

## CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA

per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria

### TRA

l'Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso - Laga e l'Azienda USL di Teramo

L'anno duemiladiciassette il giorno 13 (tredici) del mese di Dicembre in Montorio al Vomano presso la sede del Comune di Teramo, sono presenti il Sindaco di Montorio al Vomano, Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 24 "Gran Sasso - Laga" Dr. Giovanni Di Centa e per l'Ambito Distrettuale Sanitario Gran Sasso Laga il Direttore del C.A.S.T. dell'ASL di Teramo Dott. Valerio Filippo Profeta.

### PREMESSO CHE

- il Piano Sociale Regionale 2016-2018, approvato con deliberazione n. 70/4 del 9/8/2016, tra le diverse misure per l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, prevede anche il ricorso necessario allo strumento della convenzione tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL per la definizione concordata delle modalità organizzative e gestionali relative allo svolgimento delle funzioni di integrazione socio-sanitaria nel territorio dell'Ambito distrettuale sociale n. 24 "Gran Sasso - Laga" e dell'Ambito Distrettuale Sanitario Gran Sasso Laga;
- l'oggetto specifico della convenzione è stato approvato dalla Conferenza locale integrata socio-sanitaria (CLISS) in coerenza con le previsioni programmatiche del Piano sociale distrettuale e del Programma delle attività territoriali dei Distretti Sanitari di Teramo e Montorio al Vomano;
- che la convenzione stipulata costituisce allegato al Piano Sociale Distrettuale sociale e ne condiziona l'efficacia, costituendo uno dei presupposti per la positiva verifica di compatibilità con il Piano sociale regionale;

### TUTTO CIÒ PREMESSO

#### Art. 1

##### Oggetto

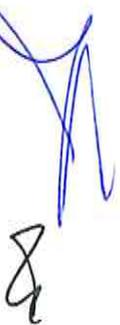
1. L'Ambito distrettuale sociale n. 24 – Gran Sasso - Laga, rappresentato dal Sindaco del Comune di Montorio al Vomano, Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 24 "Gran Sasso Laga" **Dr. Giovanni Di Centa** e l'Azienda USL di Teramo rappresentata dal **Dott. Valerio Filippo Profeta**, stipulano la presente Convenzione socio-sanitaria, in attuazione di quanto previsto dal Piano sociale regionale 2016-2018, allo scopo di disciplinare su base comune l'esercizio coordinato delle funzioni amministrative e la gestione in forma associata dei servizi e delle attività di integrazione socio-sanitaria.

2. La Convenzione disciplina, in particolare:

- a) le responsabilità di gestione delle materie oggetto della Convenzione;
- b) i processi di organizzazione e di partecipazione;
- c) il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
- d) le risorse finanziarie impiegate per l'attuazione delle attività programmate;
- e) l'esercizio delle funzioni di Organo comune della Convenzione da parte della Conferenza locale integrata socio-sanitaria (CLISS).

3. La Convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti concernenti le modalità organizzative e gestionali di esercizio dell'integrazione socio-sanitaria, riferito alle materie sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ex art. 3septies, commi 2 e 4 del D. Lgs. 502/1992 e, comunque, nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.

4. I servizi, le attività e gli interventi socio-sanitari oggetto della Convenzione sono specificati nell'allegato A, nel quale sono dettagliatamente descritti lo sviluppo delle attività



organizzative ed operative, il personale e le risorse strumentali, i costi relativi, il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato.

## **Art. 2** **Funzioni di gestione**

1. Le funzioni di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata è affidata all'Ufficio di Piano che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate.

2. Gli enti sottoscrittori adottano le soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare la piena funzionalità dell'Ufficio, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione.

3. La funzione di coordinamento operativo delle attività convenzionate è affidata al Responsabile dell'Ufficio di cui al comma 1, nominato dall'ente di appartenenza su proposta della CLISS.

4. Le modalità, i processi e gli strumenti della gestione associata ed integrata sono definiti dall'Ufficio di Piano di concerto con il Responsabile dell'Ambito Distrettuale Sanitario Gran Sasso Laga.

