavorato separatamente o in modo non sincronizzato rendendo al disabile talvolta complicato ottenere i borse lavoro e/o inserimento lavorativo

Tale cambiamento auspicato, attento alle differenze ed alle risorse "tutte", presenti, dovrebbe portare ad aumentare in ciascuno la consapevolezza del proprio ruolo lavorativo, valorizzare ed integrare le differenze (*empowerment*), migliorare l'integrazione tra gli enti, il clima lavorativo così come enunciato negli indicatori del "benessere organizzativo", favorire il posizionamento in ruoli di responsabilità e decisionali, professionalmente competenti, al fine di realizzare un percorso facilitato per il disabile. In conclusione **il risultato atteso sarà quello di semplificare e rendere più agevole l'iter per il disabile riducendo le azioni inutili, i tempi, il numero di personale coinvolto-**

Durata progetto:

un anno + 4 mesi di verifica

b)

Oltre a migliorare la formazione ed informazione della persona disabile, la messa in rete delle competenze specifiche, delle buone prassi e dei progetti realizzati dai vari organismi dovrebbe facilitare la progettazione di interventi mirati, attivare la predisposizione di strumenti e procedure operative che consentano un flusso continuo di informazione fra le parti e verso l'esterno e avviare la concertazione di interventi comuni nell'ambito delle rispettive funzioni a favore della disabilità.

Durata progetto:

Periodo di attuazione del presente Piano (3 anni) con cadenze da definire sui singoli ambiti di intervento.

Area tutela Salute Mentale

Area tutela Salute Mentale

I servizi per la salute mentale garantiscono il loro impegno per favorire il benessere psichico della persona. Questo significa occuparsi degli aspetti di prevenzione del disagio psichico, oltre che della cura, della riabilitazione e della tutela dei diritti di cittadinanza delle persone con disagio psichico in ogni fase ed età della vita.

Un tale approccio comporta una stretta integrazione tra i servizi dedicati alla salute mentale e gli altri servizi della rete assistenziale e preventiva, sia ospedalieri che territoriali e sociali.

MODALITÀ DI ACCESSO AI SERVIZI DEL DSM

Indicazioni del Progetto Obiettivo - Tutela della Salute Mentale - Allegato alla D.A. di Consiglio Regionale n. 132/2004, che definisce i criteri di accesso per le singole strutture del DSM:

- Strutture ambulatoriali: Centro di Salute Mentale, con accesso diretto e/o su invio del MMG;
- Strutture di ricovero: Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con accesso secondo le modalità espresse dalla attuale normativa in materia di TSO, nel rispetto dei diritti e valori della persona, e comunque sempre attraverso gli operatori del DSM, quando trattasi di ricoveri programmati;
- Day - Hospital. L'utente vi accede in base a programmi concordati con gli operatori del DSM.
- Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche prevalentemente sanitarie: Centro Diurno (CD) Criteri di accesso in conformità ad un programma personalizzato concordato e periodicamente verificato dagli operatori del DSM, dei vari servizi, ed eventuali terzi di riferimento;
- Strutture Riabilitative Residenziali (SRR). L'accesso è curato dal DSM di residenza dell'assistito. La degenza nella SRR è da considerarsi a termine (min 12 mesi - max 3 anni) e la sua durata sarà valutata in base all'evoluzione del quadro clinico, ogni 3 mesi;
- Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche d'integrazione socio-sanitaria:
- Comunità Protetta (CP), con accesso curato dal DSM di residenza dell'assistito;
- Gruppo Appartamento, con accesso curato dal DSM, in conformità ad un programma personalizzato;
- Strutture residenziali a ciclo continuativo o diurno con caratteristiche prevalentemente sociali:
- COMUNITA' ALLOGGIO PER PERSONE CON DISTURBI MENTALI - L'accesso alla Comunità Alloggio avviene su progetto integrato socio-sanitario predisposto e condiviso dagli operatori dei servizi sociali e del Dipartimento Salute Mentale.
- ALLOGGIO SOCIALE PER ADULTI IN DIFFICOLTA' (non attivo nella Z.T. n.11) - La valutazione delle condizioni di accoglimento ed il programma di permanenza nella struttura sono effettuati dai servizi sociali in collaborazione con i servizi sanitari competenti.

