



Piano sociale regionale 2016-2018

Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria



Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria

Indice del Documento

Premessa	4
LINEA DI INDIRIZZO 1 – INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE	5
1.1. La fase attuativa delle Convenzioni socio-sanitarie.....	5
1.2. Organizzazione della Conferenza Locale Integrata Socio-Sanitaria.....	6
1.3. L'integrazione fra Distretto sanitario e Ambito Distrettuale Sociale	7
1.4. L'integrazione amministrativa nell'Ufficio di Piano dell'Ambito	8
1.5. Indicazioni per la gestione economica integrata.....	9
LINEA DI INDIRIZZO 2 – INTEGRAZIONE GESTIONALE.....	11
2.1. Percorsi di integrazione per l'attuazione dei LEA di interesse socio-sanitario	10
2.2. La gestione integrata del sistema delle cure domiciliari.....	10
2.3. La gestione integrata del sistema della residenzialità e semiresidenzialità	13
2.4. Servizi integrati nella strategia per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia	14
2.5. Integrazione dei servizi per la non autosufficienza.....	16
2.6. Integrazione dei servizi per la disabilità e la salute mentale.....	18
2.7. Integrazione dei servizi nell'area delle dipendenze.....	18
LINEA DI INDIRIZZO 3 – INTEGRAZIONE PROFESSIONALE	20
3.1. L'integrazione professionale nel Punto Unico di Accesso	20
3.2. L'integrazione nell'attività di valutazione multidimensionale	21
3.3. La gestione integrata e il nuovo modello di Piano Assistenziale Individualizzato.....	23
3.4. Percorsi di continuità nelle cure primarie	24
3.5. Indicazioni per la gestione documentale e il sistema di monitoraggio integrato	25
3.6. Formazione congiunta degli operatori dell'area sanitaria e sociale.....	26

Premessa

Il Piano sociale regionale 2016-2018 della Regione Abruzzo ha previsto una serie di innovazioni per sviluppare l'integrazione socio-sanitaria.

Secondo quanto previsto dal D.lgs. 229/1999, dall'Atto di indirizzo e coordinamento e dai LEA, l'integrazione socio-sanitaria riguarda aree sia sul versante della programmazione sociale che della programmazione sanitaria quali materno-infantile, disabilità, non autosufficienza e patologie cronico-degenerative, salute mentale, dipendenze, patologie in fase terminale.

Il documento si articola in una prima sezione dedicata all'esplicitazione delle linee di indirizzo nei tre livelli dell'integrazione:

- Linea di indirizzo 1- Integrazione istituzionale, contenente indicazioni per l'implementazione e lo sviluppo degli strumenti giuridici di integrazione inseriti nel Piano sociale regionale 2016-2018 (Convenzione socio-sanitaria, Conferenza Locale Integrata, raccordo e co-gestione operativa fra Distretto e Ambito, etc.);
- Linea di indirizzo 2 - Integrazione gestionale, contenente specifici indirizzi per la gestione integrata di servizi riferiti alle diverse aree dell'integrazione;
- Linea di indirizzo 3 - Integrazione professionale, che ricomprende indicazioni relative agli strumenti di raccordo interprofessionale nell'ambito dell'accesso, della valutazione e della continuità, del monitoraggio.

LINEA DI INDIRIZZO 1 – INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

1.1. La fase attuativa delle Convenzioni socio-sanitarie

Il Piano sociale regionale 2016-2018 (PSR) individua nella Convenzione socio-sanitaria lo “strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione socio-sanitaria”, destinato a definire e precisare le scelte di natura generale e programmatica dell'Ambito distrettuale sociale e dell'Azienda USL per “l'attuazione degli interventi e dei servizi socio-sanitari, così come disegnati nel Piano distrettuale sociale e nel Programma delle attività territoriali”. Il successivo documento di Linee Guida precisa contenuto generale e modalità di formazione della Convenzione, dettando anche lo schema-tipo di riferimento per la materiale stesura del documento. Quest'ultimo costituisce un riferimento sintetico ed essenziale, non dettagliato, da completare in modo particolareggiato nel rispetto delle scelte adottate. In questa prospettiva, le indicazioni più operative trovano spazio e formalizzazione in altri documenti, in parte già indicati dallo schema di Convenzione e che ne costituiscono allegato, destinati a precisare contenuti e modalità attuative delle decisioni prese.

Allegato A

L'Allegato A è il documento che completa la Convenzione socio-sanitaria, con l'elencazione di servizi, attività ed interventi che ne costituiscono il contenuto. Esso è previsto dall'articolo 1, comma 4, dello schema-tipo come allegato necessario alla Convenzione, destinato a descrivere nel dettaglio “lo sviluppo delle attività organizzative ed operative, il personale e le risorse strumentali, i costi relativi, il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato.” Si tratta di contenuti non facilmente predeterminabili in via generale, in quanto, pur se rientranti nel quadro di riferimento normativo nazionale e regionale esistente, sono strettamente dipendenti dalle scelte adottate a livello territoriale. Senza entrare nel merito del contenuto dell'Allegato A, è tuttavia possibile fornire indirizzi sulle modalità di redazione del documento, con particolare riferimento al format del Piano sociale distrettuale approvato con DGR n. 616 del 26 settembre 2016, dal quale - per la componente istituzionale comunale - la Convenzione trae origine e riferimento diretto.

- Coerenza con il Piano sociale distrettuale. Il contenuto sostanziale dell'Allegato A deve essere inquadrato nelle strategie di sistema per l'integrazione socio-sanitaria concordemente adottate dall'Ambito e dall'Azienda USL. Nella prima parte dell'Allegato, pertanto, sono preliminarmente descritte nel dettaglio le strategie delineate nella Sezione 3.4 del format del Piano sociale distrettuale approvato con DGR n. 616 del 26 settembre 2016, da cui derivano le scelte circa i servizi, gli interventi e le azioni da gestire in regime di integrazione socio-sanitaria.
- Contenuto sostanziale dell'allegato. L'Allegato A deve elencare e rappresentare dettagliatamente i servizi e gli interventi descritti nell'apposito riquadro delle “Schede per azioni dirette e indirette” previste alla Sezione 4 “La programmazione sociale e socio-sanitaria” del Piano sociale distrettuale. In particolare, dovrà essere specificato il ruolo di ciascun ente nella gestione del servizio integrato e i conseguenti impegni in termini di risorse economiche ed umane. L'indicazione delle schede di azione trova anche riferimento nel “quadro sinottico” di ciascuno dei sette Assi tematici in cui si articola il contenuto della sezione 4, nel quale è inserita l'apposita colonna dove viene indicato se il servizio/intervento descritto è gestito o meno in situazione di integrazione socio-sanitaria.
- Misure specifiche di integrazione socio-sanitaria. In un'apposita partizione dell'Allegato A sono descritte le ulteriori misure di integrazione socio-sanitaria che non danno luogo a servizi

o interventi specifici, come previste nella Sezione 5 del Piano sociale distrettuale. Può trattarsi di azioni ed interventi di tipo diverso, come la formazione degli operatori, la gestione dell'Ufficio di piano, le azioni per la partecipazione, la dotazione strumentale, etc. che possono anche trovare ulteriore specificazione in protocolli operativi successivi. Nell'allegato vanno in ogni caso precisate, per ciascuno dei tre livelli di integrazione (istituzionale, gestionale e professionale), le modalità generali di attuazione, i relativi costi, gli impegni reciproci.

- **Cronoprogramma.** L'Allegato A è completato da un apposito cronoprogramma in forma di tabella, nel quale sono inserite tutte le azioni descritte nello stesso allegato, con l'indicazione del percorso di progressiva attuazione delle stesse.

Protocolli operativi

Il protocollo operativo è un ulteriore strumento di specificazione delle scelte adottate in materia di integrazione socio-sanitaria, destinato alla definizione delle soluzioni organizzative legate alla gestione integrata associata, quando esse non siano già inserite nell'Allegato A. Secondo lo schema-tipo della Convenzione, esso è utilizzabile, in modo particolare, per la precisazione delle modalità di composizione e di funzionamento dell'Ufficio concordemente investito delle funzioni di raccordo e di direzione operativa delle attività convenzionate. Lo strumento dei protocolli operativi può essere utilizzato, a discrezione degli enti coinvolti, anche per la definizione dettagliata di ulteriori iniziative di integrazione socio-sanitaria, nel rispetto delle scelte già adottate in materia. Ad esempio, potrebbero costituire oggetto di un apposito protocollo operativo le iniziative destinate a promuovere la partecipazione dei cittadini e delle organizzazioni sociali come prevista dall'art. 3 dello schema-tipo. Sottoscrittori dei protocolli, in ogni caso, sono gli stessi organi autorizzati a sottoscrivere la Convenzione socio-sanitaria.

