

TAVOLO DI LAVORO SULLA RIFORMA DEL WELFARE ANZIANI

Spazio Argento

Partecipanti al tavolo:

Coordinamento da parte del Dirigente generale del Dipartimento salute e solidarietà sociale

- UPIPA,
- CAL
- responsabili servizi sociali CdV
- APSS
- Consolida
- OOSS
- Consulta per la salute
- IPASVI
- Ordine dei Medici
- Coordinamento circoli anziani e pensionati
- ACLI

Incontri: 6 aprile, 15 maggio, 30 maggio, e 6 e 31 luglio 2017

Contributi:

- OOSS CGIL-CISL-UIL
- Responsabili servizi sociali CdV
- Assessora Politiche sociale CdV Giudicarie
- ACLI Trentine – FAP ACLI (in collaborazione con la Pastorale Anziani e il Coordinamento dei Circoli Anziani)
- UPIPA
- Consulta Salute
- Associazione Nazionale Educatori professionali

INDICE

CAPITOLI INTRODUTTIVI (perché la riforma, contesto, metodologia di lavoro,...v. materiale Bocconi)

CAP. 1. AGENZIA PER GLI ANZIANI - SPAZIO ARGENTO

1.1 Definizione

1.2 Funzioni e compiti

- Dall'ascolto alla presa in carico dell'anziano e della sua famiglia
- Raccolta dei bisogni del territorio
- Mappatura delle risorse
- Costruzione della rete
- Azione proattiva
- Rapporto con le assistenti familiari (badanti)
- Attività di promozione
- Attività prevenzione
- Promozione dell'innovazione
- Raccordo rispetto alle altre aree di utenza (disabilità, minori, ...)

1.3 Strategie operative

- Massima accessibilità e vicinanza
- Continuità della presa in carico
- Valorizzazione della Cooperazione sociale
- Mix servizi pubblici e privati
- Valorizzazione delle risorse out of pocket
- Valorizzazione del volontariato e delle reti informali
- Forte lavoro di equipe
- Sistema informativo integrato
- Monitoraggio continuo

CAP. 2 ATTIVITA' DI CONTATTO DIRETTO CON LA PERSONA ANZIANA E LA SUA FAMIGLIA

2.1 Le tipologie di richiesta

1. Informazione
2. Supporto nelle procedure di attivazione di servizi/interventi di competenza di altri enti pubblici
3. Attivazione servizi/interventi a bassa intensità assistenziale
4. Presa in carico nel caso di situazioni a media o alta intensità assistenziale

2.2 La Presa in carico della persona anziana e della sua famiglia

- 2.2.1 Valutazione sociale o sociosanitaria in equipe
- 2.2.2 Valutazione UVM anziani

2.3 Il Progetto assistenziale individualizzato

CAP. 3 RISORSE UMANE E PROFESSIONALI

CAP. 4 IL FINANZIAMENTO

4.1 Il finanziamento pubblico

4.2 Le risorse della persona anziana e della sua famiglia

4.3 Le risorse del territorio

CAP. 5 ASSETTO ISTITUZIONALE

5.1 Pianificazione e programmazione delle politiche per gli anziani

5.2 Comitato di direzione di SA

5.3 Rapporto SA/APSS

5.4 Rapporto SA/APSP

CAP. 1. AGENZIA PER GLI ANZIANI - SPAZIO ARGENTO

1.1 DEFINIZIONE

E' il soggetto locale specializzato nel settore welfare anziani che, superando la logica prestazionale, ha l'obiettivo di favorire la qualità di vita dell'anziano e della sua famiglia qualificando la presa in carico pubblica dei bisogni e l'offerta di servizi ai cittadini anche in un'ottica di prevenzione e invecchiamento attivo.

E' il front office di tutte le esigenze degli anziani e dei loro caregiver garantendo ascolto, informazioni, orientamento, presa in carico e monitoraggio per favorire la qualità di vita dell'anziano e della sua famiglia.

Svolge una funzione di governo integrata del sistema degli interventi, garantendo delle risposte unitarie e integrate ai bisogni degli anziani e dei caregiver, evitando frammentazioni e sovrapposizioni di interventi e garantendo la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei servizi e per i passaggi tra setting assistenziali diversi soprattutto in fase di dimissioni ospedaliere.