## **Art. 3** **Partecipazione**

1. Gli enti sottoscrittori promuovono la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali allo svolgimento delle attività oggetto della Convenzione, in attuazione delle disposizioni normative e programmatiche sia nazionali che regionali vigenti in materia, anche attraverso l'azione di informazione e comunicazione sociale sulle scelte adottate.

2. Al fine di promuovere la partecipazione l'ECAD assicura un costante flusso informativo e comunicativo (tramite albi pretori e news telematici, ed altre forme tradizionali comunicative), con un costante e stretto raccordo operativo con il Punto Unico di Accesso ed i servizi per l'accesso e l'informazione diffusi a livello territoriale, il Servizio di Segretariato Sociale in primis, oltre che l'organizzazione di processi partecipativi attivando appositi "tavoli tematici di lavoro pubblico-privato".

## **Art. 4** **Coordinamento interprofessionale**

1. Gli enti sottoscrittori provvedono ad assicurare l'integrazione ed il coordinamento interprofessionale in campo sociosanitario, finalizzati a realizzare gli obiettivi individuati dalla programmazione di settore, anche in relazione ai percorsi assistenziali specifici di ciascuna area di integrazione.

2. Attraverso il coordinamento interprofessionale, gli enti sottoscrittori promuovono in particolare la più ampia integrazione operativa dei percorsi assistenziali secondo i processi di:

- a) accesso al sistema;
- b) presa in carico;
- c) attivazione delle prestazioni assistenziali;
- d) verifica, monitoraggio e valutazione degli esiti.

3. A livello di servizi la suddetta integrazione dovrà mettere al centro la persona attraverso il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che dovrà essere progettato gestito e monitorato sia dagli operatori sociali che da quelli sanitari, consentendo la gestione coordinata dei servizi integrati e anche la partecipazione dell'utente e della sua famiglia. Ciò richiederà la disponibilità delle parti nella condivisione della documentazione e gestione informatizzata e,

pertanto, l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario unificato per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con bisogni socio-sanitari.

4. L'Ambito Distrettuale Sociale e l'ASL individuano i Referenti distrettuali con la funzione di coordinare le attività di competenza e di raccordarsi, al fine di garantire la collaborazione sinergica e l'integrazione tra le prestazioni socio sanitarie integrate e le prestazioni sociali nelle persone dei Responsabili tecnici del Servizio Sociale Professionale all'interno degli Enti nelle due Zone di gestione individuate dall'Ambito e nel Responsabile dell'Ambito Distrettuale Sanitario Gran Sasso Laga.

5. Si individua inoltre, quale buona prassi da seguire, l'attuazione di un lavoro di equipe interprofessionale (assistente sociale, medico, altri operatori eventualmente coinvolti) basato sul costante confronto e collaborazione, con la piena disponibilità reciproca all'incontro e allo scambio, e prevedendo per questo un adeguato tempo di lavoro comune per ogni caso seguito.

6. I Referenti distrettuali, al fine di regolamentare l'impegno congiunto e coordinato delle diverse professionalità operanti nell'Ambito Distrettuale Sociale e nell'ASL nei percorsi assistenziali specifici, in ciascuna area di integrazione possono definire dei protocolli operativi. I protocolli specificano e guidano i processi di integrazione nei diversi ambiti assistenziali, le modalità interprofessionali e organizzative dei percorsi assistenziali integrati, in particolare per quanto riguarda i processi di presa in carico dei bisogni complessi, in funzione della continuità assistenziale e dell'appropriatezza.

#### **Art. 5** **Budget integrato**

1. In attuazione della presente Convenzione, gli enti sottoscrittori provvedono a definire il Budget integrato di programmazione, costituito dalle previsioni annuali e pluriennali delle risorse che gli enti aderenti assegnano alle materie oggetto della Convenzione stessa.