Durata

La Convenzione socio-sanitaria ha durata pari a quella del PSR da cui trae origine, nonostante l'indicazione di durata triennale contenuta nelle Linee Guida e riportata nell'art. 7 dello schema-tipo, da ritenersi superata alla luce delle modifiche apportate alle stesse Linee guida con la D.G.R. n. 728/2016.

1.2. Organizzazione della Conferenza Locale Integrata Socio-Sanitaria

La Conferenza Locale Integrata Socio-Sanitaria (CLISS), come stabilito dal PSR, è costituita dalla Conferenza dei sindaci dell'Ambito distrettuale sociale (dal Sindaco negli Ambiti monocomunali) e dal Direttore generale dell'Azienda USL (o suo delegato). Ad essa è affidato il compito di assicurare il raccordo istituzionale in materia di integrazione socio-sanitaria, attraverso l'assolvimento di compiti diversi, tra i quali è previsto anche lo svolgimento della funzione di "organo comune" della Convenzione socio-sanitaria. In tale veste, la CLISS è chiamata a coordinare l'organizzazione e l'attuazione delle diverse attività ed iniziative previste in Convenzione, oltre che a vigilare sulla conseguente attuazione (art. 6 dello schema-tipo).

L'organizzazione e il funzionamento della CLISS sono disciplinati da un apposito regolamento interno, adottato dalla stessa CLISS nella seduta di insediamento e contenente – in particolare – il complesso delle disposizioni concernenti lo svolgimento della sua attività. Il regolamento tiene conto di quanto stabilito dal PSR (paragrafo §III.1: funzioni di presidenza e rappresentanza attribuite al legale rappresentante dell'ente capofila, in qualità di Coordinatore della CLISS) e dei seguenti indirizzi:

- convocazione delle riunioni da parte del Coordinatore con apposita comunicazione scritta

- inviata con congruo anticipo, non inferiore a dieci giorni, fatti salvi i casi d'urgenza, e con periodicità almeno semestrale;
- verbalizzazione delle riunioni e conservazione dei verbali a cura della segreteria della CLISS;
 - deliberazioni concordemente adottate da Sindaco e Direttore generale negli Ambiti monocomunali; deliberazioni adottate con la maggioranza dei presenti, che rappresentino la maggioranza della popolazione dei Comuni dell'Ambito secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili, negli Ambiti pluricomunali;
 - attestazione della regolarità tecnica e della copertura di spesa, in caso di proposte di deliberazione comportanti oneri economici, a cura dell'Ufficio di Piano dell'ECAD e del competente ufficio dell'Azienda USL;
 - specifica disciplina dell'attività della CLISS nella sua funzione di "organo comune" della Convenzione socio-sanitaria, con particolare riguardo all'azione di coordinamento delle attività previste, dello svolgimento dell'esercizio associato, della verifica dei risultati;
 - efficacia delle deliberazioni adottate subordinata alla pubblicazione delle stesse nei siti internet dell'ECAD e dell'Azienda USL;
 - possibilità di partecipazione alle riunioni, senza diritto di voto, anche di persone estranee alla CLISS, in caso di necessità di chiarimenti o ragguagli sugli argomenti all'ordine del giorno.

Il necessario supporto tecnico alla CLISS, comprendente anche le funzioni di segreteria generale, è affidato all'Ufficio previsto dall'art. 2 dello schema-tipo di Convenzione socio-sanitaria. Gli enti sottoscrittori della Convenzione sono tenuti, ai sensi del comma 2 dello stesso articolo, 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."

1.3. L'integrazione fra Distretto sanitario e Ambito Distrettuale Sociale

La costruzione di un nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'integrazione socio-sanitaria, caratterizzato da unitarietà di impostazione e omogenità di risposte in presenza di uguali bisogni di salute delle persone, richiede l'adozione di scelte diverse, ad iniziare da quella della coincidenza territoriale degli Ambiti distrettuali sociali con i Distretti sanitari. Fra tali scelte, il PSR assegna particolare rilievo alla programmazione unitaria ed alla gestione integrata delle conseguenti azioni attuative.

Lo sviluppo della **programmazione unitaria Ambito-Distretto**, con il superamento delle programmazioni settoriali, richiede l'attivazione di un processo che coinvolga sia il livello regionale che il livello locale, da sviluppare con progressività temporale, secondo scelte generali orientate verso la riqualificazione delle politiche sanitarie e sociali nel rispetto del principio di globalità della persona umana, oltre che con strategie mirate al superamento delle fragilità sociali di persone e famiglie, prestando attenzione al rischio di "medicalizzare" i disagi e le fragilità sociali.

Il nuovo percorso di programmazione può essere fondato sui seguenti indirizzi specifici:

Prima fase, coincidente con il periodo di durata del PSR:

- a livello locale, attuazione delle previsioni del PSR finalizzate al progressivo allineamento temporale, metodologico e organizzativo del Piano sociale di Ambito (PSD) e del Programma

delle Attività Territoriali del Distretto (PAT). L'impegno alla ridefinizione dei PAT già adottati è formalizzato nell'accordo di programma di approvazione dei nuovi PSD o, in mancanza, in un apposito protocollo allegato alla Convenzione socio-sanitaria.

Seconda fase, coincidente con la prossima tornata di programmazione, successiva all'attuale PSR:

- a livello regionale, predisposizione del Piano socio-sanitario regionale quale nuovo strumento unico di programmazione socio-sanitaria, finalizzato ad assicurare l'omogeneità dei percorsi assistenziali integrati nelle aree di intervento e per le prestazioni di integrazione socio-sanitaria, secondo le disposizioni del D.Lgs. 502/1992, come modificato dal D.Lgs. 229/1999 e successivi. Continuano ad essere utilizzati gli strumenti regionali di programmazione per i comparti sociale e sanitario;
- a livello locale, predisposizione del Piano socio-sanitario integrato, articolato a livello di Ambito-Distretto e contenente le scelte di programmazione territoriale nelle stesse materie dell'analogo piano regionale. Continuano ad essere utilizzati gli strumenti di programmazione previsti per gli Ambiti distrettuali e per i Distretti sanitari relativi ai comparti sociale e sanitario.

La **gestione integrata Ambito-Distretto** dei servizi ed interventi socio-sanitari richiede la predeterminazione delle modalità di coordinamento operativo tra le strutture funzionali del Distretto sanitario e dell'Ambito distrettuale, finalizzate al conseguimento degli obiettivi individuati dagli strumenti della programmazione. L'esigenza è quella di assicurare omogeneità e coerenza agli assetti organizzativi ed alle procedure per l'integrazione socio-sanitaria, attraverso scelte operative da adottare a livello di Ambito/Distretto, nel rispetto degli indirizzi definiti a livello regionale.

Tra gli specifici spazi di intervento per gli indirizzi regionali, sono prioritariamente individuati:

- l'accesso al sistema di servizi ed interventi socio-sanitari, con modalità di accoglienza ed accettazione integrata. A livello di Ambito/Distretto continuano a trovare applicazione gli standard generali già individuati dal PSR per l'adozione del regolamento di accesso alle varie forme di assistenza socio-sanitaria;
- la valutazione multidimensionale integrata, anche attraverso l'impiego di strumenti e modalità comuni di lettura e di valutazione integrata socio-sanitaria multiprofessionale, con l'obiettivo di assicurare unitarietà a tutta l'attività di valutazione, in base alla complessità del caso, compresa l'adozione del Piano di assistenza individualizzato,
- la definizione dei costi per le diverse tipologie di servizi e prestazioni, in un quadro unitario di riferimento esteso anche ai criteri ed ai livelli di compartecipazione dei cittadini ai costi sostenuti;
- la verifica e la valutazione degli esiti di salute, con individuazione degli indicatori appropriati e dei dati di interesse in grado di garantire il monitoraggio delle attività realizzate e di supportare le successive scelte di programmazione socio-sanitaria.