OBIETTIVI DI INTEGRAZIONE

Obiettivo 1. **ACCESSIBILITA'**

Estendere l'informazione e le conoscenze sull'offerta e sulle modalità di accesso nei confronti degli operatori dei servizi sanitari (MMG; servizi affini alla psichiatria; operatori di front-office) e dei servizi sociali degli Enti Locali, che sono coinvolti nel percorso/processo assistenziale e di cura dei pazienti che presentano una patologia psichiatrica; con la finalità di informare adeguatamente sull'offerta ed orientare rispetto alla domanda in modo da garantire la correttezza dei percorsi assistenziali;

Migliorare la modalità di accesso e presa in carico anche attraverso la possibilità di accesso diretto al Servizio da parte degli utenti;

Ottimizzazione della continuità assistenziale tra ospedale e territorio;

Favorire il diritto alla casa, destinando quote di alloggi di edilizia popolare ai soggetti affetti da patologia psichiatrica.

Modalità di realizzazione

Diffusione della Carta del Servizio con la specifica delle modalità di accesso e dell'offerta sanitaria sulla salute mentale;

Protocollo di collaborazione con MMG e con i servizi affini alla psichiatria;

Risultati attesi / Indicatori di risultato**Risultati Attesi**

Realizzazione un **Sistema a Rete** inteso come la definizione di modalità sistematiche di connessione tra MMG; servizi affini alla psichiatria; operatori di front-office e dei servizi sociali degli Enti che permettono di ricomporre le varie competenze professionali intorno all'accesso e al processo assistenziale che coinvolge il paziente portatore di patologia psichiatrica e la sua famiglia.

Indicatori di Risultato

Numero delle Carte del servizio prodotte e distribuite a tutti i soggetti coinvolti

Numero di Protocolli sottoscritti.

Obiettivo 2. UNITÀ VALUTATIVA INTEGRATA

L'Area logica della valutazione integrata così come intesa dal Piano Sanitario Regionale 2007/2009, dalla DGR 720/07 e dalle Linee Guida per la predisposizione dei piani triennali di ambito sociale 2010-2012, si realizza attraverso il passaggio dall'UVD all'UVI; passaggio che coinvolge tutte le Aree di intervento dell'Integrazione.

In relazione a tale prospettiva legislativa nasce la necessità di elaborare in maniera congiunta e partecipata tra tutte le Aree coinvolte nell'Integrazione Socio-Sanitaria (di cui all'art. 17 del presente Accordo) un **regolamento attuativo dell'UVI** come definito all'art. 15 del presente Accordo di Programma.

Modalità di realizzazione

- Elaborazione con tutte le UU.OO. e i Servizi del Territorio coinvolti, del Regolamento della UVI così come specificato nell'art. 15 del presente Accordo di Programma.

Risultati attesi

- Partecipazione agli incontri dell'UVI e alla sua attività di valutazione integrata nei tempi e modi previsti dal Regolamento di composizione e funzionamento della stessa;

Indicatori di risultato

Partecipazione attiva all'elaborazione del regolamento da parte dei Professionisti interessati del DSM, con particolare attenzione alla costruzione dei Percorsi di salute e assistenza integrati.

Obiettivo 3 PRESA IN CARICO E PERCORSO ASSISTENZIALE

- Migliorare i processi di accesso alle cure attraverso la presa in carico diretta del paziente.
- Migliorare la comunicazione funzionale tra ospedale e territorio e tra servizi territoriali (STDP, MMG, UMEA).
- Predisporre progetti individuali integrati, che tengano conto delle risorse/offerte sia sociali che sanitarie;
- Individuazione del sistema delle responsabilità, attraverso l'indicazione del case manager all'interno del progetto individuale - Il Case Manager è il garante del corretto percorso assistenziale e il suo compito ha come finalità la soddisfazione dei bisogni dell'utente migliorando l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza durante tutto lo svolgersi del progetto individualizzato, attraverso il coordinamento e corretto utilizzo delle risorse, l'appropriatezza degli interventi e il monitoraggio dei risultati raggiunti.