#### **Art. 6** **Organo comune della Convenzione**

1. L'organo comune per l'esercizio delle funzioni ai sensi della Convenzione, è la CLISS, con il compito specifico di coordinare l'organizzazione e lo svolgimento delle attività previste e di vigilare sulla loro attuazione.

2. Il funzionamento della CLISS in qualità di organo comune è disciplinato da apposito regolamento adottato dalla stessa CLISS, con la previsione dell'obbligo di riunirsi periodicamente, con cadenza almeno semestrale.

3. Alla CLISS è demandato - in particolare - l'assolvimento dei seguenti compiti:

- definizione degli indirizzi per la programmazione socio-sanitaria a livello di Ambito, nel rispetto delle scelte regionali in materia di politiche per la salute e sulla scorta delle priorità legate alla specifica situazione territoriale;
- individuazione, per la parte socio-sanitaria, delle azioni comuni Ambito/Distretto da inserire nel Piano sociale di Ambito e nel Programma per le attività territoriali del Distretto sanitario;
- coordinamento e vigilanza sull'attuazione delle azioni individuate e, più in generale, delle disposizioni normative in materia, ad iniziare dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

#### **Art. 7** **Obbligo di informazione reciproca**

1. Gli enti sottoscrittori si impegnano a trasmettere ogni informazione e dato richiesto dalla CLISS, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.

2. Gli atti dei singoli enti che interessano le materie oggetto della Convenzione, sono comunicati tempestivamente alla CLISS da parte dei competenti uffici.

**Art. 7  
Durata**

1. La Convenzione ha durata triennale, soggetta a rinnovo in coerenza con gli atti di programmazione da cui trae origine.

**Art. 8  
Controversie**

1. La soluzione di eventuali controversie derivanti dall'interpretazione della Convenzione o da inadempienze e inosservanze degli impegni assunti, è demandata ad un collegio arbitrale costituito da tre rappresentanti, nominati dall'Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale, dall'Azienda USL e dalla Regione Abruzzo. Il collegio arbitrale si riunisce su iniziativa del componente nominato dalla Regione.

Letto approvato e sottoscritto

Il Sindaco dell'Ente Capofila  
dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 24 "Gran Sasso - Laga"  
**Dr. Giovanni di Centa**



per il Direttore Generale dell'ASL di Teramo  
Il Direttore del C.A.S.T. dell'Asl di Teramo  
**Dott. Valerio Filippo Profeta**

A handwritten signature in black ink, corresponding to the name Dott. Valerio Filippo Profeta.

**Allegato A** alla Convenzione Socio-Sanitaria tra  
l'Ambito Distrettuale Sociale n. 24 – Gran Sasso Laga e l'Azienda USL di Teramo

**I servizi, le attività e gli interventi socio-sanitari oggetto della Convenzione**

Le aree di integrazione dei servizi sociali e sanitari sono principalmente individuate nell'ambito dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali, nell'area della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze, dell'immigrazione e dei senza fissa dimora.

Il quadro di riferimento nel quale collocare le scelte necessarie per poter dare risposta concreta ai bisogni di salute delle persone che richiedono la realizzazione dei servizi sanitari a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria viene individuato nell'articolo 3-septies del D.Lgs. 502/1992 e nel D.P.C.M. 14 febbraio 2001.

In tale contesto per la definizione degli interventi da gestire attraverso la Convenzione socio-sanitaria è utile fare riferimento alla **Tavola 49** del PSR 2016/2018 – **Documento per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali**.

In generale, con riferimento al Piano Sociale D'Ambito Distrettuale e alla gestione di altri piani di intervento, i servizi oggetto della Convenzione sono:

- ✓ Assistenza domiciliare integrata (ADI),
- ✓ Servizio di assistenza domiciliare socio assistenziale (SAD);
- ✓ Centro diurno per persone non autosufficienti;
- ✓ Residenze temporanee e di sollievo per persone non autosufficienti;
- ✓ Budget di cura;
- ✓ Telesoccorso, teleassistenza;
- ✓ Trasporto;
- ✓ Contributi a persone non autosufficienti per il sostegno della residenzialità e semiresidenzialità;
- ✓ Residenze per disabili;
- ✓ Interventi per la vita indipendente;
- ✓ Interventi per il Dopo di Noi;
- ✓ Piani riabilitativi e formativi
- ✓ Equipe adozioni e affido Antiviolenza donne e minori;
- ✓ Assistenza Domiciliare Educativa Minori;
- ✓ Assistenza per l'autonomia e comunicazione intra ed extra scolastica;
- ✓ Altri interventi previsti in progetti attivati dall'Ambito sul bisogno complesso di tipo sociosanitario.