Ha la gestione di un budget unitario che ingloba le risorse oggi destinate all'assistenza socio-assistenziale e socio-sanitaria, di cui si assume la responsabilità piena, con la prospettiva di prendere in carico anche aree di tipo sanitario che si integrano con le aree sociali.

1.2. FUNZIONI E COMPITI

Dall'ascolto alla presa in carico dell'anziano e della sua famiglia

Svolge un'attività di ascolto, informazione e orientamento al cittadino ed è il soggetto che prende in carico la persona anziana e la sua famiglia e ne diventa il punto di riferimento.

Raccolta dei bisogni del territorio

Ha il compito di raccogliere, sistematizzare e analizzare i bisogni del territorio in sinergia con i soggetti significativi del territorio (APSP, APSS, terzo settore, associazioni, circoli, parrocchie, singoli cittadini).

Mappatura delle risorse

Ha il compito di mappare le risorse territoriali al fine di costruire la rete anche di termini di contatti con i soggetti significativi della comunità.

Costruzione della rete

Sviluppa e cura le collaborazioni al fine di costruire una rete con i soggetti formali ed informali del territorio (APSP, APSS, terzo settore, associazioni, circoli, parrocchie, scuole, singoli cittadini, ...) anche allo scopo di progettare interventi preventivi e/o inclusivi a favore dell'anziano.

Valorizza il capitale sociale rappresentato dagli anziani in salute.

Sostiene la costruzione di reti familiari e di vicinato cercando di favorire la solidarietà intergenerazionale.

Azione proattiva

Intercetta precocemente gli utenti in modo proattivo tramite attività di welfare di iniziativa prima che si verifichino le condizioni che portano alla non autosufficienza, di fatto ritardandone l'insorgenza (es. "Progetto anziano fragile" APSS o altre iniziative dei comuni/Cdv).

Sviluppa quindi le competenze per "andare incontro" alle persone, contattarle e conoscerle in via preventiva.

L'azione proattiva può anche essere realizzata individuando spazi e luoghi già presenti sul territorio e attrattivi della popolazione anziana o adatti ad accoglierla, per valorizzarli come nodi di una rete di accesso semplice ai servizi, qualificando e mettendo in rete la loro capacità di accoglienza e risposta.

Rapporto con le assistenti familiari (badanti)

Ha il compito di gestire l'albo locale delle assistenti familiari, provvede alla loro formazione/aggiornamento e fornisce loro eventuale supporto/consulenza nella gestione della persona anziana.

Attività di promozione

Svolge un'attività informativa, di sensibilizzazione e coinvolgimento su tutto il territorio rispetto all'attività svolta anche fornendo strumenti di orientamento e puntuale informazione a tutto il territorio sui servizi disponibili

Attività prevenzione

Promuove la "cultura" dell'attività fisica e della socializzazione facendo leva anche su interessi culturali, artistici e turistici (invecchiamento attivo).

Valorizza l'esperienze di vita e di lavoro maturate dagli anziani, le loro capacità e interessi promuovendo la solidarietà intergenerazionale.

Sviluppa attività volte a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane.

Promozione dell'innovazione

Promuove forme di risposta innovative anche "leggere" e flessibili tenuto conto dei bisogni espressi dall'anziano e della sua famiglia.

Attiva canali ed esperienze di co-progettazione di nuovi servizi tra sistema pubblico e privato-sociale.

Raccordo rispetto alle altre aree di utenza (disabilità, minori, ...)

Individua strategie di collegamento e di raccordo con i soggetti coinvolti nei casi di presa in carico di famiglie multiproblematiche.

1.3. STRATEGIE OPERATIVE

Massima accessibilità e vicinanza

In stretta collaborazione con APSS e le APSP del territorio ~~la Cdv~~ sviluppa strategie organizzative specifiche per il singolo territorio che ne facilita l'accessibilità anche con formule modulari, flessibili e innovative (es. attività itinerante, numero verde) al fine di moltiplicare le occasioni e gli spazi di accesso semplice e vicino al luogo di vita delle persone.