A livello di Ambito/Distretto, il graduale sviluppo dell'integrazione degli assetti gestionali è regolato principalmente facendo ricorso allo strumento della Convenzione socio-sanitaria e dei protocolli ad essa allegati, coerentemente con gli indirizzi regionali progressivamente adottati e con le scelte generali contenute negli atti di programmazione.

1.4. L'integrazione amministrativa nell'Ufficio di Piano dell'Ambito

L'Ufficio di Piano assolve alla funzione di gestire gli aspetti più propriamente organizzativi ed attuativi delle politiche sociali e sociosanitarie, legati al territorio, assicurando il coordinamento

tecnico tra tutti i soggetti titolari delle funzioni di programmazione e gestione dei servizi. Questa delicata funzione di regia assume particolare importanza nel dare sostegno al processo di integrazione socio-sanitaria, anche ai fini del superamento degli elementi di separazione che spesso si registrano tra Comuni e Aziende USL.

Il PSR stabilisce che l'Ufficio di Piano sia organizzato secondo alcuni principi finalizzati alla sua piena operatività. In particolare, viene prevista un'articolazione della struttura amministrativa in unità operative deputate ad assicurare il coordinamento delle aree sociale, socio-sanitaria e socio-educativa. Per l'area socio-sanitaria, l'Ufficio di Piano deve avvalersi della collaborazione del personale e del coordinatore dei servizi socio-sanitari del Distretto sanitario/ASL, da prevedere necessariamente e da definire nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria Ambito/ASL.

Nel rispetto dell'autonomia organizzativa e regolamentare propria degli enti locali territoriali, le specifiche modalità di collaborazione del personale dell'Azienda USL all'interno dell'Ufficio di Piano saranno disciplinate convenzionalmente, rinvenendo nella contrattazione collettiva e nei modelli organizzativi di lavoro i necessari riferimenti per le scelte da adottare. Lo strumento per formalizzare le modalità di collaborazione prescelte è rappresentato dalla Convenzione socio-sanitaria Ambito/ASL e dai protocolli ad essa allegati.

Sotto il profilo funzionale, l'integrazione amministrativa nell'area socio-sanitaria dell'Ufficio di Piano viene realizzata in coerenza con i seguenti indirizzi:

- individuazione da parte dell'Azienda USL del referente per l'integrazione socio-sanitaria, da affiancare al responsabile dell'area, in qualità di componente stabile dell'Ufficio di Piano con riferimento alle attività di integrazione;
- adozione di uno o più protocolli congiunti Ambito/ASL, destinati a regolare i reciproci rapporti, anche finanziari, le azioni da compiere e le mansioni professionali derivanti dalla collaborazione amministrativa Ambito/ASL;
- attuazione di percorsi di formazione permanente e aggiornamento congiunti o, comunque, svolti con modalità e obiettivi formativi analoghi tra operatori sanitari e sociali delle diverse qualifiche.

1.5. Indicazioni per la gestione economica integrata

Fra le direttrici strategiche poste alla base del PSR, è prevista anche la gestione integrata delle risorse economiche, collegata all'esigenza di progressiva affermazione del coordinamento dell'azione svolta dai diversi sistemi, in particolare quello socio-sanitario.

Il consolidamento del sistema integrato dei servizi sociali e dei servizi sanitari si realizza anche attraverso la gestione integrata delle risorse economiche, funzionale all'unitarietà sia del processo di programmazione che della fase di gestione delle azioni previste.

Nella fase di prima applicazione del PSR, le linee di indirizzo in tal senso sono le seguenti:

- garanzia di copertura da parte dell'Ambito distrettuale e dell'Azienda USL delle rispettive 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, dalla Convenzione socio-sanitaria e dalle diverse schede dello stesso Piano contenenti azioni riconducibili alla gestione socio-sanitaria integrata, con l'indicazione delle diverse voci di spesa;
- utilizzazione progressiva e sperimentale del budget di cura, quale strumento di attuazione

dell'integrazione socio-sanitaria e della presa in carico integrata per la non autosufficienza, ampliandone l'area d'impiego, attualmente limitata ai servizi finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza secondo le previsioni del PSR (Format del Piano sociale distrettuale, Asse tematico n. 2). Il budget di cura, pur non essendo solo strumento di definizione economica, ma anche di gestione delle altre risorse che concorrono a costruire il percorso di cura (professionali, umane, comunitarie, tecnologiche, ...), si qualifica in modo particolare per la prerogativa di contribuire alla definizione della sostenibilità dell'impegno economico, considerando fin dall'inizio del percorso di presa in carico un unico budget, alimentato dai bilanci sia di parte sociale che sanitaria.

LINEA DI INDIRIZZO 2 – INTEGRAZIONE GESTIONALE

2.1. Percorsi di integrazione per l'attuazione dei LEA di interesse socio-sanitario

Il Piano sociale regionale 2016-2018 prevede obiettivi essenziali di servizi e servizi all'interno degli Assi Tematici per i quali è prevista una forte integrazione gestionale.

Al fine di dare un quadro complessivo delle possibili integrazioni gestionali di servizio, si prendono a riferimento i nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), il cui DPCM è di imminente pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale e quindi di prossima entrata in vigore.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale il DPCM sui nuovi LEA colloca l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale e l'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale.

All'assistenza socio-sanitaria è dedicato il Capo IV del DPCM. L'articolo 21, in particolare, dispone che:

“I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo, prevedono **l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali**. Con apposito accordo sancito dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite **linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree**, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 297 e successive modificazioni”.

Nelle more di emanazione delle linee di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni, richiamati dall'articolo 21, nei seguenti paragrafi vengono dettati specifici indirizzi riferiti al contesto regionale e ai LEA ricompresi nel DPCM.

2.2. La gestione integrata del sistema delle cure domiciliari

L'articolo 22 del DPCM sui nuovi LEA conferma le cure domiciliari poste alla base dei percorsi integrati socio-sanitari. L'articolo, tra l'altro, recita: “Le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”. Il **bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale** che consentano la presa in carico della persona e la definizione del “**Progetto di assistenza individuale**” (PAI) sociosanitario integrato” (con eccezione delle cure domiciliari prestazionali).

Nei nuovi LEA, le cure domiciliari si articolano nei seguenti livelli:

a) cure domiciliari prestazionali: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo, che non richiedono la “presa in carico” della persona, né la valutazione multidimensionale. Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali;

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I[^] e II[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che

richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni (I^ livello) o su 6 giorni (II^ livello) in relazione alla criticità e complessità del caso. Le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la “presa in carico” della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assume la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

c) cure domiciliari integrate a elevata intensità (III^ livello): costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.”

Il Decreto precisa, infine, che, “ai sensi dell’art. 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull’integrazione sociosanitaria”, **le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare alla persona.** Le suddette prestazioni di aiuto personale e assistenza tutelare, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle regioni, sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50%”.

Alle cure palliative domiciliari alle persone nella fase terminale della vita è dedicato l’articolo 23 del DPCM sui nuovi LEA, con l’indicazione che le stesse cure “sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale”.

In Abruzzo, il sistema delle cure domiciliari è attualmente regolato dalla DGR 224/2007. L’Agenzia Sanitaria Regionale ha proposto, nel 2015, un’importante revisione e adeguamento alle indicazioni della Commissione LEA del Ministero della Sanità, prodotte nel 2008, con uno “Studio sulle cure domiciliari”.

Il sistema delle cure domiciliari vigente prevede tre macrotipologie:

1. *Cure Domiciliari Prestazionali* caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (Assistenza domiciliare programmata e Assistenza domiciliare per Bisogno sanitario semplice, Altre tipologie senza ricorso all’UVM, Assistenza tutelare alla persona);
2. *Cure Domiciliari Integrate di primo (2A) e secondo livello (2B)* che ricomprendono quelle già definite ADI. Questa tipologia di cure domiciliari è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI), redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale;
3. *Cure Domiciliari Integrate di terzo livello (3A)* e cure domiciliari palliative per malati terminali (3B) che ricomprendono l’ospedalizzazione domiciliare (OD – 3A), e l’ospedalizzazione domiciliare-cure palliative (OD-CP, 3B). Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un’équipe in possesso di specifiche competenze.