I servizi strumentali di integrazione professionale sono:

- PUA (Punto Unico di Accesso);
- UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale);
- PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

Al fine di implementare e sviluppare strumenti giuridici di integrazione a livello istituzionale, di supportare la gestione integrata dei servizi riferibili alle diverse aree di integrazione e di individuare strumenti di raccordo interprofessionale nell'ambito dell'accesso, della valutazione, della continuità assistenziale e del monitoraggio l'Ente Capofila dell'Ambito Distrettuale Sociale n. 24 "Gran Sasso - Laga" e l'Azienda USL di Teramo intendono adeguarsi alle *Linee di indirizzo per l'integrazione sociosanitaria in attuazione del Piano Sociale Regionale 2016/2018*, approvate con deliberazione di Giunta regionale n. 191 del 13 aprile 2017 e, pertanto, l'Ambito distrettuale sociale n. 24 – Gran Sasso Laga intende procedere alla progressiva attuazione delle seguenti raccomandazioni:

**a) AI fine di rafforzare l' integrazione nelle cure domiciliari:**

1. di istituire, di mettere a regime e di valorizzare il ruolo del Centro di coordinamento delle CURE Domiciliari a livello di ASL, prevedendo il coinvolgimento del Responsabile delle due Zone di Gestione Sociale n.1 Laga e n.2 Gran Sasso dell'Ambito distrettuale oltre che di un assistente sociale;

2. di rafforzare e valorizzare nel Gruppo operativo distrettuale, nell'UVM presente nei Distretti, la partecipazione dell'assistente sociale dell'Ambito distrettuale e il coinvolgimento di altri operatori pubblici o del privato sociale per la gestione del PAI;

3. di disciplinare il funzionamento del Gruppo di coordinamento e del Gruppo operativo distrettuale con apposito Regolamento, in cui sono precisati tempi e modalità di svolgimento delle riunioni;

4. di prevedere nella Convenzione e nel PAT azioni coerenti con la L.R. 43/2016 in favore del caregiver familiare, attribuendo specifici compiti e supporti nell'ambito del PAI, tenendo conto di tutte le linee di finanziamento rivolte al sostegno di questa figura (Fondi della Legge Regionale sulla Vita Indipendente, assegni di cura del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, fondi della stessa L.R. 43/2016, formazione di circa 67.000 caregiver finanziata dal Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese con circa 4 milioni di euro, etc.);

5. di recepire il DPCM sui nuovi LEA, attraverso la previsione della compartecipazione alla spesa pari al 50% da parte del Servizio sanitario nazionale in riferimento al servizio di aiuto personale e di assistenza tutelare delle cure domiciliari;

6. di prevedere specifiche azioni con l'utilizzo del Fondo per le non autosufficienze al fine di rafforzare l'area sociale del sistema delle cure domiciliari, anche ricomprendendo le cure palliative domiciliari per le persone nella fase terminale di vita.

***b) Nelle more del processo di riconversione delle strutture e dell'adeguamento ai nuovi LEA:***

1. di costituire un Gruppo di lavoro sulla residenzialità e semiresidenzialità congiunto tra DSB-ECAD, all'interno del Nucleo operativo UCCP – AFT - Servizio sociale professionale, al fine di coordinare le azioni di integrazione socio-sanitaria in materia;

2. di prevedere un protocollo operativo specifico per la gestione integrata degli interventi di residenzialità e semiresidenzialità nella fase di valutazione multidimensionale, di progettazione e realizzazione del "Progetto di Assistenza Individualizzato", di previsione della compartecipazione alla spesa;

3. di sperimentare la promozione, l'attivazione e la gestione integrata e congiunta di strutture innovative di microresidenzialità e di semiresidenzialità in favore di persone non autosufficienti, con disturbi mentali con disabilità e con dipendenze patologiche.