Continuità della presa in carico

Mette in atto strategie per garantire la continuità nell'assistenza nelle situazioni, intervenendo anche nel momento delicato della dimissione ospedaliera o in situazioni di emergenza (es. assenza improvvisa del caregiver o dell'assistente familiare).

Può sperimentare una reperibilità H24, anche esternalizzando il servizio agli enti gestori di RSA.

Valorizzazione della Cooperazione sociale

Valorizza il ruolo della cooperazione sociale come soggetto esperto rispetto al mondo della domiciliarità e in grado anche di trovare e investire nuove risorse anche finanziarie nel sistema di welfare.

Mix servizi pubblici e privati

Fornisce i servizi agli anziani e alle loro famiglie anche avvalendosi del privato sociale no-profit in un equilibrato mix tra produzione pubblica dei servizi e gestione privata convenzionata. Questo porta a spazi di collaborazione innovativi che qualificano le attività, anche a partire da logiche di tipo generativo.

Valorizzazione delle risorse out of pocket

E' in grado di costruire insieme alla famiglia il piano assistenziale che integra le risorse del pubblico con quelle della famiglia (in termini di risorsa umana ed economica)

Valorizzazione del volontariato e delle reti informali

Coinvolge attivamente le associazioni di volontariato o singoli cittadini del territorio nella consapevolezza che essi possano contribuire sensibilmente ad integrare il lavoro dei professionisti. Adotta strategie per attrarre nuovi volontari e qualificarne l'attività.

Forte lavoro di equipe

Opera attraverso un forte lavoro in equipe. In questi momenti si analizza il lavoro svolto dai professionisti e si raccolgono informazioni e dati sui fenomeni emergenti e le priorità del territorio anche coinvolgendo i soggetti della rete.

Sistema informativo integrato

Possiede un sistema informativo in grado di rendere accessibile le informazione ai cittadini (sito dedicato) in modo semplice ed esaustivo e gestisce tutta la sua attività su supporto digitale.

Per la raccolta delle informazioni e per l'assunzione delle decisioni utilizza strumenti semplici, omogenei standardizzati, validati.

Deve poter accedere alle banche dati disponibili sia sociali che sanitarie per poter utilizzare le informazioni contenute e implementarle con le attività fornite (anche tracciando la semplice richiesta di informazioni).

Monitoraggio continuo

Monitora in maniera sistematica, attraverso l'uso di indicatori standardizzati, le situazioni dei soggetti che si sono rivolti allo Spazio argento.

CAP. 2 ATTIVITA' DI CONTATTO DIRETTO CON LA PERSONA ANZIANA E LA SUA FAMIGLIA

L'attività principale dello SA si esplica nel rapporto diretto con l'anziano e la sua famiglia (attività di ascolto, informazione e presa in carico).

Questa attività è a favore delle persone residenti in Trentino di 65 anni e oltre e delle loro famiglie.

Si può accedere direttamente oppure prenotare un appuntamento (telefono, e-mail, sito e/o social network). Con la prenotazione si esprime un primo consenso al trattamento dei dati. E' prevista l'istituzione di un numero verde h24.

Spazio Argento raccoglie anche segnalazioni di situazioni fragili da parte dei soggetti della rete, in modo particolare, dall'UO Cure primarie dell'ambito territoriale sanitario di riferimento, dal MMG e dalle APSP.

Nello specifico, l'MMG contatta SA quando rileva:

- solitudine con necessità di attivazione della rete informale
- indigenze e/o condizioni ambientali degradate che richiedono una valutazione sociale
- necessità di attivazione UVM.

e SA informa/aggiorna MMG rispetto agli interventi sui suoi pazienti ed eventuali intercettazioni precoci di anziani fragili.

2.1 TIPOLOGIE DI RICHIESTA

Le tipologie di richieste possono essere le seguenti:

1. Informazioni
2. supporto nelle procedure di attivazione di servizi/interventi di competenza di altri enti pubblici
3. attivazioni di servizi/interventi a bassa intensità assistenziale
4. presa in carico nel caso di situazioni a media o alta intensità assistenziale

E' necessaria una fase di filtro rispetto alle richieste/bisogni dell'anziano/famiglia (ascolto e orientamento) intercettando non solo il "bisogno" espresso ma anche quella non espresso e latente.