Modalità di realizzazione

- Predisposizione dei piani terapeutici individualizzati;
- Realizzazione del modello organizzativo del Case Management insieme alle UU.OO. e ai Servizi del Territorio coinvolti.
- Formazione congiunta sul case management, allargata agli operatori delle altre aree sanitarie interessate e ai professionisti del territorio.
- Definizione di documentazione per la presa in carico congiunta ospedale/territorio.

Risultati attesi

Rispondere alla domanda di salute mentale del territorio, verificabile attraverso:

- numero progetti terapeutici individualizzati formalizzati in rapporto a quelli redatti nel triennio precedente alla stipula del presente Accordo;
- numero di invii dall'area ospedaliera a quella territoriale in rapporto a quelli effettuati nel triennio precedente alla stipula del presente Accordo;
- numero di incontri formativi sul case management rivolto agli operatori interessati, del DSM. delle UU.OO. affini e ai professionisti del territorio.

Obiettivo 4 Residenzialità e domiciliarità protetta

Favorire politiche di residenzialità e domiciliarità protetta, per prevenire l'istituzionalizzazione e permettere il mantenimento del paziente psichiatrico nel proprio contesto di vita.

Modalità di realizzazione

- Attivazione di comunità alloggio e di programmi sperimentali di domiciliarità protetta
- Avvio e sviluppo della concertazione con i soggetti istituzionali interessati alla domiciliarità protetta (AA.TT.SS., Enti locali, privato sociale e terzo settore) attraverso la stipula di convenzioni e protocolli;

Risultati attesi

- standardizzazione di percorsi assistenziali domiciliari tali da permettere l'inserimento di utenti nelle attività domiciliari in tempi brevi;
- diminuzione del numero di istituzionalizzazioni rispetto al triennio precedente a quello ricompreso nel presente Accordo ed inserimento in domiciliarità protetta

Indicatori di risultato

- avvio della concertazione con i soggetti interessati sulla modalità di presa in carico e assistenza a domicilio protetta
- stipula di convenzioni e protocolli con i soggetti istituzionali coinvolti (AA.TT.SS., Enti locali, privato sociale e terzo settore) per l'avvio e il consolidamento del servizio di domiciliarità protetta;

Area Dipendenze Patologiche e comportamento d'abuso

Nel tempo si è assistito ad una continua evoluzione dei fenomeni legati alle varie espressioni di "dipendenze patologiche" e soprattutto del target di riferimento dei soggetti e delle relative classi di età, che esprimono tali comportamenti "dipendenti".

E' per questo che occorre monitorare costantemente i fenomeni emergenti dai diversi territori al fine di contrastarli, con interventi sempre più strategici e maggiormente incidenti sullo sviluppo di situazioni "a rischio". Tale analisi non può prescindere da una lettura condivisa del territorio, che coinvolge sia operatori specialistici del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche che operatori sociali e socio-educativi presenti nella Z.T. n.11., che nella nostra zona vanno potenziati nell'organico.

E' attraverso una costante e coerente programmazione degli obiettivi e degli interventi che possono essere delimitati e circoscritti comportamenti patologici.

La prevenzione ambientale - in tale quadro di riferimento - è fondamentale per l'intervento precoce e va sostenuta al pari della presa in carico per la cura e il reinserimento sociale.

Obiettivi di Integrazione**Obiettivo n.1 PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Realizzazione di azioni finalizzate alla promozione della salute (volte al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui / a modificare condizioni sociali, ambientali, economiche) con il coinvolgimento delle istituzioni locali (Ambiti Territoriali Sociali) e degli attori sociali.