***c) Per rafforzare la strategia per la famiglia e le nuove generazioni:***

1. di riorganizzare l'offerta di servizi sociosanitari rivolta ai minori, alle donne, nelle coppie, alle famiglie, garantendo l'erogazione effettiva dei nuovi livelli essenziali di assistenza, riqualificando, in particolare, la presa in carico psicologica e psicoterapeutica di bambini e adolescenti a disagio e di nuclei familiari a rischio;

2. di porre in essere percorsi integrati fra Servizio sociale professionale e Servizi Distrettuali per l'infanzia e la famiglia, con apposite procedure di presa in carico;

3. di creare un "Nucleo operativo Infanzia, Adolescenza e Famiglia" con operatori dei Consultori pubblici presenti nel Distretto e del Servizio sociale professionale al fine di coordinare gli interventi con adeguati strumenti, con riunioni a cadenza quindicinale;

4. di attuare congiuntamente (ASL-DSB-ECAD) le linee guida regionali sul maltrattamento e sull'affidamento familiare, rafforzando il ruolo, le funzioni e le risorse delle Equipe territoriali per le adozioni che hanno rappresentato un efficace modello di integrazione socio-sanitaria da circa 15 anni.

***d) Per rafforzare la strategia per la disabilità e per la salute mentale:***

1. di assicurare l'erogazione delle prestazioni LEA per la disabilità e per i disturbi mentali, garantendo l'erogazione effettiva dei nuovi livelli essenziali di assistenza a livello distrettuale;

2. di porre in essere percorsi integrati socio-sanitari per la disabilità, i disturbi dello spettro autistico e i disturbi pervasivi per lo sviluppo, i disturbi mentali, con la previsione di servizi semiresidenziali e residenziali innovativi;

3. di stipulare un protocollo operativo sociosanitario sulla disabilità e sulla salute mentale con la previsione di azioni congiunte, che mettano in connessione servizi distrettuali, ospedalieri e territoriali.

**e) Per rafforzare la strategia per le dipendenze:**

1 di attivare un Gruppo operativo congiunto Ser.D - Servizio sociale professionale per la presa in carico congiunta di persone affette da dipendenza attraverso interventi integrati sociali e sanitari (LEA);

2. di prevedere un protocollo operativo socio-sanitario sulle dipendenze con la previsione di azioni congiunte ASL-ECAD di prevenzione primaria e secondaria e presa in carico.

**Sviluppo delle attività organizzative ed operative.**

**FASE I:** accessibilità alle prestazioni e servizi (orari, unitarietà di accesso). L'Ambito Distrettuale Sociale ha attivo un Punto Unico di Accesso all'interno della sede del DSB di Montorio al Vomano ed un PUA all'interno del DSB di Teramo. Il PUA, inteso come "una risorsa a disposizione del cittadino e degli operatori, per individuare i percorsi più efficaci per affrontare i bisogni di ordine sanitario, sociale e socio-sanitario, in modo unitario ed integrato", è una modalità organizzativa concordata tra DSB e Ambito Distrettuale Sociale con gli obiettivi di:

- garantire ai cittadini e agli operatori una porta unitaria di accesso ai servizi sociosanitari del territorio
- garantire una capillare azione informativa sui percorsi assistenziali, sociali e sociosanitari
- garantire l'invio all'UVM per la valutazione del bisogno sociosanitario e per l'eventuale presa in carico
- garantire la continuità del percorso assistenziale

**FASE II:** Segnalazione/accettazione: è l'azione attraverso cui il servizio viene a conoscenza del bisogno tramite l'invio di una richiesta, su apposita modulistica, da parte del medico di medicina generale, del dirigente medico del reparto ospedaliero, dei servizi sociali oppure tramite una telefonata o la presentazione al servizio, da parte dei familiari o di altri supporti informali (volontari).

