

LINEE GUIDA PER ATTI AZIENDALI – BOZZA

Osservazioni relative ai Servizi Sociosanitari Territoriali

RIFERIMENTI NORMATIVI

Per necessità di sintesi si richiamano solo i seguenti importanti riferimenti normativi dell'Area Famiglia-Infanzia-Adolescenza, in ordine cronologico, dai più recenti a quelli più datati nel tempo.

- 1. I L.E.A.-Ministero della Sanità**, gen.2017, in particolare Art.3-Attività dell'assistenza distrettuale, Art4-Assistenza sanitaria di base, Art.24-Assistenza sociosanitaria ai minori alle donne, alle coppie, alle famiglie, Art.26-Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, Art.25-Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali, Art.27-Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità.
- 2. Il Piano Nazionale di Azione e Interventi per la Tutela dei Diritti e lo Sviluppo dei Soggetti in età evolutiva** (G.U. n.267 del 15.11.2016-suppl. n.50).
Il Piano di Azione (PNA) è uno strumento programmatico e di indirizzo che risponde agli impegni assunti dall'Italia per dare attuazione ai contenuti della Convenzione sui diritti del fanciullo e ai suoi Protocolli, New York 20 nov.1989. In particolare l'art.44 della Convenzione, ratificata con la L. n.176 del 27.5.1991, prevede che tutti gli Stati presentino, ogni 5 anni, un rapporto sull'attuazione nel loro rispettivo territorio; il Comitato ONU, nel 2012, ha rivolto all'Italia alcune osservazioni, in particolare per quanto riguarda a) la mancanza di un fondo per l'implementazione del Piano Nazionale Infanzia, b) i tagli alla scuola, c) la mancanza dei LEA per l'accesso ai diritti fondamentali da parte di tutti i bambini, ecc. Il prossimo Rapporto governativo verrà presentato entro il 4.4.2017; il PNA allega contestualmente la proposta dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP);
- 3. La Legge Regionale 25.10.2016 n.19 - Istituzione Azienda Zero e nuovi Ambiti Territoriali delle AZ.ULSS**, in conformità a quanto previsto dalla Legge R. n.23/29.6.2012 (Piano socio-sanitario) conferma, tra l'altro, come da art.15 lett.: a) l'erogazione dei LEA su tutto il territorio, b) sviluppare la rete dell'assistenza territoriale, utilizzando un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che garantisca l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure, i) sostenere il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona, garantendo l'equità territoriale, favorendo lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione nelle varie aree, quali: famiglia, infanzia, adolescenza, giovani, anziani, disabili, dipendenze, salute mentale, sanità penitenziaria, promuovendo la piena integrazione tra soggetti pubblici e privati coinvolti nella costruzione e gestione del sistema integrato.
- 4. La Legge Regionale n.23 del 29.6.2012 "Norme in materia di programmazione socio-sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"** definisce puntualmente:
 - > 2.3.1 l'integrazione socio-sanitaria, fondata sul riconoscimento della persona nella sua globalità ed in rapporto con i contesti di vita,
 - > 3.4.1 Aree prioritarie di intervento, rif. strategie della Carta di Ottawa 1986, tra gli obiettivi specifici la valutazione unitaria dei bisogni attraverso: a) la multi professionalità... l'UVMD, b) l'utilizzo condiviso di strumenti di valutazione, es. SVAMA e SVAMD, c) il monitoraggio... d) la valutazione dei risultati.



> 3.5.2 La famiglia: una “risorsa” da sostenere ... verso i figli ... con la disponibilità dei servizi ... nelle crisi familiari... nella cura dei più deboli... con l’ integrazione delle famiglie immigrate... verso i nuclei a rischio; assistenza attraverso -la centralità della persona e della famiglia come destinataria di azioni di promozione della salute, prevenzione, cura, riabilitazione, reinserimento... -l’integrazione tra i settori sanitari e sociali con il coinvolgimento di istituzioni operanti in piani diversi quali quello educativo, della protezione e tutela- lo sviluppo della tutela dei diritti...