Tutta l'attività svolta di contatto con il cittadino è oggetto di reportistica annuale.

1. Informazione

Fornisce informazioni con materiale informativo cartaceo e/o elettronico incluse le attività organizzate dai soggetti della rete:

- sui servizi attivabili sia pubblici che privati (incluse ad es. informazioni sull'amministratore di sostegno, sull'assunzione assistenti familiari ...)
- sulle risorse del territorio come associazioni, circoli, università della terza età, ecc
- sulle iniziative di prevenzione e promozione
- su corsi di formazione per care giver, assistenti familiari
- ...

2. Supporto nelle procedure di attivazione di servizi/interventi di competenza di altri enti pubblici

Ad esempio:

- domande per invalidità civile/Legge 104
- interventi relativi all'abitare (locazione alloggio pubblico, e domanda risanamento alloggi)

3. Attivazione servizi/ interventi a bassa intensità assistenziale

Sono servizi che non richiedono la definizione di un piano assistenziale e alcuni di questi possono essere svolti anche da associazione di volontariato. Tra questi rientrano anche quelli a totale carico economico del cittadino (non inclusi nei livelli essenziali).

Es.

- pasti in struttura
- servizio lavanderia
- telesoccorso
- servizi di cura e igiene nei centri servizi (bagno, parrucchiere e podologo)
- centri servizi per attività culturali e sportive
- soggiorni climatici
- strumenti di domotica a domicilio
- integrazione/sostentamento reddito (pacchi viveri)
- accompagnamento per questioni pratiche (banche, posta, spesa,...) o attività di socializzazione
- farmaci a domicilio

L'anziano e la sua famiglia che hanno ricevuto un servizio/intervento viene monitorato (contatto telefonico) a scadenze predefinite (bimestrale, trimestrale).

4. Presa in carico nel caso di situazioni a media o alta intensità assistenziale

Quando la situazione richiede un esame più approfondito viene attivata una presa in carico.

2.2 LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ANZIANA E DELLA SUA FAMIGLIA

2.2.1 valutazione sociale o sociosanitaria in equipe SA

Rientrano i casi che non presentano bisogni sociosanitari complessi come ad esempio l'anziano solo parzialmente autosufficiente o l'anziano con incapacità a svolgere normali attività in autonomia.

Nei casi di realtà familiari multiproblematiche vanno attivati tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza del nucleo.

L'equipe multiprofessionale di SA è composta da:

- assistente sociale
- infermiere
- educatore di comunità
- operatore socio sanitario (al bisogno)

La composizione dell'equipe può variare a seconda della prevalenza del bisogno.

2.2.2 Valutazione UVM anziani

Nei casi in cui l'equipe multi professionale valuta la presenza di bisogni sociosanitari complessi attiva l'UVM dell'ambito territoriale sanitario di competenza per la valutazione rispetto alla stabilità delle condizioni cliniche, delle autonomie funzionali, del potenziale residuo, delle capacità del con-

testo familiare, delle aspettative della persona e della famiglia. L'UVM rimane uno strumento di APSS per garantire la terzietà e l'equità nella valutazione secondo criteri omogenei su tutti i territori. L'UVM produrrà un verbale nel quale vengono individuate anche le aree di bisogno da presidiare e gli obiettivi di cura e di assistenza e lo trasmette a SA che provvede alla predisposizione del PAI. L'UVM identifica anche i casi più gravi e le situazioni per le quali non sia più possibile l'assistenza a domicilio e quindi ci sia la necessità di un inserimento in RSA, con individuazione della tipologia di posto letto. In quest'ultimo caso nel verbale viene indicato il punteggio per l'inserimento nella lista di attesa che verrà gestita da spazio argento. Spazio argento ha la visibilità sulle disponibilità di posti RSA su tutto il territorio provinciale per gestire eventuali inserimenti in RSA extra CdV. L'attivazione di un eventuale piano di ADI rimane di competenza APSS.

L'UVM nel verbale indica i tempi di revisione (follow up) della valutazione. La revisione può anche essere richiesta dal case manager.