L’integrazione socio-sanitaria è particolarmente elevata per le prime due macrotipologie, e in particolare per **l’assistenza tutelare alla persona** e per le **cure domiciliari di primo e secondo livello**, dove i bisogni socio-sanitari complessi trovano risposte sia di tipo sanitario che sociale.

La DGR 224/2007 prevede che il sistema delle cure domiciliari venga governato dal **Centro di coordinamento delle Cure Domiciliari a livello di ASL**, che ricomprende, per la parte sociale, anche il Coordinatore (Responsabile) degli Ambiti territoriali e un'Assistente sociale degli stessi Ambiti. A livello operativo si prevede per ciascun Distretto il **Gruppo operativo distrettuale**, che ricomprende anche psicologi, assistenti sociali, educatori professionali. La DGR precisa anche che del gruppo operativo, a giudizio dell'UVM e in sede di formulazione del PAI, può far parte anche qualsiasi altra figura professionale (anche volontaria) utile per la soluzione dei problemi assistenziali della persona.

La Regione Abruzzo, con DGR n. 23 del 16.01.2012, recante "Approvazione della Cartella Domiciliare Integrata Regionale", ha definito anche tutti gli strumenti valutativi e di progettazione individualizzata delle cure domiciliari.

La gestione dei pazienti cronici il più possibile a domicilio costituisce anche l' **obiettivo n. 1 del Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese** (DCA n. 55 del 10.06.2016), che prevede la riqualificazione dell'assistenza domiciliare con il potenziamento della telemedicina, l'aggiornamento omogeneo del sistema di valutazione dei pazienti per l'arruolamento in residenzialità, la creazione di una Banca Dati Assistibili.

Recentemente la legge regionale 43/2016 ha rafforzato il **ruolo, il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare**, quale figura chiave per il sostegno domiciliare, prevedendo anche specifici compiti all'interno del piano individualizzato, sostegni economici attraverso assegni di cura, azioni e misure di conciliazione dei tempi. A carico dei Comuni e delle ASL la Regione pone l'informazione, la formazione, il supporto contro il rischio di burn-out, la definizione del responsabile del piano individualizzato (che deve supportare anche il caregiver), la domiciliarizzazione delle visite specialistiche, una rete di sostegno costituita da responsabile del caso, medico di famiglia, servizi sociali e sanitari, volontariato e vicinato.

Raccomandazioni

Al fine di rafforzare l'integrazione nelle cure domiciliari, alla luce delle previsioni del Piano sociale regionale 2016-2018, si raccomanda agli Ambiti distrettuali sociali, alle ASL e ai Distretti sanitari, nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria e degli altri strumenti attuativi:

1. di istituire (se ancora non istituito), di mettere a regime e di valorizzare il ruolo del **Centro di coordinamento delle Cure Domiciliari a livello di ASL**, prevedendo il coinvolgimento di tutti i responsabili degli Uffici di Piano dell'Ambito distrettuale e di un assistente sociale per ciascun Ambito distrettuale;
2. di rafforzare e valorizzare nel **Gruppo operativo distrettuale**, presente in ciascun Distretto, la partecipazione permanente 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.

2.3. La gestione integrata del sistema della residenzialità e semiresidenzialità

Il sistema socio-sanitario della residenzialità e della semiresidenzialità è regolato in Abruzzo dalla L.R. 32/2007 per gli aspetti connessi al regime di **autorizzazione e accreditamento**, dal Piano sanitario regionale 2008-2010 (L.R. 5/2008) e da una serie di atti, prevalentemente commissariali, in merito a **riconversione delle strutture, fabbisogno, compartecipazione al costo sociale delle prestazioni da parte degli utenti**.

Il DPCM sui nuovi LEA prevede:

- all'art. 30, **l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti**, ponendo in integrazione socio-sanitaria i trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico" a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività (i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale); i trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti (i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione); nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico", ivi compresi interventi di sollievo, a persone con demenza senile e i trattamenti di lungoassistenza, di recupero e di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria;
- all'art. 31, **l'assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita** con un complesso integrato delle prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, l'assistenza farmaceutica e gli accertamenti diagnostici, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale, erogate da équipes multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice;
- all'art. 32, **l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali**, ponendo in integrazione socio-sanitaria i "trattamenti residenziali socio-riabilitativi, rivolti a soggetti parzialmente non autosufficienti, non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare, che necessitano di una soluzione abitativa e di tutela sanitaria. I trattamenti sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza del personale sociosanitario per almeno 12 ore;
- all'art. 33, **l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità**, ponendo in integrazione socio-sanitaria i trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento di diversa intensità, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari a persone con gravi disabilità, in regime semi-residenziale e residenziale; i trattamenti socio-riabilitativi di mantenimento di diversa intensità, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari a persone con disabilità prive di sostegno familiare in regime semi-residenziale e residenziale, i trattamenti socio-riabilitativi di recupero in laboratori e centri occupazionali semi-residenziali (sono previste quote di compartecipazione del SSN dal 70 al 40%);
- all'art. 34, **l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con**

dipendenze patologiche, prevedendo prestazioni di tipo sociale, quali la psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo), gli interventi riabilitativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, gli interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo), l'addestramento e formazione al lavoro, la collaborazione con la rete sociale informale ai fini del reinserimento sociale;

Il Piano sociale regionale 2016-2018 prevede all'Obiettivo Essenziale 7 la promozione dello sviluppo di una **rete di microresidenzialità di tipo familiare per minori, anziani e disabili**, superando i modelli istituzionalizzanti, sia secondo un approccio di **piccola comunità protetta che di comunità a valenza socio-sanitaria integrata per i bisogni più complessi**.

Raccomandazioni

Nelle more del processo di riconversione delle strutture e dell'adeguamento ai nuovi LEA, si raccomanda agli Ambiti distrettuali sociali, alle ASL e ai Distretti sanitari, nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria e degli altri strumenti attuativi:

1. di costituire un **Gruppo di lavoro sulla residenzialità e semiresidenzialità** congiunto fra DSB-ECAD, all'interno del Nucleo operativo UCCP-AFT-Servizio sociale professionale (si veda §3.4), 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.

2.4. Servizi integrati nella strategia per l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia

L'articolo 24 del DPCM sui LEA prevede l'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, nell'ambito dell'assistenza fornita dal Distretto. In essa sono ricomprese le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in ogni caso:

- a) **educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile;**
- b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile;
- c) consulenza preconcezionale;
- d) tutela della salute della donna;
- e) **assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro;**
- f) **corsi di accompagnamento alla nascita** in collaborazione con il presidio ospedaliero;
- g) consulenza e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni;
- h) consulenza e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita;
- i) consulenza e assistenza per problemi correlati alla menopausa;
- j) **consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia;**
- k) **consulenza e assistenza a favore degli adolescenti;**
- l) **prevenzione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di abusi;**
- m) **psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);**
- n) **supporto psicologico e sociale a nuclei familiari a rischio;**

- o) adempimenti per l'affidamento familiare e l'adozione di minori;
- p) rapporti con il Tribunale dei minori.

Il DPCM precisa, poi, che l'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie è integrata da interventi sociali. I Distretti sanitari garantiscono, dunque, una serie di prestazioni fondamentali per il benessere del bambino, della coppia genitoriale e della donna, sia all'interno dei servizi consultoriali che nei distretti. Appare necessario sottolineare che il DPCM ricomprende anche **servizi di supporto psicologico e di psicoterapia in favore di famiglie, bambini vittime di maltrattamenti o di disagio, nuclei familiari a rischio**, di cui spesso si fanno tuttavia carico solo i Comuni in quanto l'assistenza distrettuale non li ha attivati o resi disponibili per carenza di risorse umane o fondi. In molti casi occorre constatare che l'erogazione di tali LEA è molto debole in Abruzzo e che le ASL e i Distretti debbano organizzare in modo più efficace ed efficiente l'assistenza ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, anche per adottare prassi di prevenzione socio-sanitarie adeguate, senza scaricare sugli Ambiti Distrettuali la totale presa in carico di minori o di situazioni di disagio.