>3.5.3 Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani: sostegno alla genitorialità; servizi per la prima infanzia; area ad elevata integrazione socio-sanitaria che include il Consultorio Familiare, quale servizio territoriale , il Servizio Età Evolutiva/neuropsichiatria infantile rivolto ai minori con disagi, disturbi comportamentali e psicopatologici, nonché i Servizi per la protezione e tutela dei minori; l’integrazione socio-sanitaria per garantire una presa in carico globale della persona e, al contempo, interventi preventivi e diagnostico-terapeutici-riabilitativi, e per ristabilire il benessere fisico, psicologico, sociale, affettivo e relazionale...;

> seguono ambiti di Attività da Potenziare, in particolare tutti gli interventi di prevenzione, sostegno e presa in carico delle situazioni di disagio e Tutela... -favorendo anche gli interventi e la gestione associata dei Comuni... - ripristinando il Fondo Regionale per le Politiche Sociali-Sostegno di iniziative a favore dei minori in situazione di disagio e inserimento presso famiglie o strutture/comunità educative mettendo disposizione risorse adeguate e specifiche per l’accoglienza e per le altre forme di presa incarico.....(segue);

5. Quanto precede trae chiaramente origine dalle importanti Leggi Statali di Riforma della Sanità e di Riforma dell’Assistenza; a livello regionale si è passati dalla Legge sui Consorzi Socio-Sanitari alle Leggi di istituzione delle ULSS, delle Az.ULSS; in questa occasione si richiamano in particolare, per la loro rilevanza, la L.R.n. 55/1982 sull’Assistenza (con deleghe facoltative da parte dei Comuni) , la L.R. n.56 del 1994 e la L.R. n.5/96 che fondano, implementano l’integrazione socio-sanitaria e l’organizzazione dei Servizi territoriali distrettuali;

Ciò premesso (con riferimenti molto parziali per brevità), al fine di esaminare le-Linee Guida A.Az.- si richiamano alcuni Provvedimenti della Regione in ambito Materno Infantile Età Ev. Famiglia.

6. **DGR n.569 del 2008 – Linee Guida per la Protezione e la Tutela del Minore**”- La Regione a seguito di un approfondito lavoro di un gruppo tecnico, composto dal Pubblico Tutore dei Minori, dal Presidente del Tribunale per i Minorenni, dal Procuratore della Repubblica presso il T.M., dal Direttore Regionale per i Servizi Sociali, dal Presidente dell’ANCI Veneto e dal Responsabile scientifico dell’Osservatorio Regionale per l’infanzia e l’adolescenza, approva le Linee Guida per la Cura e la Segnalazione puntualizzando “le responsabilità nella protezione e nella tutela dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza in Veneto” (rif. L.n.184/1983 , L. n.149/2001, L.R. n.42/1988).
7. **DGR n.215 del 2010 - Linee Guida per il Servizio di Consultorio Familiare nella Regione Veneto** - modello strutturale, organizzativo ed operativo; rif. L. n.405/1975, L.R. n.28/1977, DGR n.3242/2001 con la quale, tra le “Unità Operative Distrettuali”, ha compreso nell’Area Omogenea Materno Infantile e Famiglia l’unità operativa Consultorio familiare; DGR n.3972/2002, recependo il DPCM 2001, ha definito i LEA anche nell’area materno-infantile di pertinenza del C.F. e ne ha disposto l’applicazione regionale; tra le valide determinazioni delle Linee Guida 2010 vengono stabiliti, oltre alle funzioni e prestazioni, gli standard organizzativi (mai implementati); la Regione può disporre dei dati sulla base delle rilevazioni annuali;
8. **DGR n.1533 del 2011- Linee Guida per il Servizio Distrettuale di Età Evolutiva**
la DGR si articola in due sezioni, la prima inerente l’ambito di attività-destinatari del servizio e approfondisce la situazione epidemiologica l’evoluzione psicosociale, la normativa, l’articolazione, l’attività e le problematiche

sociosanitarie prioritarie; la seconda inerente l'organizzazione, vision, mission e obiettivi strategici, indicazioni organizzative, collocazione aziendale, integrazione con altri servizi e indicatori di valutazione; un documento di rilevanza nazionale ed europea per la valenza della visione multidisciplinare ed interprofessionale (neuropsichiatri, psicologi, assistenti sociali, riabilitatori, educatori p. in equipe integrata) per una valutazione globale ed unitaria del bambino - della famiglia - dei fattori ambientali (v. DPCM 2001); da tenere in evidenza tutto il carico per le competenze relative ai soggetti disabili in età evolutiva;

Queste due ultime DGR precisano che le risorse dedicate alla "Tutela", da tali Servizi, devono essere aggiuntive a quelle per le funzioni di competenza; le ragioni stanno nell'emergenza, nella max. complessità, nell'intensività degli interventi, nella presa in carico prolungata ,(nel Rischio per gli Operatori), nelle progettazioni e verifiche continue con le strutture d'accoglienza e le famiglie affidatarie.