L'UVM anziani è composta da:

- medico responsabile dell'Unità Operativa Cure Primarie del ambito territoriale di riferimento o suo delegato, con funzioni di coordinamento;
- assistente sociale di SA;
- coordinatore del servizio infermieristico territoriale o suo delegato
- medico specialista nell'area anziani (al bisogno)
- medico di medicina generale della persona da valutare
- familiari per condividere e confrontare la situazione e per rappresentare in modo autorevole le reali possibilità e opportunità per la persona

Per la valutazione l'UVM utilizza la Scheda SVM (già in uso) e il "Quadro sinottico criteri e priorità accoglienza in RSA".

L'UVM può essere attivata anche direttamente dall'Unità Operativa dell'Ospedale nel caso in cui la persona da valutare sia ricoverata in ospedale. In questi casi il responsabile dell'Unità Operativa dell'ospedale programmerà, d'intesa con SA e con il responsabile dell'Unità Operativa Cure primarie i tempi e i modi delle sue dimissioni.

2.3 IL PROGETTO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Il progetto/piano assistenziale è elaborato da SA, insieme alla persona anziana e alla sua famiglia tenuto conto delle aree di bisogno da presidiare e degli obiettivi di cura e di assistenza.

Vanno considerate tutte le risorse a disposizione:

- della persona (risorse economiche, familiari, assistenti familiari, abitative, amicali ...)
- del pubblico (servizi/prestazioni/benefici economici)
- del terzo settore (servizi/prestazioni)
- del territorio (associazioni, volontariato, reti informali, parrocchie, organi politici...)

Il piano permette di effettuare una programmazione delle attività assistenziali più efficace e tarata sui bisogni della famiglia e di responsabilizzare le risorse attivate sull'esito finale dell'attività di cura. Sono definiti gli indicatori di processo o di esito per la verifica del PAI.

All'atto della predisposizione del PAI viene individuato il case manager, punto di riferimento per la persona e per la famiglia, cui spetteranno i seguenti compiti:

- coordinare gli interventi previsti dal PAI durante tutto il periodo della presa in carico;

- monitorare l'effettiva realizzazione secondo i tempi e i modi previsti;
- valutare la qualità e l'efficacia degli interventi rispetto ai bisogni/attese della persona e della famiglia;
- segnalare eventuali evoluzioni dei bisogni che impongano una rivalutazione del progetto;
- richiede, se necessario, una revisione della valutazione UVM.

Il case manager viene individuato fra le professionalità presenti (assistente sociale, infermiere, educatore) a seconda della prevalenza del bisogno.

Nei casi valutati dall'UVM dove si prevede l'inserimento in RSA il PAI dovrà indicare i servizi di supporto in attesa del collocamento in struttura.

Tra i servizi individuati nel PAI, oltre all'assistenza fornita direttamente dalla famiglia e agli interventi già indicati per la tipologia 3 (servizi/interventi a bassa intensità assistenziale), possono rientrare:

- RSA
- sollievo in RSA
- alloggi protetti per anziani,
- nuove forme di coabitazione/convivenze
- Centri diurni anziani
- SAD
- Pasti a domicilio
- assistenti familiari
- prestazioni socio sanitarie a domicilio
- supporto psicologico per i care giver
- ...

Tra i servizi/prestazioni indicate nel PAI rientrano anche quelli a totale carico economico del cittadino (non inclusi nei livelli essenziali).

Il PAI terrà conto dell'eventuale attivazione di un piano ADI. SA è a conoscenza dei contenuti del piano ADI.

Il PAI deve essere sostenibile sia per quanto riguarda il carico assistenziale richiesto alla famiglia che da un punto di vista economico.

E' quindi importante che in fase di stesura del PAI siano conosciute le disponibilità economiche dell'anziano e della sua famiglia (incluso l'indennità di accompagnamento, l'assegno di cura, o altri benefici economici) anche per stimare il costo complessivo del PAI a carico della famiglia.

CAP. 3 LE RISORSE UMANE E PROFESSIONALI

Le risorse umane e professionali di SA sono di seguito elencate:

Il responsabile dell'attività dello Spazio Argento

E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati a SA dalla CdV in esecuzione delle direttive provinciali.

Mantiene le relazioni istituzionali.

Gestisce le risorse umane.