Su questi aspetti punta anche la strategia per la famiglia e le nuove generazioni del Piano sociale regionale 2016-2018, che prevede una serie di azioni di integrazione socio-sanitaria quali:

- il rilancio del ruolo delle *Equipe per le adozioni* e raccordo con le linee guida in materia di maltrattamento sui minori, favorendo una più incisiva integrazione fra le professionalità sociali, sanitarie, giudiziarie, che presiedono i processi di protezione dei minori in situazioni di disagio;
- lo sviluppo di interventi multidisciplinari consulenziali (sociali, sanitari, giudiziari e scolastici), in grado di dare risposte integrate di tipo medico-pediatrico, pedagogico, educativo, socio-assistenziale, psicologico, psicoterapeutico, di tutela civile, sociale e legale, ai bambini e agli adolescenti in difficoltà, con la previsione di servizi socio-sanitari di Ambito-ASL-Distretto-Consultorio;
- gli interventi di prevenzione del maltrattamento e di riduzione dell'istituzionalizzazione dei minori attraverso misure integrate di assistenza educativa domiciliare, presa in carico dei servizi diurni, sviluppo dell'affidamento eterofamiliare;
- azioni e programmi mirati e personalizzati per bambini che presentino situazioni di rischio di esclusione sociale o di maltrattamento e trascuratezza a causa di condizioni familiari problematiche, di appartenenza a culture diverse o a minoranze etniche, della presenza di disabilità, ritardi e disturbi della persona di qualsiasi natura.

Raccomandazioni

Per rafforzare la strategia per la famiglia e le nuove generazioni, si raccomanda nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria, dei protocolli operativi e degli altri strumenti attuativi:

1. alle ASL e ai Distretti sanitari di **riorganizzare l'offerta di servizi sociosanitari rivolta ai minori, alle donne, alle 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. agli Ambiti distrettuali di porre in essere, anche nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria, percorsi integrati fra Servizio sociale professionale e Servizi Distrettuali per l'infanzia e la famiglia, con apposite procedure di presa in carico;
3. ai Distretti e agli Ambiti distrettuali di creare un **“Nucleo operativo Infanzia, Adolescenza e Famiglia”** con operatori dei Consultori pubblici e privati 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.

2.5. Integrazione dei servizi per la non autosufficienza

Le politiche per la non autosufficienza sono pienamente entrate nella programmazione del Piano sociale regionale 2016-2018, ricomprendendo altresì tutte le azioni connesse al Fondo nazionale per le non autosufficienze. Il Piano prevede una serie di misure di integrazione socio-sanitaria, da realizzarsi con il concorso del Fondo sanitario nazionale e del Fondo nazionale per le non autosufficienze, che qui si riportano integralmente:

- 1) la composizione delle Unità di Valutazione Multidimensionali con il rafforzamento del ruolo del Servizio sociale professionale, l'inserimento di figure specialistiche nei casi di valutazione che riguardano l'età pediatrica o particolari patologie dell'età adulta, sulla base di protocolli omogenei sul territorio regionale, la formalizzazione del raccordo fra UVM e Servizi sociali territoriali;
- 2) la definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato sotto la duplice responsabilità del Distretto sanitario e dell'Ambito distrettuale;
- 3) il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Sociale e Integrata sia con l'incremento progressivo delle risorse sanitarie per adeguarle agli standard nazionali sia con un più stretto coordinamento fra Ambiti distrettuali sociali e Distretti sanitari;
- 4) l'utilizzo delle nuove tecnologie per il telesoccorso, la teleassistenza, la teleriabilitazione, specie nelle aree a forte dispersione di popolazione sul territorio;
- 5) lo sviluppo di servizi specialistici ad alta integrazione socio-sanitaria per soggetti in età pediatrica affetti da patologie con gravissima disabilità;
- 6) lo snellimento dell'attuale legislazione per regolamentare e velocizzare l'erogazione dei benefici ai soggetti non autosufficienti con gravissima disabilità;
- 7) lo sviluppo dei Centri diurni dedicati a persone non autosufficienti con patologie neuro-degenerative a valenza sanitaria e socio-sanitaria;
- 8) la riduzione dell'istituzionalizzazione delle persone non autosufficienti con programmi mirati di residenzialità assistita e di micro-residenzialità a dimensione familiare;
- 9) l'adozione di misure per regolare il mercato privato del lavoro di cura con l'istituzione di albi delle assistenti familiari e l'incentivazione al ricorso ad operatori sociali qualificati;
- 10) le eventuali e ulteriori misure di cui al provvedimento di riparto delle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze.

Oltre a quanto già previsto in altri paragrafi delle presenti Linee di indirizzo (residenzialità e semiresidenzialità, UVM, etc.), l'integrazione socio-sanitaria in materia di non autosufficienza rappresenta una pilastro trasversale fondamentale di integrazione gestionale. Essendo tale livello di integrazione trasversale a tutti i processi, si rinvia alle raccomandazioni inserite nei rispettivi paragrafi.

2.6. Integrazione dei servizi per la disabilità e la salute mentale

Il Piano sociale regionale 2016-2018 prevede una specifica strategia sulla disabilità, che ricomprende, in sintesi, in materia di integrazione socio-sanitaria, i seguenti aspetti:

- lo sviluppo di servizi per la residenzialità, secondo il modello del "dopo di noi" così come previsto dalle sperimentazioni regionali finanziate all'interno del progetto "RADAR" e dalla Legge 22/06/2016, n. 112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare";

- l'adozione di scale di valutazione e classificazione per la valutazione del bisogno e la programmazione degli interventi personalizzati;
- la garanzia della predisposizione e realizzazione dei Progetti individualizzati per le persone con disabilità, ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, da parte di tutti i Servizi sociali professionali degli Ambiti distrettuali quale vincolo per l'erogazione delle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie per tutte le fasce di età e le tipologie di disabilità;
- l'attuazione sul territorio regionale e all'interno del Piano distrettuale sociale degli interventi integrati socio-sanitari di cui all'art. 3 della L. 134/2015 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie";
- la predisposizione di un apposito programma di ambito distrettuale, con forte integrazione socio-sanitaria (collaborazione con Dipartimenti di salute mentale, con l'adozione di protocolli operativi) e coinvolgimento del terzo settore, per l'assistenza e l'inclusione sociale di persone (minori e adulti) con disturbi mentali sia con finalità preventive che di inserimento sociale e per il sostegno ai caregiver familiari;
- la promozione dei servizi specialistici ad alta integrazione socio-sanitaria per le persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA);
- la realizzazione di interventi socio-sanitari di cui alla L. 123/2005 per favorire il normale inserimento e l'inclusione nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia.

Il DPCM sui nuovi LEA prevede:

- **all'art. 25, l'assistenza sociosanitaria distrettuale alle persone con disturbi mentali**, all'interno della quale il Servizio sanitario nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti e dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", integrate da interventi sociali;
- **all'art. 26, l'assistenza sociosanitaria distrettuale ai minori con disturbi neuro-psichiatrici**, per la quale il Servizio sanitario nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato, in linea con quanto previsto dall'art. 25, con l'inclusione, tra le altre prestazioni di colloqui psicologico-clinici, psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo), colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia, interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana (inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e risocializzazione, individuali e di gruppo), gruppi di sostegno e training per i familiari, interventi sulla rete sociale, formale e informale;
- **all'art. 27, l'assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità**, per le quali il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti, ritenute necessarie e appropriate nelle seguenti aree di attività:
 - a) valutazione diagnostica multidisciplinare;
 - b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato;
 - c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
 - d) colloqui psicologico-clinici;
 - e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);

- f) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- g) abilitazione e riabilitazione estensiva, di recupero e mantenimento funzionale in ambito motorio, psico-motorio, del linguaggio, della comunicazione e delle funzioni cognitive (individuale e di gruppo);
- h) interventi psico-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana (inclusi interventi di tipo espressivo, pratico-manuale e motorio, di socializzazione e risocializzazione, individuali e di gruppo);
- i) interventi di supporto alle attività della vita quotidiana;
- j) interventi di socializzazione;
- k) gruppi di sostegno e training per i familiari;
- l) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- m) consulenze specialistiche nei reparti ospedalieri e negli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- n) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- o) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni.