OSSERVAZIONI

Sulla base di precisi riferimenti a quanto sopra e al miglioramento continuo, metodologico ed organizzativo, avvenuto nel sistema sociosanitario territoriale del Veneto; considerate Le Linee Guida per gli Atti Az.-Bozze si evidenzia quanto segue.

A. Area Materno Infantile Età Evolutiva e Famiglia

A1. I LEA stabiliscono le Attività e Prestazioni da garantire a livello distrettuale in questa Area; si ritiene indispensabile il mantenimento dei Servizi di Consultorio Familiare e dei Servizi Distrettuali di Età Evolutiva che, così come normati dai provvedimenti citati, risultano tra i più avanzati a livello nazionale; da anni si segnala il non adeguamento agli standard e l'insufficienza delle risorse umane/professionali, tali da non consentire il rispetto dei LEA.

A2. E' del tutto inconcepibile l'azzeramento delle Unità Organizzative STRUTTURE COMPLESSE e parallelamente anche delle Unità O. STRUTTURE SEMPLICI nei distretti; a questo proposito:

- a. si richiama la vastità delle competenze-LEA-
- b. la complessità che caratterizza le specifiche prestazioni-DPCM/2001-P.S.S.-L.R.19/2016-, la multidisciplinarietà e l'interprofessionalità quali condizioni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;
- c. si evidenzia che solo l'U.O.C. può garantire una programmazione unitaria Distrettuale (ex ULSS), una adeguata attribuzione e verifica delle responsabilità tecnico funzionali, una ricerca continua dell'integrazione operativa, l'unitarietà e la globalità degli interventi (v.CERTIFICAZIONI-UVMD-SVAMDI-L.104/92-Segnalazioni/DECRETI T. M., ecc.);
- d. si richiede una congruenza tra Responsabilità manageriali e entità/ambito dei Processi da Governare in termini aziendali; per questi motivi si propone una Unità O. Struttura Complessa ogni 150.000 abitanti - in presenza di deleghe dei Comuni - una ogni 250.000 ab. - senza deleghe -, una Unità O. Semplice ogni 2 Consultori F. (90/100.000 ab.), una Equipe di Servizio Età Evolutiva ogni 30.000 ab.e una Unità O. Semplice ogni 3-4 équipes; si ricorda che questi due Servizi ,o in alcune realtà il Servizio Tutela, svolgono anche **le attività-LEA per la tutela minori**; in ogni caso questi Servizi necessitano di un potenziamento atteso e dichiarato da anni.

A3.I Neuropsichiatri I. (la Neuropsichiatria infantile) **fanno parte integrante del Servizio di Età Evolutiva**, la scomposizione e l'afferenza al Dip. di Salute Mentale sarebbe un negativo ritorno a vecchie concezioni sanitarie e una sconfitta della logica sociosanitaria, V. DGR 1533/2011.

A4. Si sottolinea che tutte le Attività di diagnosi e presa in carico, vaste e complesse, relative ai Disabili in età 0-17 anni vengono espletate dal Servizio di Età Evolutiva (v. LEA e L.104/92)

A5. AL SSSD, Servizio Integrazione Scolastica e Sociale Disabili, compete l'assegnazione di personale di assistenza in ambito scolastico -L n.104/92- a seguito di Certificazione-Diagnosi Funzionale-UVMD (a cura del Servizio E.Ev.); tale attività per l'Integrazione Scolastica richiede: a) una permanente azione di progettazione e collaborazione per l'integrazione; b) la gestione di ingenti risorse/responsabilità.

A6. Non ultima, ma prima, la certezza che un'attuazione anche parziale delle Linee Guida/bozza avrebbe delle **ricadute drammatiche** nei confronti di chi soffre, è in situazione di disagio personale/familiare e non può difendersi da condizioni di maltrattamento-abuso.

B. AREA DISABILITA'-Adulti

B1. L'Area della Disabilità, intesa quale complesso sistema integrato di servizi pubblici e privati preposti a rispondere ai bisogni delle persone disabili e delle loro famiglie, si è modificata negli anni passando dalla cultura della prestazione a quella della valorizzazione del bisogno e del diritto. Si pone così l'accento sulla **centralità della persona e quindi sulla necessità di sviluppare progetti sempre più individualizzati** il cui fine è l'integrazione della persona nel suo contesto di vita; per questo è necessario che le risorse siano costituite da equipe pluriprofessionali che dispongano dei tempi necessari per effettuare valutazioni funzionali globali tali da rendere il più efficaci possibile le UVMD, le SVAMD (diagnosi funzionali e progetti personalizzati).