A livello distrettuale, dove ha sede il P.U.A., vengono raccolte e controllate le richieste e, se necessario, vengono integrati eventuali dati anagrafici e clinici mediante colloquio; è attivata una gestione informatizzata della registrazione.

L'output del processo è l'accettazione delle domande e l'attivazione delle UVM per la valutazione multidimensionale del cittadino a livello domiciliare o ospedaliero.

**FASE III:** Analisi e Valutazione multidimensionale del bisogno. La modalità organizzativa del Piano presenta alcune caratteristiche come la costruzione di percorsi assistenziali alle persone in stato di bisogno mediante una valutazione multidimensionale fatta dalla figura dell'assistente sociale nel caso di un bisogno sociale, dalla figura del medico di medicina generale nel caso di un bisogno sanitario, da una unità multidisciplinare in caso di cittadino portatore di un bisogno complesso che necessita di una risorsa assistenziale integrata.

Questa valutazione professionale del bisogno (analisi della domanda, analisi dei bisogni e definizione del problema) è la condizione per accedere alla rete di risposte sociali: domiciliari, intermedie e residenziali.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale del bisogno è un gruppo altamente qualificato di persone che, in base alla propria professionalità ed esperienza, predispone il progetto assistenziale individualizzato a favore della persona non autosufficiente.

La fase III comprende l'attività di visita domiciliare o in ospedale per raccogliere i dati inerenti redditi, la composizione familiare e la valutazione del bisogno sanitario, attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale validati. Le figure professionali impegnate sono, di regola, il medico di medicina generale, lo specialista, l'infermiere professionale, il fisioterapista, l'assistente sociale.

La fase III consiste, quindi nella

- analisi della domanda
- analisi dei bisogni dei tre settori (funzionale organico, cognitivo comportamentale, relazionale ambientale) (definizione del problema)
- analisi delle risorse presenti (definizione degli obiettivi)

L'output del processo è la ammissione o non ammissione al servizio in base al bisogno socio-sanitario



**FASE IV: Presa in carico ed Elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)** in cui vengono definite le persone coinvolte, i risultati attesi e le attività.

L'UVM definisce

- gli obiettivi di cura;
- individua, tra i componenti dell'equipe, il responsabile del caso che coordina gli interventi e verifica il raggiungimento degli obiettivi;
- predispone il piano assistenziale individualizzato (definizione del piano assistenziale e degli interventi, cadenza degli accessi);
- programma l'erogazione delle prestazioni a domicilio;

Nel Progetto vengono definiti, concordati con le famiglie e sottoscritte, gli interventi da adottare, gli obiettivi da raggiungere e gli strumenti (operatori sanitari, sociali) impiegati, ecc.

**FASE V: Attuazione Progetto assistenziale individualizzato.**

Le modalità di intervento variano naturalmente in relazione alle diverse tipologie di utenti e ai loro specifici bisogni e richiedono la costruzione di una rete di servizi che comprende:

- ✓ Servizi domiciliari,
- ✓ Servizi semiresidenziali
- ✓ Servizi residenziali

**FASE VI: Verifica e Valutazione del progetto personalizzato e del bisogno** a distanza del periodo programmato o a seguito di cambiamenti del quadro sociosanitario, della situazione psicosociale e di quella sanitaria, e, alla fine del Progetto assistenziale stesso. Nel caso in cui le verifiche e le valutazioni periodiche diano esiti diversi da quelli previsti, è necessario procedere a una riformulazione del progetto personalizzato; al termine del Progetto l'UVM può decidere una riprogettazione o ulteriore Piano operativo oppure la conclusione della presa in carico della persona non autosufficiente.

