



Progetto

ex Accordo Stato-Regioni 25 marzo 2009 per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, anno 2009.

1. Regione proponente: Veneto

2. Linea progettuale: 2 - La non autosufficienza

3. Titolo del progetto

Sviluppo dello Sportello Integrato e del PUA (Punto Unico di Accesso)

4. Durata del progetto

Biennale (gennaio 2009 – dicembre 2010)

5. Referente

Dott. Giancarlo Ruscitti
Segreteria Sanità e Sociale - Palazzo Molin - San Polo 2513 30125 Venezia
Tel. 0412793521 – 3455 Fax 0412793491
E-Mail: segr.sanita@regione.veneto.it

Dott. Maglio Michele
Direzione Servizi Sociali - Dorsoduro 3493, 30123 Venezia
Tel. 0412791420 - Fax 0412791369
E-Mail: michele.maglio@regione.veneto.it

6. Aspetti finanziari

a) spese stimate

€4.000.000,00 ripartiti nei due anni (€2.000.000,00 nel 2009 e €2.000.000,00 nel 2010)

b) importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2009:

€2.000.000,00

c) eventuale partecipazione della regione al finanziamento anno 2009: -----

7. Impianto progettuale

a) Descrizione sintetica del contenuto del progetto

Il progetto ha la finalità di definire standard qualitativi comuni e condivisi per lo Sportello Integrato in tutte le aziende Ulss del Veneto, a seguito delle esperienze realizzate negli ambiti territoriali a seguito dell'approvazione della deliberazione di Giunta Regionale 39/06 e di implementare tale modello in tutti gli ambiti territoriali Ulss del Veneto avviandone nel contempo il monitoraggio. Nello sportello integrato il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta la parte di front office dello Sportello Integrato, o la porta di accesso al sistema, che ha il compito di soddisfare il fabbisogno informativo, avviando una azione di orientamento e accompagnamento all'accesso ai servizi e di presa in carico unitaria della persona non autosufficiente.

Il progetto comprende la definizione, a cura della Direzione Regionale affiancata da un apposito gruppo di lavoro, di un documento di Linee Guida che dovrà orientare gli attori impegnati nel territorio, secondo una temporizzazione definita, a realizzare un unico modello di Sportello Integrato e ad adottare gli strumenti gestionali che verranno predisposti, in un percorso di progressivo adattamento delle esperienze di sportello integrato e di PUA avviate a seguito dell'approvazione delle Disposizioni applicative per i Piani Locali della Domiciliarità, approvate dalla Giunta Regionale del Veneto nel 2006 (DGRV 39 del 17 gennaio 2006). Al termine del progetto lo Sportello Integrato dovrà diventare la porta di accesso ai servizi per la non autosufficienza utilizzata normalmente, garantendo informazioni adeguate alle situazioni di bisogno presentate e avviando una presa in carico unitaria e complessiva.

b) Contesto (motivazioni del progetto, ambito di intervento, criticità da superare, valenza sanitaria dei risultati ottenibili)

Con l'avvio del servizio sanitario nazionale e la costituzione delle Unità sanitarie locali, la Regione del Veneto ha confermato la scelta di politica sociale orientata all'integrazione, assegnando anche funzioni sociali ai nuovi organismi, che sono stati denominati Unità locali socio sanitarie (ULSS, LR 55/1982), e valorizzando il ruolo dei Comuni nella programmazione sociale e sanitaria locale.