Particolare attenzione dovrà essere posta per l'individuazione del responsabile di SA che potrebbe provenire anche dall'organico di altri enti pubblici fra i quali le APSP.

Per la sua selezione potrebbe essere attivata una procedura corso - concorso.

Assistente sociale

Fa parte dell'equipe valutativa e svolge un'attività di prima valutazione per decidere il percorso valutativo più appropriato.

Fa parte dell'UVM ed è il raccordo tra l'UVM e Spazio argento (attivazione e revisione).

Collabora con i servizi sociali della CdV o APSS nei casi di presa in carico di famiglie multiproblematiche.

Collabora con l'educatore per promuovere il lavoro di comunità.

Può svolgere attività di case manager.

Infermiere

E' l'infermiere dell'ambito territoriale sanitario di competenza che raccorda l'attività di SA con l'ambito sanitario.

Fa parte dell'equipe valutativa di SA e garantisce la sua presenza in SA ad orari concordati.

Collabora nelle attività di prevenzione e nelle iniziative formative/informative organizzate da SA.

E' il case manager nei casi di presa in carico con alta complessità assistenziale e opera in stretta collaborazione con il medico di medicina generale.

Educatore professionali:

Figura centrale per lo sviluppo del lavoro di comunità, della promozione sociale e della cittadinanza attiva, della valorizzazione del volontariato e del potenziamento della rete informale.

Favorisce il dialogo tra soggetti strutturati e informali della rete che a più livelli si occupano di sostegno alla domiciliarità, invecchiamento attivo, promozione sociale, empowerment delle persone e della comunità.

Promuove percorsi di formazione, sensibilizzazione a favore dei caregiver.

Fa parte dell'equipe valutativa e può svolgere le funzioni di case manager.

Operatore socio sanitario:

Oltre alle normali mansioni previste per la figura professionale, supporta l'attività dell'educatore professionale nel lavoro di rete.

Al bisogno può far parte dell'equipe valutativa. Può essere una figura anche con una diversa qualifica (es. animatore sociale).

Personale amministrativo

- funzioni di segreteria
- funzioni di supporto amministrativo all'attività

Al fabbisogno delle figure professionali SA fa fronte con personale proprio della CdV, con personale di APSS e APSP distaccato funzionalmente.

Saranno necessari percorsi formativi specifici per imparare a lavorare in maniera integrata condividendo strumenti, linguaggi, competenze.

Andrà rafforzata la capacità di entrare in relazione con l'anziano e la famiglia (es. per la lettura bisogni non espressi e latenti) e con tutti i soggetti della rete.

Si dovrà investire anche nella competenza valutativa integrata.

CAP. 4 IL FINANZIAMENTO

Spazio Argento, che lavorerà per una presa in carico più ampia dei bisogni della popolazione, utilizzerà in maniera sinergica risorse pubbliche e private.

4.1 FINANZIAMENTO PUBBLICO

SA gestirà le risorse finanziarie pubbliche destinate all'assistenza sociosanitaria e socio assistenziale per gli anziani, trasferite dalla Provincia alla CdV. Il budget assegnato è individuato con direttiva provinciale.

All'interno del bilancio della CdV vengono individuati dei capitoli specifici (e vincolati) per l'attività di SA.

Inizialmente si terrà conto del finanziamento storico, ma progressivamente si tenderà ad una assegnazione in base al numero di anziani (75 anni e più) e ad altri indicatori in grado di leggere il contesto del territorio (es. n. anziani soli, assenza di rete,...).

Per la presa in carico, nella costruzione del PAI, si terrà conto delle risorse pubbliche gestite dalle famiglie (indennità di accompagnamento e assegno di cura).

Sarà definita una % di finanziamento destinato all'attività di prevenzione e innovazione dei servizi.

Potranno essere oggetto di finanziamento integrativo iniziative innovative in grado di intercettare un bisogno scoperto e che si distinguono per la capacità di fare rete fra più soggetti (incluso il volontariato).

4.2 RISORSE DELLA PERSONA ANZIANA E DELLA SUA FAMIGLIA

Il PAI conterrà una programmazione di interventi a copertura del bisogno complessivo di assistenza dell'anziano e della sua famiglia inclusa anche l'attivazione condivisa di risposte private (es. assistente familiare) tenendo conto delle risorse economiche della persona anziana e della sua famiglia.