Tale verifica viene fatta attraverso una valutazione di outcome ossia una valutazione dello scarto esistente tra i risultati attesi e quelli ottenuti e attraverso una valutazione di

- ✓ Output
- ✓ Efficienza
- ✓ Qualità del processo

## **Servizi e le professionalità sanitarie, sociali e sociosanitarie coinvolti**

### **Punto Unico di Accesso**

E' prevista:

1. la costituzione formale del PUA con deliberazione del Direttore generale dell'ASL e dell'Ambito distrettuale;
2. la presenza nel PUA di (almeno un assistente sociale) personale dell'Ambito distrettuale;
3. l'incremento della dotazione di personale sanitario nel PUA;
4. la disponibilità di più punti di erogazione dei PUA a livello di Ambiti Distrettuali attraverso una elevata integrazione del Punto con gli sportelli di Segretariato Sociale;
5. l'adozione di un protocollo operativo di organizzazione, di procedure, di interscambio dati del PUA fra Ambito Distrettuale Sanitario e Ambito Distrettuale sociale;
6. la definizione di un elenco unificato dei servizi e delle prestazioni dell'Ambito Distrettuale Sanitario e dell'Ambito distrettuale Sociale ai quali accedere tramite PUA e Segretariato sociale;
7. la digitalizzazione delle richieste di accesso con la creazione di un unico format informatizzato per i servizi sociali e sanitari condiviso dal PUA e dal Segretariato sociale,

### **UVM**

E' prevista:

1. la ridefinizione di UVM che rafforzino la componente sociale nella dimensione della piena integrazione socio-sanitaria (Unità di Valutazione Multidimensionale Integrate);
2. la presenza obbligatoria di un Assistente sociale dell'Ambito distrettuale sociale nell'UVM e il rafforzamento della presenza della figura dello psicologo;
3. la specifica composizione dell'UVM nella valutazione e presa in carico di bambini in età pediatrica e l'utilizzo di scale specifiche e adeguate per l'età evolutiva, nonché il rafforzamento della collaborazione inter-istituzionale fra UVM, Ufficio di Servizio Sociale per i minorenni, Istituzioni scolastiche, etc.;

4. l'estensione dell'ambito operativo delle UVM anche ai servizi innovativi quali il "dopo di noi" e l'adozione di scale richieste da norme o decreti ministeriali (Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, L.R. 57/2012, etc.);

5. la partecipazione attiva all'UVM anche del familiare caregiver in applicazione della L.R. 43/2016.

Professionalità in genere coinvolte: Responsabile di Distretto; Medici di Medicina Generale; Medici Specialisti; Assistente Sociale del servizio sociale professionale dell'ECAD (referente per territorio); Infermieri e terapisti della riabilitazione; ecc.

## **PAI**

E' prevista:

1. la collaborazione attiva, strutturata e permanente fra operatori del Distretto Sanitario e operatori dell'Ambito Distrettuale Sociale per la progettazione, gestione, valutazione dei Piani Assistenziali Individualizzati, predisposti dalle UVM integrate;

2. l'adozione di un modello di PAI, integrativo dei modelli esistenti in corso di revisione, che valorizzi la persona, favorisca il coinvolgimento attivo del paziente (nei casi possibili) e della famiglia, definisca bisogni, obiettivi, azioni e prestazioni, esiti attesi, indicatori e monitoraggio, risorse, tempi, modalità di revisione e rimodulazione degli interventi; nel caso di persone con disabilità (in età evolutiva o adulta), il PAI dovrà anche configurarsi come "progetto di vita", ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000;

3. lo scambio costante e la condivisione del PAI di ogni singolo paziente fra ECAD e Distretto;

4. l'informatizzazione e la digitalizzazione del PAI.

## **Percorsi di continuità nelle cure primarie**

E' prevista:

1. la creazione di Nucleo operativo integrato UCCP - AFT - Servizio Sociale professionale per la continuità assistenziale e il raccordo socio-sanitario in materia di prevenzione;

2. lo sviluppo di un protocollo integrato di presa in carico fra UCCP - AFT - Servizio sociale professionale, contenente le procedure condivise di continuità assistenziale territoriale sociale e sanitaria;

3. l'attuazione di un programma di prevenzione territoriale integrata sia di carattere sociale che sanitario da gestirsi all'interno del Nucleo di cui al punto 1.