Tale scelta è andata consolidandosi in tutti i successivi passaggi di riforma normativa ed istituzionale, sia sul versante sanitario (D.Lgs. 229/1999) che sociale (L.328/00), ed è andata anzi a precisarsi e a meglio strutturarsi nel tempo attraverso una serie di scelte di carattere programmatico ed operativo, in particolare con la definizione di strumenti di pianificazione sociosanitaria integrata fra comuni e aziende Ulss (LR 5/96), con la definizione degli ambiti e dei processi di valutazione multidimensionale e multi professionale del bisogno assistenziale (DGR 2034/94 e DGR 561/98), la messa a punto della SVAMA quale strumento di valutazione multidimensionale nel settore degli anziani e ha disciplinato l'utilizzo della UVMD (DGR 3979/99 e 4588/07). Tali scelte sono andate nella direzione di un progressivo rafforzamento dei Distretti Socio Sanitari, quali punti di accesso dei cittadini alla rete dei servizi sanitari e socio sanitari (DGR 3242/01) Nell'ambito della non autosufficienza assumono particolare rilevanza le delibere di Giunta regionale 2359/04 e 39/06 con le quali il Veneto ha delineato il quadro programmatico e gestionale attraverso cui i comuni, le aziende Ulss e la stessa Regione perseguono l'obiettivo di promuovere e tutelare la qualità della vita dei cittadini a rischio di esclusione dal loro contesto familiare, attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete composita ed organizzativamente ordinata di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e delle famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone fragili. In particolare con la deliberazione n. 39/06, la Giunta Regionale ha approvato le disposizioni applicative per la realizzazione in ogni territorio di ULSS dei "Piani locali per la domiciliarità" per il triennio

2007 – 2009. Il Piano locale per la domiciliarità (PLD) è uno strumento con il quale gli attori locali: comuni, azienda Ulss e privato sociale definiscono il quadro di integrazione e sviluppo dei servizi e dei progetti finalizzati a rendere il mantenimento della persona non autosufficiente in famiglia meno difficile, più conveniente e più soddisfacente sotto il profilo delle condizioni di salute, ma anche delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali. Il PLD definisce il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità; individua i processi unitari per la valutazione, la presa in carico, il sostegno e l'accompagnamento della persona fragile e della sua famiglia.

L'insieme delle politiche di sostegno alla domiciliarità si caratterizza in Veneto nell'offerta ai cittadini di tre aree di intervento:

1. interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia: assistenza domiciliare sociale (31.697 persone nel 2006), sanitaria (comprensiva della fornitura di protesi e ausili), e integrata socio-sanitaria (ADI - 15.179 persone nel 2006), telesoccorso e telecontrollo (26.927 utenti nel 2008), interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;
2. interventi di sostegno economico: assegni di cura e contributi economici alle famiglie, differenziati a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica (nel 2008 sono stati beneficiari di assegni di cura 24.085 persone, di cui 3.075 con Alzheimer, e sono stati finanziati circa 2.500 progetti di vita indipendente);
3. interventi di sollievo alla famiglia: centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici, etc., per persone in situazione di dipendenza assistenziale (nel 2006 sono stati 5.084 i progetti di sollievo, 3.602 indirizzati a famiglie con anziani e 1.482 a famiglie con disabili).

All'interno di un quadro ampio di programmazione teso a riordinare in termini organici e coerenti l'insieme degli interventi rivolti alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia, la DGR 39/06 prevedeva l'individuazione nel territorio di ogni distretto socio-sanitario di un punto di accesso unitario, quale sportello informativo e, al contempo, porta di accesso integrata al complesso delle prestazioni e dei servizi afferenti al sistema della domiciliarità.

Le funzioni previste per lo sportello integrato erano:

- fornire informazioni, aggiornate in tempo reale e disponibili on line per l'operatore, relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema della domiciliarità esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi e, se del caso, inoltrarle ai servizi competenti;
- effettuare una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e i servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- inviare a servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate, che possono necessitare di una successiva valutazione e presa in carico integrata;

Lo Sportello Integrato doveva costituire pertanto il primo servizio a disposizione dei cittadini, finalizzato a favorire pari opportunità di accesso alle informazioni e ai servizi da parte di quanti ne hanno bisogno/diritto, a ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati che lo stesso cittadino effettua presso servizi ed enti diversi, a favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi, a semplificare le procedure burocratiche a carico del cittadino.