Obiettivo n.2 ACCESSO

- Intercettazione del disagio e contatto precoce, anche attraverso una rete di servizi/progetti che non sono necessariamente tipizzati in maniera sanitaria e non hanno competenze specifiche nel settore, pur avendo la capacità di identificare il problema droga; di individuare il servizio verso cui indirizzare l'interessato; accompagnano nelle fasi di passaggio al servizio appropriato (ad es. operatori con funzioni di front office dello Sportello per la salute /Ufficio di promozione Sociale; operatori Centri di ascolto/Spazi adolescenti/ CAG/ organizzazioni socio-assistenziali/altri Dipartimenti o UU.OO; operatori che intervengono su sottogruppi a contatto con sostanze/ con funzioni di screening nella popolazione/con funzioni di contatto precoce)

Obiettivo 3 VALUTAZIONE INTEGRATA

Garantire una consulenza diretta da parte del DDP/ STDP a tutti i servizi che possono intercettare la domanda o fenomeni droga correlati

Obiettivo 4 PRESA IN CARICO INTEGRATA

Garantire o potenziare il buon esito delle attività di cura finalizzate :

- al superamento degli stati di tossicodipendenza
- alla diagnosi ed alla terapia delle patologie correlate
- al recupero ed al mantenimento dello stato di benessere psicofisico dei pazienti e dei loro familiari, mediante il coinvolgimento attivo della rete territoriale dei servizi socio-sanitari dei dipartimenti ospedalieri, del DSM, dei Distretti, nonché degli EE.LL.

Obiettivi Specifici

Migliorare l'efficacia di alcuni interventi di cura mediante la pianificazione coordinata o sequenziale delle risorse da impiegare per la realizzazione del PTI, coinvolgendo - laddove necessario - i Servizi utili.

Azioni

Obiettivo n.1

- **Raccordo permanente con il programma di attività del Distretto e del DSM**

- **Raccordo permanente con gli AATTSS, attraverso le seguenti attività:**

- a) Partecipazione alla progettazione di ambito relativa ad interventi di promozione dell'agio e di riduzione del disagio giovanile
- b) Interventi di comunità
- c) Interventi di supporto sociale (sostegno ai processi di educazione e socializzazione promuovendo l'autonomia e la consapevolezza delle persone, aumentando il livello di conoscenza sulle problematiche relative all'uso/abuso) mediante azioni rivolte ai singoli, alle famiglie, al sistema sociale allargato, utilizzando come risorse CIC, CAG, formazione adulti significativi, avamposti sul territorio, punti di ascolto, help line, campagne informative regionali.
- d) raccolta, rielaborazione e restituzione dei dati raccolti
- e) Intercettazione e identificazione precoce del disagio.

Sviluppo delle competenze e capacità di osservazione partecipe, di cogliere i segnali di rischio e di fornire informazioni utili per orientare le strategie successive, favorire il contatto precoce con il servizio competente per il caso

Obiettivo n.2

- **Interventi diretti presso il Dipartimento D.P.**

- consulenze specifiche (su iniziative messe in campo da altri/azioni specifiche per identificare precocemente il problema ed entrare in contatto con i soggetti a rischio);
- Costruzione della rete di intercettazione del disagio e contatto precoce, attraverso l'elaborazione di modulistica:

per - Carta del servizio per orientare l'inviante all'accesso ai trattamenti.

per - Scheda di rilevazione del bisogno e di invio al Servizio.

Programmazione congiunta interventi di contrasto a fenomeni droga correlati

Obiettivo n.3

- Valutazione diretta da parte degli operatori del DDP/ STDP su richiesta dei servizi della rete
- Integrazione dell'équipe STDP e operatori invianti, nel rispetto della normativa sulla privacy

Obiettivo n.4

Eventuale coinvolgimento nella successiva fase di accoglienza e presa in carico del servizio che ha intercettato la domanda (analisi della domanda e accertamento diagnostico al fine di redigere un progetto terapeutico individualizzato con l'esplicitazione dei bisogni, obiettivi, risorse, strategie, strumenti operativi) Integrazione tra sistema pubblico e privato e tra questi e gli enti locali

Risultati attesi / Indicatori di risultato

Obiettivo n.1

Potenziamento delle attività di promozione della salute e della funzione di antenna sensibile, verificabile attraverso il confronto tra N° interventi integrati /N° interventi non integrati

Obiettivo n.2

- Migliorare l'appropriatezza dell'invio
- Favorire l'assessment dei bisogni e individuazione del percorso di cura più appropriato (PTI)
- indici di raggiungimento del risultato: N° carte del servizio distribuite/prodotte e N° accessi indotti dalla rete dei servizi/ N° accessi diretti.