B2. Dell'area D.A. fa parte il **Servizio Disabilità Adulti** che segue, per quanto di competenza, a) gli ospiti dei **Centri Diurni** convenzionati - circa 130/140 per 100.000 ab. con relativo costo di circa 3milioni di euro, b) collabora per Progetti P.-SVAMD-UVMD, c) collabora all'attivazione di Impegnative di Cura Domiciliare.

B3. IL SIL, Servizio Integrazione Lavorativa, composto da educatori p. e assistenti sociali, realizza contatti e inserimenti con progetti di tirocinio in aziende, enti pubblici, istituti scolastici, associazioni e cooperative sociali; per ogni ex AULSS si tratta di circa 200/300 utenti.

B4. IL SSSD-Integrazione scolastica (rif. A5) non ha una collocazione uniforme nelle AULSS; si riporta in ogni caso qualche dato di riferimento: servizio composto da educatori prof., OSS dipendenti, OSS convenzionati, personale amministrativo, responsabile psicologo o altra figura; si tratta di oltre 100 minori D. Gravi x 100.000 ab., per un costo di oltre 500.000 euro anno x 100.000 ab..

CONSIDERAZIONI

>> Appare del tutto evidente che per una simile mole di Responsabilità/Competenze (moltiplicate per 3-4 volte, quelle indicate ogni 100.000 abitanti delle ex AULSS)>>> **E' INDISPENSABILE almeno 1 UNITA' ORGANIZZATIVA STRUTTURA COMPLESSA per ogni ex AULSS + almeno 2 UNITA' O. STRUTTURE SEMPLICI.**

Queste considerazioni riguardano naturalmente le condizioni necessarie per poter governare-gestire-dirigere interventi/attività ad elevata integrazione sociosanitaria e ad elevata complessità; il buon governo richiede poi anche altri requisiti di tipo aziendale.

In tutto ciò (Aree A. e B.) è da tenere in grande considerazione che il sociosanitario si connota per una indispensabile collaborazione-interazione-integrazione con le risorse del Privato Sociale per la gestione dei servizi e con le Realtà Locali in quanto possibili Fattori Ambientali di salute.

C. DIPARTIMENTI per le DIPENDENZE, Ser.D, v. doc. allegato

C1. Per quanto riguarda il Dipartimento per le dipendenze **tutti i direttori ritengono:** a) che i relativi Servizi abbiano maturato negli anni una metodologia appropriata nei confronti delle diverse dipendenze che le persone presentano, b) che l'ambito di attività non debba avere una connotazione sul versante psichiatrico: come inevitabilmente avverrebbe facendo parte del Dip. Salute Mentale. Si rischia di vanificare una consolidata esperienza che pone la persona con problematiche di dipendenza, al centro di un intervento multidimensionale.

C2. Altra considerazione importante merita la possibilità di mantenere e sviluppare, con finalità connesse alle diverse problematiche specifiche, un proprio approccio di **collaborazione** con gli altri Servizi sanitari e sociosanitari, con altre realtà Istituzionali, con i soggetti del Privato Sociale e con le realtà del territorio.

C3. I cambiamenti nelle tipologie di dipendenza insorgono con caratteristiche mutevoli e diversificate con conseguenze rilevanti a livello personale, familiare e sociale; è necessario sempre più avere un'Autonomia di ricerca, di valutazione e di intervento, che consenta di avere spazi di approfondimento liberi da altre visioni e missioni, ma sempre aperti al confronto e alla collaborazione.

D.4 STRUTTURE COMPLESSE-UNITA' OPERATIVE COMPLESSE STRUTTURE SEMPLICI-UNITA' OPERATIVE SEMPLICI

Grande rilievo è stato dato, nell'organizzazione delle Az. ULSS, agli aspetti relativi alla Programmazione e al sistema delle Responsabilità individuando nelle Strutture Complesse e Semplici le entità di riferimento per l'articolazione organizzativa.

I Criteri e Parametri sono stati definiti in sede di concertazione con i rappresentanti aziendali delle OO.SS firmatarie dei CC.CC.NN.L. per le Aree della Dirigenza: v.* complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna, *grado di autonomia in relazione anche ad eventuali strutture sovraordinate *affidamento o meno della gestione di budget, * consistenza delle risorse umane-finanziarie e strumentali ricomprese nel budget affidato, * grado di autonomia negli interventi e nelle attività professionali- per la dirigenza;

La Struttura Semplice ha un'autonomia di gestione ma non ha responsabilità budgetaria;

Le U. O. Complesse e Semplici concorrono in maniera determinante alla formazione del **PIANO di ZONA**.