Nei primi due anni di avvio dei Piani Locali della Domiciliarità si sono quindi avviate diverse iniziative nella direzione di costituire gli sportelli integrati in tutti gli ambiti regionali con gli obiettivi e nella direzione sopra descritta. Il monitoraggio dei PLD fin qui realizzato ha fatto però emergere una realtà molto differenziata. In alcuni contesti la sperimentazione si è spinta molto in avanti ad esempio dal punto di vista della semplificazione delle procedure di presa in carico, o dal punto di vista della dotazione di strumenti informativi informatizzati in grado di mettere in rete i diversi soggetti del sistema di offerta dei servizi. La dimensione di ambito Ulss nella quale si sono sviluppati i PLD e quindi le esperienze di Sportello Integrato, radicate ognuna in una realtà peculiare, rappresenta un limite in un'ottica di ulteriore sviluppo dell'esperienza. Si tratta ora, confermando le linee generali indicate con la DGR 39/06:

1. di arrivare a definire quali debbano essere i vincoli di carattere organizzativo, procedurale, strutturale dello Sportello Integrato e quindi del Punto Unico di Accesso quale parte di “front office” dello stesso, tenendo presente che lo sportello integrato si configura con una struttura organizzativa a se stante, ma che in se racchiude una filosofia di lavoro: quella dell’integrazione fra servizi, enti e professionalità sociali e sanitarie e dell’utilizzo di strumenti di valutazione e monitoraggio caratterizzati da una gestione del progetto individualizzato in termini multi professionali e multidimensionali e da una presa in carico unitaria;
2. di recepire nella programmazione territoriale le indicazioni e le linee guida che verranno costruite
3. di implementare il modello di Sportello Integrato e il PUA in ogni ambito territoriale
4. di promuovere presso la cittadinanza il PUA con un’immagine coordinata, chiara e univoca.

a partire da una attenta valutazione e valorizzazione delle esperienze in atto, estendendo l’ambito di attenzione dalla domiciliarità a quello più ampio della non autosufficienza.

c) Obiettivi e risultati attesi

Ci si attende il recepimento delle costituenti Linee di Indirizzo all’interno dei PLD e dei Piani di Zona. Ogni ambito territoriale dovrà farsi carico nella propria programmazione locale dei percorsi di recepimento in sincronia con i tempi individuati dalla programmazione regionale;

Le linee di indirizzo dovranno contenere i presupposti per la costituzione dello SI in ogni ambito territoriale (e il cronogramma di attuazione):

1. culturali /operativi: la definizione del ruolo dei diversi attori e in particolare del distretto;
2. organizzativi: le attività di formazione, numero degli operatori con tempo definito e dedicato alle attività di sportello, i requisiti di capacità e professionalità; numero e caratteristiche degli operatori dedicati alle attività di back office;
3. procedurali, definizione delle attività di rete, delle attività di supporto allo sportello, delle attività di sportello;
4. qualitativi definizione dell’offerta dello sportello integrato e del PUA (informazione, orientamento, accompagnamento all’accesso ai servizi, avvio della presa in carico, accesso alla UVMD, ...), definizione del compito informativo (requisiti di adeguatezza, completezza, unitarietà), definizione della qualità attesa.
5. strutturali: spazi, accessibilità, dotazione tecnica, requisiti di efficienza e efficacia del sistema informativo (della banca dati risorse, ev. data warehouse aziendale, cartella informatizzata), visibilità (tipo e qualità dell’informazione della popolazione, immagine comune, linguaggio condiviso).

Entro ottobre 2009 dovrà essere attivo lo Sportello Integrato, organizzato con una parte di front office, definito “Punto Unico di Accesso”, e una parte di back office; nelle linee di indirizzo sarà indicato il cronogramma per il recepimento completo di tutte le indicazioni (non oltre il dicembre 2010).

Ciò significa che ogni ambito territoriale Ulss deve individuare gli spazi presso i quali verranno collocati il PUA o i PUA e la sede dello Sportello Integrato. Essi dovranno essere chiaramente identificati e identificabili; gli operatori che vi dovranno operare scelti in base alle funzioni individuate e alle competenze richieste, per un monte ore dedicato definito in relazione agli standard operativi di apertura dello sportello individuati nelle linee di indirizzo che verranno formalizzate (e comunque non inferiore alle 20 ore settimanali, con possibilità di accesso anche in orari accessibili alle persone lavoratrici).