Obiettivo n.3

Elaborazione di percorsi assistenziali che utilizzino tutte le risorse disponibili e necessarie in maniera coordinata, verificabile attraverso il N° di incontri congiunti ed il N° di valutazioni integrate

Obiettivo n. 4

Maggiore efficacia degli interventi di cura/Minore dispersione di risorse, verificabile attraverso il n° di programmi terapeutici realizzati/condivisi ed il n° di incontri congiunti effettuati

Area tutela Salute adulti fragili

Nella vita adulta di ognuno possono verificarsi momenti di "fragilità" legati ad imprevisti, a temporanea perdita dello stato salute e/o comportamenti psico-sociali-lavorativi che determinano una carenza di risorse di tipo individuale e/o familiari e che portano alla "patologia del benessere" e, quindi, della salute nella sua accezione più ampia.

Tali condizioni debbono essere intercettate il più precocemente possibile e avviati interventi di presa in carico integrata dagli operatori socio-sanitari al fine di ridurre i danni e ripristinare condizioni di benessere socio-sanitario.

Obiettivi di Integrazione:

- Promozione di interventi di offerta attiva e informazione verso la popolazione adulta in condizione di fragilità al fine di sviluppare una maggiore consapevolezza delle opportunità di aiuto e sostegno a livello sociale e sanitario;
- Elaborazione, di concerto con le istituzioni politiche e assistenziali di riferimento, di una strategia organica di contrasto alle "nuove povertà" e supporto agli adulti o famiglie a rischio di esclusione sociale;
- Definizione di azioni di intervento verso le persone vittime di forme di violenza e grave sfruttamento attraverso la tratta degli esseri umani sia nella prostituzione che in ambiti quali il lavoro forzato, l'accattonaggio e le attività illegali;
- Implementazione delle politiche di inclusione sociale per la popolazione immigrata semplificando e rendendo sempre più accessibili i percorsi socio-sanitari volti al miglioramento delle condizioni di vita e al superamento della marginalità sociale;
- Rafforzamento delle politiche di contrasto alla disuguaglianza di genere e alla disparità di trattamento sia sociale (tasso di istruzione, partecipazione politica, conciliazione dei tempi di vita e di lavoro) che lavorativa (tasso di occupazione, accesso ai livelli organizzativi e relativa retribuzione).

Azioni

- Analisi del fenomeno esistente relativamente alla condizione di nuova povertà e di relativa marginalità sociale della popolazione della ZT11 attraverso gli strumenti di analisi del Profilo di Comunità e del Profilo di Salute, già previsti dal presente Accordo;
- Consolidamento dell'attività degli Sportelli Informativi e dei Punti di Accesso già attivi sul territorio volti a fornire informazioni e offrire accoglienza alle donne in situazione di disagio sociale o lavorativo ("Informadonna", Consultori, UPS) e messa in rete degli stessi attraverso lo strumento del Punto Unico di Accesso come già definito nel presente Accordo;
- Potenziamento della "rete di relazioni" tra operatori sociali e sanitari con le associazioni di volontariato e il Terzo Settore al fine di rafforzare le attività pro-attive di primo contatto volte all'emersione delle persone vittime di *trafficking* a scopo di sfruttamento;
- Estensione e prosecuzione del progetto "**Soli Mai**" per la parte di esso strettamente attinente al sostegno linguistico alla popolazione immigrata ospedaliera.