## **Altri servizi ad intersezione distrettuale**

Dipartimento di Salute Mentale; Servizio Tossicodipendenze, Consultori Familiari; Medico ospedaliero all'atto della dimissione (previo assenso del Medico di Medicina Generale); ecc;

Servizio Sociale Professionale e Segretariato sociale: Responsabile Tecnico/Coordinatore; Assistenti Sociali;

Responsabile di Distretto e Ufficio di Piano.

**Formazione congiunta degli operatori dell'area sanitaria e sociale.** In linea con quanto previsto dal Piano sociale regionale 2016-2018 e dal Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese, nelle more dell'adozione di modelli e criteri omogenei a livello regionale, si prevede a livello di ASL, di Distretto e Ambito distrettuale sociale l'implementazione per quanto possibile della formazione congiunta di cui alle linee di indirizzo approvate con D.G.R. 191 del 13/04/2017.

## **Risorse strumentali**

L'Ambito e l'Azienda dispongono di adeguate dotazioni informatiche, con collegamento ad internet con postazione di lavoro individuale sia nella sede che negli sportelli comunali.

Inoltre, al fine di migliorare il livello delle prestazioni l'Ambito ha attivato un sistema informativo in grado di offrire supporto a partire dalle tematiche relative all'accesso ai servizi fino alla erogazione e consuntivazione delle prestazioni. Pertanto, tale soluzione applicativa permette la gestione unificata delle varie attività prioritariamente dei servizi socio-assistenziali e, successivamente, dei servizi socio-educativi, socio-sanitari ed in generale di tutti i servizi relativi alla programmazione d'Ambito.



Si prevede, pertanto, in conformità alle indicazioni per la **gestione documentale** e del **sistema di monitoraggio integrato**, previste nelle linee di indirizzo approvate con D.G. R. 191 del 13/04/2017:

1. la progressiva digitalizzazione degli strumenti di gestione documentale dei casi trattati (strumenti di accesso utilizzati dal PUA, strumenti di valutazione e progettazione utilizzati dall'UVM, etc.);
2. l'allineamento e la condivisione dei dati sociali e sanitari fra Ambito Distrettuale Sociale e Ambito Distrettuale Sanitario l'adozione di un portale digitale unitario accessibile da parte degli operatori sociali e sanitari;
3. il monitoraggio costante del sistema di erogazione e degli esiti delle prestazioni e degli interventi socio-sanitari.

### **Costi**

Le funzioni e i servizi attinenti le attività sociali sono finanziati dall'Ambito mentre le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie sono finanziati dall'Azienda nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

L'Ambito distrettuale e l'Azienda USL garantiscono, ciascuno per la propria parte, la copertura delle spese relative ai servizi ed interventi previsti negli atti di programmazione ed attuazione delle scelte di integrazione socio-sanitaria. I riferimenti in tal senso, per gli Ambiti distrettuali sociali, sono rappresentati dal Piano sociale distrettuale e dalle diverse schede dello stesso Piano contenenti azioni riconducibili alla gestione socio-sanitaria integrata, con l'indicazione delle diverse voci di spesa;

### **Cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato**

L'esercizio integrato, per effetto delle precedenti programmazioni, risulta già attivo. L'attuazione del PSD 2017/2018 ne garantisce il potenziamento:

- a. sulle risorse umane,
- b. sulle risorse strumentali,
- c. sui flussi di comunicazione.

### **Protocolli operativi**

Sarà possibile per la specificazione delle scelte adottate in materia di integrazione socio-sanitaria avvalersi di protocolli operativi, destinati alla definizione delle soluzioni organizzative legate alla gestione integrata associata; lo strumento dei protocolli operativi può essere utilizzato anche per la definizione dettagliata di ulteriori iniziative di integrazione socio-sanitaria, nel rispetto delle scelte già adottate in materia