I LEA prevedono che l'assistenza distrettuale, nei tre ambiti di azione, è **“integrata da interventi sociali”**.

La responsabilità prevalente della presa in carico per le prestazioni elencate è, quindi, sostanzialmente posta dai LEA in capo all'assistenza distrettuale per i minori e gli adulti con disturbi mentali e per le persone con disabilità complesse, con la possibilità da parte degli Ambiti distrettuali sociali di “integrarla” con interventi sociali.

Raccomandazioni

Per rafforzare la strategia per la disabilità e per la salute mentale, si raccomanda nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria, dei protocolli operativi e degli altri strumenti attuativi:

1. alle ASL e ai Distretti sanitari 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. agli Ambiti distrettuali di porre in essere, anche nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria, **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. alle ASL, ai Distretti sanitari, agli ECAD di stipulare un **protocollo operativo socio-sanitario sulla disabilità e sulla salute mentale** con la previsione di azioni congiunte, che mettano in connessione servizi distrettuali, ospedalieri e territoriali.

2.7. Integrazione dei servizi nell'area delle dipendenze

Le politiche di integrazione sociale, all'interno del Piano sociale regionale 2016-2018, prevedono anche la promozione di servizi socio-sanitari integrati nell'area delle dipendenze quali:

- 1) l'effettiva attuazione della L.R. 40/2013 per il rilancio della prevenzione della dipendenza dal gioco d'azzardo;
- 2) la creazione di percorsi integrati e di progetti individualizzati fra Ambiti distrettuali, Servizi per le Dipendenze, Servizi pubblici e privati di cura per favorire il processo di reinserimento sociale e lavorativo delle persone con dipendenza;

- 3) l'attuazione di Progetti obiettivo regionali, finanziati dal Servizio sanitario nazionale, mirati alla prevenzione delle dipendenze in stretta collaborazione fra servizi sanitari e servizi sociali;
- 4) la promozione di interventi di auto-mutuo aiuto fra persone affette da dipendenze.

I nuovi LEA prevedono all'articolo 28 l'assistenza sociosanitaria territoriale alle persone con dipendenze patologiche, alle quali il Servizio sanitario nazionale garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti, integrate da interventi sociali.

Raccomandazioni

Si raccomanda nell'ambito della Convenzione socio-sanitaria e degli altri strumenti attuativi:

1. l'attivazione di un **Gruppo operativo congiunto SerD-Servizio sociale professionale** per la presa in carico congiunta di persone affette da dipendenza attraverso interventi integrati sociali e sanitari (LEA);
2. la previsione di un **protocollo operativo socio-sanitario sulle dipendenze** con la previsione di azioni congiunte ASL-ECAD di prevenzione e presa in carico.

LINEA DI INDIRIZZO 3 – INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

3.1. L'integrazione professionale nel Punto Unico di Accesso

La Regione ha emanato diverse e specifiche norme e linee di indirizzo sul Punto Unico di Accesso (PUA), a partire dai Piani sociali regionali 2002-2004, 2007-2009, 2011-2013, dal Piano sanitario regionale 2008-2010 (L.R.5/2008), dalla DGR 224/2007. Tuttavia, l'ultimo atto prescrittivo sul PUA in ambito sanitario è previsto dal Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 2013. Esso prevede in sintesi:

- accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali;
- servizio strategico per l'integrazione socio-sanitaria;
- semplificazione, sburocratizzazione, ottimizzazione della presa in carico;
- ubicazione nei punti di erogazione del distretto;
- collegamento con i segreterati sociali degli Ambiti sociali;
- dotazione minima di un assistente sociale (di ambito sociale o di distretto), un operatore professionale sanitario, un amministrativo, un direttore di distretto;
- possibilità di utilizzare altro personale di distretto o di ambito;
- istituzione con deliberazione del direttore generale dell'ASL;
- la richiesta di accesso può essere formulata da tutti i diversi stakeholders e viene registrata secondo uno standard minimo di informazioni;
- distinzione fra bisogni semplici, direttamente gestiti dal PUA, e bisogni complessi inviati all'UVM.

Il Piano sociale regionale 2016-2018 ha rilevato una insufficiente integrazione fra PUA e Segreterato sociale, criticità nella condivisione dei dati, insufficiente dotazione di personale sanitario. Ha altresì previsto il Punto Unico di Accesso quale livello essenziale di prestazione sociale, il rafforzamento dell'accesso sociale nell'ambito del PUA, il suo ruolo centrale nel processo di integrazione, lo stretto raccordo formalizzato fra PUA, Segretariato sociale, Servizio sociale professionale e Unità di valutazione multidimensionale. Il Piano precisa anche che "il raccordo operativo fra PUA, Segretariato sociale e Servizio sociale professionale deve essere garantito con apposito Protocollo operativo in ogni ambito distrettuale".

Obiettivo essenziale nel Piano sociale regionale 2016-2018 è anche il rafforzamento della cooperazione fra Comuni e ASL per lo sviluppo dei **Punti Unici di Accesso** integrati e diffusi sul territorio, assicurando un'adeguata presenza della componente sociale fra gli operatori del PUA e garantendo una **maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini, specie nelle aree montane**, anche attraverso l'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario fra ECAD e ASL-DSB.

Raccomandazioni

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il nucleo centrale di coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria. Le Convenzioni socio-sanitarie e gli strumenti operativi prevedono a livello di ASL e di ciascun Distretto e Ambito distrettuale sociale:

1. la costituzione del PUA con deliberazione del Direttore generale dell'ASL e dell'Ambito distrettuale (Comune singolo o Conferenza dei sindaci nel caso di ambiti pluricomunali);
2. la presenza nel PUA di almeno un assistente sociale dell'Ambito distrettuale;
3. l'incremento della dotazione di personale sanitario nel PUA;
4. la disponibilità di più punti di erogazione dei PUA sia a livello di Ambiti Distrettuali che di zone sociali, specie nelle aree montane;
5. l'adozione di un protocollo operativo di organizzazione, di procedure, di interscambio dati del

- PUA fra Distretto sanitario e Ambito Distrettuale sociale;
6. la definizione di un elenco unificato dei servizi e delle prestazioni del Distretto e dell'Ambito distrettuale 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.

3.2. L'integrazione nell'attività di valutazione multidimensionale

Analogamente alla regolazione del PUA, le Unità di Valutazione Multidimensionale sono state nel corso di questi anni oggetto di più provvedimenti, l'ultimo dei quali è rappresentato dal Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 2013, in cui si prevede:

- la composizione dell'UVM con professionalità socio-sanitarie preposte alla valutazione di utenti rispetto a problematiche di tipo sanitario, assistenziale, tutelare, psicologico e socio-economico; come previsto dalla L.R. 5/2008 l'UVM è composta da: Direttore del Distretto come Coordinatore, Medico di medicina generale eletto nell'UCAD, Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Distretto o altro personale sanitario, Assistente sociale dell'Ente di Ambito e del Distretto; tale composizione può essere integrata con altre figure specialistiche (Geriatra, Neurologo, Neuropsichiatra infantile, etc.), da familiari caregiver, da ogni altra figura ritenuta necessaria;
- le valutazioni devono essere svolte in forma collegiale;
- la forte relazione fra PUA e UVM;
- lo svolgimento di attività quali l'analisi e la valutazione multidimensionale, la visita del paziente, l'individuazione del setting, l'individuazione del Case Manager alla prima seduta di valutazione, l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato, la rilevazione dei servizi e delle prestazioni fruite da ciascun paziente.

Nel corso degli anni di attuazione dell'UVM, a partire dal Piano sanitario 2008-2010, è emersa la criticità di forte sbilanciamento dell'Unità di valutazione verso la dimensione sanitaria rispetto a quella sociale. Da entrambi i versanti è, invece, molto avvertita la necessità di integrazione gestionale dell'UVM, tanto che il Piano sociale regionale 2016-2018 ha previsto una serie di misure per "ribilanciare" il peso della componente sociale all'interno dell'UVM. Infine, negli ultimi tempi, le Unità di Valutazione Multidimensionali sono state investite anche di altri percorsi di accesso integrato socio-sanitario o di valutazione con utilizzo di griglie valutative specifiche e ulteriori rispetto a quelle indicate nel DCA 107/2013 (ad esempio, per la valutazione della disabilità gravissima sulla base degli strumenti individuati nel Decreto di riparto del Fondo per le non autosufficienze dell'anno 2016).