Il PUA dovrà diventare gradatamente per il cittadino il punto di riferimento naturale per l’accesso al sistema dei servizi sociali e socio-sanitari del territorio, in particolare quelli legati alla domiciliarità.

d) Azioni/interventi

1. Analisi esperienze di sportello integrato esistenti nel territorio regionale
2. Approvazione linee di indirizzo per lo sviluppo dello Sportello Integrato nei 21 ambiti Ulss in cui è suddivisa la Regione del Veneto
3. Presentazione linee di indirizzo in ogni ambito locale
4. Attività formative rivolte a tutti gli operatori impegnati negli Sportelli
5. Recepimento linee di indirizzo in ogni ambito secondo i tempi definiti
6. Implementazione criteri organizzativi, operativi e strutturali
7. Attività di monitoraggio (osservatorio)
8. Attività di accompagnamento all'implementazione
9. Realizzazione strumenti di supporto (osservatorio)
10. Diffusione strumenti di supporto
11. Attività di pubblicizzazione dello Sportello Integrato presso la popolazione

e) Indicatori

1. atti formali di recepimento in ogni ambito territoriale
2. numero di operatori e numero degli enti di appartenenza che partecipano alle attività di diffusione, formazione e monitoraggio
3. numero di cittadini e di operatori che si rivolgono allo sportello integrato (mensile) per tipo di richiesta
4. percentuale di cittadini in accesso ai servizi sociali e socio-sanitari offerti per la non autosufficienza che passano per lo Sportello Integrato (PUA)
5. numero di operatori che partecipano alle attività di rete dello Sportello Integrato e numero di enti coinvolti
6. soddisfazione dei cittadini e degli operatori che si rivolgono allo Sportello Integrato
7. per alcune richieste, percentuale degli esiti positivi (accesso ai servizi, prese incarico...)

f) Soggetti coinvolti

Sono coinvolti le direzioni sociali e sanitarie delle aziende Ulss, responsabili DS, responsabili dipartimenti cure primarie, MMG, gli operatori di base (OSS, assistenti sanitarie), assistenti sociali; i comuni e in particolare gli operatori del Servizio Sociale di base; gli enti e i servizi pubblici e del privato sociale che si occupano di non autosufficienza, che gestiscono centri di servizio accreditati rivolti sia al sistema della domiciliarità che a quello della residenzialità.

Per la definizione di alcuni strumenti operativi e per il monitoraggio viene coinvolto anche l'Osservatorio Regionale sulla Condizione Della Persona Anziana e Disabile

g) Strategie di comunicazione del progetto nei confronti dei cittadini e degli operatori

Operatori: canali di comunicazione istituzionale e coinvolgimento attivo nelle attività di presentazione del progetto (incontri, supportati dalla pubblicazione e della diffusione della linee di indirizzo), di formazione e monitoraggio.

Cittadini: campagna di pubblicizzazione attraverso i mass media, pubblicazione e diffusione presso tutti i punti sensibili (ambulatori, servizi comunali e servizi sanitari, centri servizio, associazioni, centri diurni e residenziali, ecc) di depliant e locandine che spiegano cosa sia il PUA e lo SI, dove è collocato e come accedervi. Utilizzo di un'immagine coordinata

h) Tempi di attuazione

Le azioni progettuali si svilupperanno nell'arco di 12 mesi, con il seguente cronogramma

	Gen -mar 2009	Apr - giu 2009	Lug - sett 2009	Ott - dic 2009	Gen - mar 2010	Apr - giu 2010	Lug - sett 2010	Ott - dic 2010
1. Analisi esperienze	■							
2. Approvazione linee di indirizzo		■						
3. Presentazione linee di indirizzo			■	■				
4. Attività formative				■	■	■	■	■
5. Recepimento linee di indirizzo				■				
6. Implementazione criteri organizzativi, operativi e strutturali				■	■	■	■	■
7. Attività di monitoraggio (osservatorio)				■	■	■	■	■
8. Attività di accompagnamento all'implementazione				■	■	■	■	■
9. Realizzazione strumenti di supporto (osservatorio)			■	■				
10. Diffusione strumenti di supporto				■	■	■	■	■
11. Attività di pubblicizzazione dello Sportello Integrato presso la popolazione				■	■	■	■	■