Il progetto "Soli Mai" si pone con forte valenza inter-Area in quanto prevede lo svolgimento di attività di animazione con i bambini ricoverati nei reparti di Pediatria tramite l'intervento di Animatori professionisti, obiettivo già inserito nell'Area tutela salute materno - infantile del presente Accordo, ma propone altresì, come prosecuzione dell'esperienza, l'attivazione di un servizio di mediazione linguistica che faciliti la comunicazione tra il personale sanitario e i pazienti stranieri. Il Servizio di Mediazione Culturale e Linguistica nei Reparti di Ostetricia e Ginecologia permette una più efficiente comprensione dell'operatore sanitario e della donna - o coppia - straniera finalizzata all'intercettazione di un bisogno più complessivo di salute, di natura anche relazionale, che tenga conto della più ampia gamma di fattori contestuali con grande beneficio sul piano della collaborazione tra paziente e operatore con ricadute positive sull'efficacia terapeutica.

Risultati attesi / Indicatori di risultato

Gli obiettivi di tutela della salute degli adulti in condizione di fragilità sono volti all'intercettazione del disagio delle persone adulte a rischio di esclusione e marginalità sociale, all'abbattimento delle barriere

sociali e culturali che creano discriminazione e disparità di trattamento assicurando alle fasce più deboli della popolazione un equo accesso ai servizi sociali e sanitari, un idoneo trattamento nei contesti di vita e di lavoro nella prospettiva di una progressiva inclusione sociale il più ampia possibile.

Ai fini del presente Accordo gli indicatori di raggiungimento di tale risultato sono:

rafforzamento delle attività di informazione e promozione sociale da parte degli Sportelli Informativi e Punti di Accesso sia sociali che sanitari presenti sul territorio della ZT 11, a partire dalla stima del n. di casi di fragilità intercettati; raccordo dei Punti di Informazione e Prima Accoglienza, in una prospettiva di gestione a rete del flusso informativo, tramite lo strumento del Punto Unico di Accesso;

- analisi della condizione di fragilità della popolazione adulta della ZT 11 con indicazione del n. di famiglie sotto soglia di povertà, n. famiglie immigrate sotto soglia di povertà, n. di donne sole in condizione di difficoltà economica;
- utilizzo dei dati in possesso dei diversi soggetti, istituzionali, di volontariato, sociali e sanitari, per la costituzione dei profili di Salute e Comunità;
- costituzione di un **Servizio Integrato** per le donne – o coppie – italiane e straniere e i loro bambini presso i reparti di Pediatria e Ostetricia e Ginecologia per fornire un'assistenza integrata (sanitaria, psicologica e sociale) grazie all'inserimento di figure professionali quali Animatori, Psicologi e Mediatori Culturali (Progetto **"Soli Mai"**).

Area tutela Salute Anziani

In questo terzo millennio assistiamo al raggiungimento di traguardi di vita impensabili nei secoli precedenti e ciò anche grazie alla maggiore capacità di un sistema socio-sanitario di rispondere al meglio alla cura preventiva di malattie che possono ridurre la malattia degli anziani almeno fino agli 80/85 anni di età. Ciò nonostante con l'aumento degli ultra ottantacinquenni, molto rilevante in questo territorio, si assiste alla reale necessità di rafforzare il sistema della cura ai nostri "grandi anziani" per evitare il degrado assistenziale degli stessi in una ottica condivisa di valorizzazione della vita in tutte le sue espressioni, che debbono essere umanamente sostenute in un determinato contesto sociale.

Obiettivi di Integrazione:

Le linee dell'intervento socio-sanitario per questa area, riprendono le azioni previste dai Piani sanitario e sociale che non sono state portate a termine e le indicazioni del competente Gruppo di Progetto della Cabina di Regia per l'integrazione socio-sanitaria ex DGR 720/07:

- Revisione e adeguamento dei contenuti della DGR 1566/04 "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo. Prevenire contrastare, ridurre ed accompagnare la non autosufficienza", verso una implementazione diffusa di un sistema integrato socio-sanitario che definisca certezze rispetto a:
 - Accessi ai servizi per gli anziani non autosufficienti
 - Valutazione e presa in carico degli anziani non autosufficienti
 - Accoglienza e assistenza residenziale di anziani non autosufficienti
 - Sistema delle cure domiciliari e anziani non autosufficienti
 - Sistema privato di cure domiciliari e anziani non autosufficienti
 - Formazione operatori
 - Monitoraggio dei servizi per gli anziani, con particolare riferimento non autosufficienti
- La demenza, una delle principali cause di disabilità e di disagio sociale per il mondo occidentale, rappresenta una priorità assistenziale la cui rilevanza, soprattutto in termini di costi sociali, è destinata ad aumentare nei prossimi anni a causa del progressivo invecchiamento della popolazione associato anche all'aumento dell'aspettativa di vita. Nell'ambito degli interventi socio-sanitari per la popolazione anziana non autosufficiente deve essere sviluppata una rete specifica di intervento per le demenze.

Azioni:

- potenziamento e riorganizzazione complessiva del sistema di Valutazione della non autosufficienza individuando le "Unità Valutative Integrate" quali punti unici integrati socio-sanitari per la valutazione, la presa in carico e la dimissione dell'anziano, e quali snodi per l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni;
- contenimento del flusso di "istituzionalizzazione" dell'anziano non autosufficiente all'interno delle strutture residenziali in una prospettiva di potenziamento del sistema delle cure domiciliari;
- riordino complessivo del sistema delle cure domiciliari a forte integrazione socio-sanitaria tra servizio ADI e servizio SAD;

- montiroglio del sistema degli Assegni di Cura gestiti dagli Ambiti Sociali;
- Gestione e monitoraggio del sistema residenziale protetto per gli anziani non autosufficienti;
- Offerte di attività di promozione e prevenzione della salute dal 60° anno d'età attraverso corsi di attività motoria-riabilitativa con finalità socio-sanitarie;
- Sviluppo della rete per le demenze, in particolare configurazione del percorso Alzheimer comprendente:
 - Creazione di punti/call center informativi, promozionali e di sostegno alle famiglie;
 - Consolidamento del percorso di presa in carico: accesso, valutazione, progettazione;
 - Consolidamento del collegamento con il Centro Diurno Alzheimer di Monegranaro;
 - Configurazione di percorsi dedicati nell'ambito del sistema della residenzialità protetta;
 - Percorso di formazione ed accompagnamento per gli Operatori del sistema delle cure domiciliari e per i medici di medicina generale.

Area Prevenzione - Promozione Collettiva della Salute

Questo terzo accordo di integrazione socio-sanitaria vuole essere anche un momento di innovazione rispetto ai precedenti accordi in relazione ad una condivisa analisi e studio dello stato di Salute dell'intera popolazione ricompresa in tutti e due gli Ambiti Sociali XIX e XX.

A questo scopo è stato coinvolto anche il dipartimento di prevenzione nella definizione degli obiettivi da raggiungere nel triennio di validità del presente accordo; ciò al fine di definire congiuntamente un profilo inerente lo Stato di Salute che diventerà propedeutico per le successive scelte strategiche dei prossimi Accordi e Piani Sociali di Zona.

OBIETTIVO STRATEGICO TRIENNALI

Definizione di uno studio sullo **Stato di Salute** dell'intera popolazione zonale

AZIONI

Attraverso un set minimo di indicatori sanitari, che prendono in considerazione:

- a) Fattori demografici e socio-economici;
- b) Indicatori sanitari
- c) Servizi per la salute e promozione della salute;
- d) Stili di vita attraverso il sistema di sorveglianza denominato "Studio Passi";
- e) Dimensione del fenomeno infortunistico da lavoro presente nella ASUR Z.T. n.11

RISULTATI ATTESI / INDICATORI DI RISULTATO

- Produzione di un documento sullo stato di Salute della popolazione residente nella Zona Territoriale n. 11 correlato al Profilo di Comunità Zonale.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Presidente Comitato dei Sindaci
Ambito Sociale XIX
Dott. Saturnino Di Ruscio

Il Direttore ASUR
Zona Territoriale n.11 Fermo
Dr. Gianni Genga

Il Presidente Comitato dei Sindaci
Ambito Sociale XX
Dott. Mario Andrenacci