Il Piano sociale 2016-2018, in materia di Unità di Valutazione Multidimensionali ha, infatti, previsto:

- il potenziamento del ruolo del servizio sociale all'interno delle Unità di Valutazione Multidimensionale, dando pari dignità alla componente sanitaria e a quella sociale, con definizione di protocolli comuni per i piani prestazionali condivisi e prevedendo l'inserimento anche di figure specialistiche in presenza di soggetti in età pediatrica;
- la composizione delle Unità di Valutazione Multidimensionali con il rafforzamento del ruolo del Servizio sociale professionale, l'inserimento di figure specialistiche nei casi di valutazione che riguardano l'età pediatrica o particolari patologie dell'età adulta, sulla base di protocolli omogenei sul territorio regionale, la formalizzazione del raccordo fra UVM e Servizi sociali territoriali;
- la presenza obbligatoria nelle Unità di valutazione multidimensionali dell'assistente sociale del servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale (al contrario della facoltatività

- della DCA 107/2013);
- la possibilità dell'attivazione dell'UVM anche da parte dei servizi pubblici istituzionali (ad esempio, l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni);
- l'adozione di modelli comuni, sociali e sanitari, di valutazione e presa in carico di persone con bisogni complessi;
- lo sviluppo di banche dati e sistemi informativi condivisi per la gestione dei casi;
- la creazione di registri e osservatori locali per il monitoraggio delle fragilità sociali e sanitarie.

Sempre il Piano sociale prevede che

“Il potenziamento del ruolo dell'assistente sociale e l'obbligo alla presenza di almeno un assistente sociale del Servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale sociale all'interno della Unità di Valutazione Multidimensionale assumono altresì un carattere prioritario, anche e soprattutto a partire dai servizi per la non autosufficienza, configurandosi come centri di decisioni per la realizzazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato integrato). L'UVM dovrà altresì essere adeguatamente costituita in termini di professionalità rappresentate a seconda dei casi trattati, prevedendo l'inserimento di figure adeguate per una corretta valutazione della disabilità in ambito pediatrico, opportunamente formate e con l'utilizzo di protocolli di valutazione omogenei sul territorio regionale, nonché di figure di psicologi in grado di poter svolgere accurate valutazioni della dimensione psichica della persona non autosufficiente”.

Il **Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese** (DCA n. 55 del 10.06.2016) introduce, con il finanziamento previsto dai Progetti Obiettivo nazionali, l'incremento di 60 case manager (ciascuno dei quali potrà gestire 100 pazienti) e 11 psicologi, che dovranno sostenere il sistema valutativo e assistenziale dei pazienti cronici.

Sebbene l'attuazione delle misure in materia di UVM necessitino di interventi su più livelli programmatori, si forniscono alcune raccomandazioni in attuazione delle previsioni del Piano sociale regionale 2016-2018 nella direzione di rafforzare l'integrazione professionale.

Raccomandazioni

L'Unità di Valutazione Multidimensionale rappresenta un importante pilastro dell'integrazione socio-sanitaria professionale, avendo il compito di valutare, pianificare, coordinare e supervisionare l'intero processo di presa in carico sociale e sanitaria della persona con bisogni complessi.

Le Convenzioni socio-sanitarie e gli strumenti operativi prevedono a livello di ASL e di ciascun Distretto e Ambito distrettuale sociale:

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.

3.3. La gestione integrata e il nuovo modello di Piano Assistenziale Individualizzato

Il Piano sociale regionale 2016-2018 dedica una specifica attenzione al Piano Assistenziale Individualizzato, cercando di valorizzare la dimensione “progettuale” dello strumento rispetto all'utilizzo a fini meramente erogativi, come spesso accaduto in passato, conformando anche gli schemi e i modelli esistenti. Il processo di presa in carico, alla luce della valutazione, può essere pienamente valorizzato se il PAI, strumento oggi obbligatorio per l'erogazione di servizi e prestazioni socio-sanitarie in tutti gli ambiti della non autosufficienza e delle patologie croniche, ricomprende tutti gli aspetti bio-psico-sociali della persona assicurando il massimo livello di cure per il miglioramento della qualità della vita delle persone beneficiarie dei servizi.

Il Piano sociale regionale 2016-2018 prevede che:

*“A livello di servizi l'integrazione sociosanitaria dovrà mettere al centro la persona, con la revisione e l'ottimizzazione dello strumento che consente la gestione coordinata dei servizi integrati, ovvero il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), che dovrà essere progettato, gestito, monitorato, informatizzato e costantemente aggiornato a cura sia degli operatori sociali che sanitari, consentendo anche la partecipazione dell'utente e della sua famiglia. A tal fine il Distretto sanitario deve poter rendere disponibile tutta la relativa documentazione all'operatore del Servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale, prevedendo anche la gestione informatizzata e condivisa del documento. Nei casi di non autosufficienza di minori e di adulti, il PAI deve configurarsi anche come **Progetto di vita** e non soltanto come mero strumento di erogazione dei servizi (cfr. art. 14 della L. 328/2000)”.*

Anche il Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese, di cui alla DCA n. 55 del 10.06.2016, ha posto una forte enfasi su questo strumento, in linea con il Piano sociale regionale 2016-2018. Esso prevede che il Piano Assistenziale sia costantemente verificato e monitorato rispetto all'erogazione effettiva dei servizi con l'utilizzo di un Sistema Informativo di verifica del PAI per il paziente in Assistenza Domiciliare TeleAssistita. Più in particolare, il Piano di riqualificazione prevede che il sistema informativo debba rappresentare in dettaglio:

1. il Piano Assistenziale previsto per ogni singolo paziente,
2. la valutazione iniziale del paziente,
3. il fabbisogno di assistenza ritenuto necessario,
4. le modalità di erogazione delle cure programmate, anche eventualmente in modalità teleassistita,
5. gli accessi presso il domicilio del paziente dei singoli operatori sanitari, anche attraverso meccanismi di conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione prevista, da parte del paziente o dei suoi familiari,
6. eventuali progressi raggiunti.

Raccomandazioni

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, le Convenzioni socio-sanitarie e gli strumenti operativi prevedono a livello di ASL e di ciascun Distretto e Ambito distrettuale sociale:

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 (si veda § 3.5).

3.4. Percorsi di continuità nelle cure primarie

Il Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 08.03.2016, recante "**Art. 8, comma 1, Dlgs 502/1992, Patto per la salute 2014-2016. Programmazione regionale in ordine all'istituzione e attivazione delle Unità Complesse di Cure Primarie**", introduce un'importante innovazione per l'integrazione socio-sanitaria prevedendo l'istituzione e l'attivazione delle UCCP.

In sintesi, il Decreto disegna un modello di UCCP secondo le seguenti caratteristiche:

- forma organizzativa multiprofessionale costituita da medici (convenzionati o dipendenti), infermieri, professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria, e rivolta alla presa in carico e all'assistenza dei portatori di patologie croniche;
- ha sede presso il Distretto e funge da snodo fondamentale fra l'assistenza territoriale e altri nodi della rete assistenziale, in connessione con le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale e della pediatria di libera scelta – DCA 16/2016);
- assicura l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori sanitari, socio-sanitari e sociali, la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali;
- compete all'UCCP assicurare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria di base, realizzare la continuità dell'assistenza nel territorio, garantire la completa presa in carico della popolazione di riferimento, sviluppare la medicina di iniziativa e di prevenzione, assicurare l'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale, a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza, garantire la continuità tramite utilizzo della ricetta elettronica e la scheda sanitaria individuale informatizzata e del Fascicolo sanitario elettronico;
- è finanziata con appositi provvedimenti aziendali, in coerenza con gli obiettivi e i programmi del Distretto, ed è attivata entro tre mesi dall'approvazione della DCA.