4.3 RISORSE DEL TERRITORIO

Il lavoro di rete e di sensibilizzazione potrà anche attirare nuove risorse economiche (attività di fundraising).

CAP. 5 L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Condiviso il presente documento, il Tavolo prende atto della seguente proposta dell'Assessorato per quanto riguarda l'assetto istituzionale.

SA è una funzione della Comunità di Valle che può essere esercitata anche in forma associata nei territori più piccoli e ha personale dedicato a questa funzione.

Svolge la sua attività garantendo il rispetto del principio di "prossimità" mediante l'attivazione di spazi distribuiti sul suo territorio anche avvalendosi a titolo gratuito di locali di APSS, di APSP e di altri enti pubblici e privati.

5.1 PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE DELLE POLITICHE PER GLI ANZIANI

La PAT con direttive stabilisce le linee di indirizzo e gli obiettivi generali a medio lungo termine da assegnare alle CdV che riguardano le politiche per gli anziani, previa intesa con il Consiglio delle Autonomie Locali, anche individuando al proprio interno un ufficio provinciale con la funzione di coordinare le politiche per gli anziani a livello provinciale.

Nelle direttive la PAT individua gli indicatori da utilizzare per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi generali da parte delle CdV. Annualmente le CdV rendiconta alla PAT l'attività svolta e il raggiungimento degli obiettivi generali.

La PAT individua annualmente il budget da assegnare a ogni CdV.

La CdV definisce la pianificazione territoriale a medio lungo termine (stralcio del Piano sociale di comunità). Questo documento di pianificazione è elaborato in coerenza con le direttive provinciali.

La CdV sulla base della pianificazione territoriale e del budget assegnato definisce annualmente gli obiettivi di attività di SA, individuando specifici indicatori per il monitoraggio.

SA sulla base di questi obiettivi redige annualmente un programma di attività.

Annualmente ne rendiconta i risultati e redige una relazione anche per i portatori di interesse.

Iter per l'elaborazione della pianificazione territoriale a medio lungo termine

SA attiva il tavolo territoriale (art. 13 LP 13/2007) specifico per il tema anziani per raccogliere le istanze del territorio e per elaborare la proposta di pianificazione territoriale, successivamente trasmessa alla CdV per la sua approvazione.

Al tavolo territoriale specifico sul tema anziani, coordinato dal responsabile di SA, parteciperà una rappresentanza di tutti i soggetti appartenenti alla rete territoriale:

- APSS
- APSP
- MMG
- Cooperative sociali
- Circoli anziani
- ACLI
- Associazioni di volontariato

- parrocchie
- ...

5.2 COMITATO DI DIREZIONE DI SA

E' composto da:

- responsabile di SA
- responsabile dell'UO Cure primarie dell'ambito sanitario territoriale di riferimento
- 1 direttore di APSP rappresentante delle APSP del territorio

Funzioni:

- collabora con SA nella redazione della proposta di pianificazione territoriale in materia di politiche per gli anziani
- supporta SA nell'elaborazione del programma di attività annuale
- coadiuva il responsabile di SA nella conduzione delle attività

5.3 RAPPORTO SA/APSS

APSS è componente del Comitato di direzione di SA

Rimane in capo ad APSS l'emanazione di indicazioni di carattere sociosanitario ai gestori di RSA e di centri diurni e la vigilanza sulle strutture socio-sanitarie convenzionate (RSA e Centri diurni).

Mantiene un rapporto stretto con SA in tutte le attività che hanno una componente sanitaria.

Stipula accordi con la CdV per la messa a disposizione personale e locali per lo svolgimento delle attività di SA.

5.4 RAPPORTO SA/APSP

Le APSP sono componenti del Comitato di direzione di SA attraverso l'individuazione di un direttore quale loro rappresentante.

Stipula accordi con la CdV per la messa a disposizione personale e locali per lo svolgimento delle attività di SA.

.....

La CdV potrà decidere di delegare la gestione di SA a una APSP purchè sia rappresentativa dell'intero territorio (unica APSP di comunità).