Una pur sommaria disamina delle "competenze" delle Aree sopra riportate rende palese che le relative risorse umane/ finanziarie ed entità/complessità della rispettiva utenza sono tali da ritenere indispensabili le Strutture esistenti nelle ex A.ULSS; **la loro ELIMINAZIONE o RIDUZIONE comporterebbe la mancanza di presupposti per il mantenimento del modello veneto socio-sanitario dei Servizi, una grave compromissione delle Attività Territoriali per le persone, nonché l'impossibilità a gestire adeguatamente il budget sanitario e sociale.**

E.5 I COMUNI E LE DELEGHE

I meriti della L.R. n. 55/82 - Norme in materia di assistenza sociale - sono immensi, ha consentito il fiorire anche di altre leggi 18 anni prima della Legge sull'assistenza (a. 2000); permane la grande difficoltà dei piccoli Comuni (il 90%) ad erogare i servizi socio-assistenziali a causa di evidenti impossibilità di avere in organico "equipe" dedicate e le relative risorse; la Regione in passato ha promosso le Deleghe ma con una progressiva decurtazione dei finanziamenti per servizio/competenza/progetto; per chi opera in ambito socio-assistenziale è evidente l'oggettiva carenza di interventi, spesso in parte compensati da attività sociosanitarie territoriali delle A.ULSS (uniche in Italia).



Sarebbe necessaria una nuova programmazione di finanziamenti regionali per incentivare le Deleghe alle A.ULSS o la Gestione Associata; si evidenzia però che in materia di Tutela Minori solo la delega completa può consentire l'esercizio appropriato delle responsabilità dell'Ente Locale rispetto a situazioni di Rischio di Pregiudizio o di Pregiudizio (v. Linee Guida Tutela) che riguardano bambini/adolescenti in condizioni di maltrattamento/abuso; è risaputo che in mancanza di un budget ad hoc, costituito per delega da più comuni, a volte si rinvia, si ritarda, si omette un intervento violando il diritto di un "soggetto minore"; la complessità in queste situazioni richiede valutazioni multidisciplinari e prestazioni pluriprofessionali da parte di servizi specialistici.

F.6 EMERGENZA SERVIZI TERRITORIALI DISTRETTUALI

Tutte le norme prevedono un potenziamento di tali Servizi sociosanitari a fronte dell'insufficienza delle risorse di personale e dell'aumento del "disagio" socio-economico-relazionale, ma questo non è mai avvenuto; inoltre la situazione è grave e di estrema emergenza a causa delle mancate sostituzioni di personale che da tempo la Regione NON autorizza, con conseguente crisi dei Servizi e diminuzione delle attività/prestazioni.

Padova, 16 marzo 2017

Il tavolo
Un Welfare per i Minori

Un welfare per i minori è una rete di 25 enti, associazioni e coordinamenti, rappresentativi di centinaia di realtà venete del sociale, del volontariato, del mondo professionale e della scuola. Sono riunite insieme dalla necessità di affrontare con urgenza il fenomeno del maltrattamento dei minori e delle politiche per l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie.

www.unwelfareperiminori.org

Hanno approvato il documento fondativo:

ANEP - Associazione Nazionale Educatori Professionali, Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII, Azienda Ulss 15 Alta Padovana, Caritas del Veneto, CNCA - Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, CNCM - Coordinamento Nazionale Comunità per Minori, Opera Don Calabria, Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto, Ordine degli Psicologi del Veneto, Reti di famiglie affidatarie

Aderiscono al documento fondativo:

AGESCI – Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani, AIAF Veneto – Associazione Italiana Avvocati per la Famiglia e per i Minori, ANDIS – Associazione Nazionale Dirigenti Scolastici, Ass.NAS – Associazione Nazionale Assistenti Sociali CISMAI – Coordinamento Servizi Contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, Consorzio Arcobaleno, FIMP – Federazione Italiana Medici Pediatri, FORUM Veneto delle Associazioni Professionali della Scuola (ADI, AIMC, ANDIS, ANFIS, CIDI, DISAL, Lega Ambiente Scuola e Formazione, MCE, PROTEO), Ispettorica Salesiana San Marco, Legacoop Veneto, Libera Veneto, SCS/CNOS - Salesiani per il sociale, Università di Padova, DPSS – Dipartimento di Psicologia e Scienze della Socializzazione, Villaggio SOS di Vicenza .