Pur non prevedendo un coinvolgimento strutturato dentro le UCCP di personale dei servizi sociali ma solo di personale sociale a rilevanza sanitaria, il Decreto lascia ampio spazio di collaborazione fra ECAD e Distretti nell'articolazione dei necessari collegamenti fra servizi sociali e sanitari, che possono essere formalizzati e declinati all'interno del processo di integrazione socio-sanitaria.

Raccomandazioni

Nell'ambito dei protocolli operativi, delle Convenzioni socio-sanitarie, degli altri strumenti attuativi, gli ECAD e i Distretti prevedono:

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.

3.5. Indicazioni per la gestione documentale e il sistema di monitoraggio integrato

E' noto che i Servizi sociali e i Servizi sanitari scontano un rilevante ritardo nei processi di digitalizzazione della documentazione. In Abruzzo la gestione documentale dei servizi sociali e sanitari è ancora sostanzialmente affidata a strumenti cartacei, sebbene ci siano stati alcuni tentativi nello scorso decennio di informatizzazione (ad esempio, l'adozione di una scheda digitale unica del Segretariato sociale o l'Anagrafe sociale dell'utente dei servizi). Il *digital divide* nei servizi sociali e sanitari rappresenta un forte limite sia alla gestione e monitoraggio dei singoli casi sia alla condivisione e allo scambio di informazione fra servizi con il conseguente indebolimento dell'integrazione socio-sanitaria.

Anche in questo caso il Piano sociale 2016-2018 e il Piano di riqualificazione del Servizio sanitario abruzzese 2016-2018 (si rinvia al § 3.3) si pongono un medesimo obiettivo di creazione di un **sistema informativo socio-sanitario integrato**.

Il Piano sociale prevede un sistema informativo integrato Distretto-ECAD per la gestione del PUA e del sistema di accesso, l'investimento di specifiche azioni e risorse del Fondo sociale regionale per l'implementazione del sistema informativo unitario con standard comuni (Area di innovazione 1, pag. 76), l'inserimento dell'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario unificato per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con i bisogni socio-sanitari.

Con D.G.R. n. 438 del 30.06.2016, avente ad oggetto "**Intesa rep. Atti 146/CSR del 30/07/2015 – progetto pilota per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località caratterizzate da difficoltà di accesso. Approvazione progetto regionale "Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne"**", la Regione si è fatta anche promotrice di una sperimentazione all'interno di un Distretto pilota dell'ASL di Chieti del SISST, da estendere successivamente anche ad altri territori, che va nella direzione di sviluppare un prototipo unitario e integrato di dati sociali e sanitari.

Raccomandazioni

In linea con l'obiettivo di digitalizzazione della documentazione dei servizi sociali e socio-sanitari che sarà sostenuto anche a livello regionale, gli ECAD e i Distretti prevedono:

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 e Distretti tramite 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.

3.6. Formazione congiunta degli operatori dell'area sanitaria e sociale

Un aspetto fondamentale per sviluppare l'integrazione professionale socio-sanitaria è rappresentato dalla formazione congiunta delle figure professionali alla base dei due sistemi. E' opportuno che gli investimenti previsti dal Piano sociale regionale 2016-2018 e dal Piano di riqualificazione del SSR per la valorizzazione delle risorse umane siano destinati a tale scopo. Già la Regione, nell'ambito della formazione per la redazione dei Piani sociali di ambito distrettuale, ha previsto la formazione congiunta dei responsabili di Distretto e di ECAD al fine di agevolare la co-progettualità.

Raccomandazioni

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, le Convenzioni socio-sanitarie e gli strumenti operativi prevedono a livello di ASL, di Distretto e Ambito distrettuale sociale:

1. la gestione di percorsi seminariali di formazione congiunta per la gestione integrata dei servizi socio-sanitari;
2. lo sviluppo di competenze digitali degli operatori per il rafforzamento dei processi di digitalizzazione con percorsi formativi comuni Distretto-ECAD;
3. l'organizzazione e la co-gestione di percorsi informativi e formativi rivolti ai caregiver di persone con bisogni socio-sanitari complessi.

ALLEGATO 1 - APPENDICE NORMATIVA

Regione Abruzzo, D.G.R. 224 del 13.03.2007, Appendice E, **“Sistema delle cure domiciliari. Linee guida”**

Regione Abruzzo, L.R. 10.03.2008, n. 5, **“Un sistema di garanzie per la salute, Piano sanitario regionale 2008-2010”**.

Ministero della Sanità, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, **“Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”**, 2008

Regione Abruzzo, DGR n. 23 del 16.01.2012, **“Approvazione della Cartella Domiciliare Integrata Regionale”**

Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 107 del 20.12.2013, **Linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale**

Regione Abruzzo, **Decreti del Commissario ad acta sulle quote di compartecipazione dell'utenza alle prestazioni socio-sanitarie**: Decreti n. 92-103-105/2014, n. 13/2015, n. 34/2016, n. 93/2016, n. 94/2016.

Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 56 del 29.05.2015, **Piano regionale di prevenzione 2014-2018**

Regione Abruzzo, D.G.R. n. 667 del 07.08.2015, **“Programmazione sociale regionale. Definizione degli Ambiti territoriali sociali. Atto di indirizzo”**.

Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 16 del 08.03.2016, **“Art. 8, comma 1, Dlgs 502/1992, Patto per la salute 2014-2016. Programmazione regionale in ordine all'istituzione e attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della medicina generale e della pediatria di libera scelta”**

Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 08.03.2016, **“Art. 8, comma 1, Dlgs 502/1992, Patto per la salute 2014-2016. Programmazione regionale in ordine all'istituzione e attivazione delle Unità Complesse di Cure Primarie”**

Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 55 del 10.06.2016, **“Piano di riqualificazione del Servizio sanitario regionale 2016-2018”**

Regione Abruzzo, Decreto del Commissario ad acta n. 65 del 29.06.2016, **Piano regionale di prevenzione 2014-2018. Modifica e integrazione del Decreto del Commissario ad acta n. 56/2015 del 29.05.2015.**

Regione Abruzzo, D.G.R. n. 438 del 30.06.2016, **“Intesa rep. Atti 146/CSR del 30/07/2015 – progetto pilota per l'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria nelle isole minori e nelle località**

caratterizzate da difficoltà di accesso. Approvazione progetto regionale “Sistema Informativo Sociale e Sanitario Territoriale (SISST) della Regione Abruzzo per le Aree Interne”.

Regione Abruzzo, Deliberazione Consiglio Regionale 09.08.2016, n. 70/3, “**Definizione degli Ambiti Distrettuali Sociali**”.

Regione Abruzzo, Deliberazione Consiglio Regionale 09.08.2016, n. 70/4, “**Piano Sociale Regionale 2016-2018**”.

Regione Abruzzo, DGR n. 616 del 26.09.2016, “**Approvazione delle Linee guida per l’attuazione del Piano Sociale Regionale 2016/2018**”

Regione Abruzzo, DGR n. 728 del 15.11.2016, “**Verbale n. 70/4 con il quale il Consiglio Regionale nella seduta del 9.08.2016 ha approvato il Piano Sociale Regionale 2016 – 2018. D.G.R. n. 616 del 26.9.2016 “Approvazione delle Linee guida per l’attuazione del Piano Sociale Regionale 2016/2018”. Integrazioni e modifiche all’Allegato A.**”

Regione Abruzzo, DGR n. 726 del 15.12.2016, “**Approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – piano locale per la non autosufficienza – PLNA 2016**”

Regione Abruzzo, DGR n. 726 del 15.11.2016, “**Atto di Indirizzo Applicativo per l’attuazione omogenea e integrata nel territorio della Regione Abruzzo nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari della disciplina prevista dal D.P.C.M. 159/2013 (Indicatore della situazione economica equivalente ISEE)**” – Conferma del provvedimento già adottato con DGR n. 552/P del 25 agosto 2016

Regione Abruzzo, ASR Abruzzo, Agenzia Sanitaria Regionale, “**Studio sulle cure domiciliari. Analisi delle nuove linee guida**”, pubblicato sul sito istituzionale in data 22.09.2015

Conferenza Stato Regioni, Intesa rep. 82/CSR del 10 luglio 2014, **Patto per la salute 2014-2016.**

Regione Abruzzo, Legge regionale 27 dicembre 2016, n. 43, “**Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)**”

DPCM (in corso di pubblicazione sulla G.U.), **Livelli essenziali di assistenza (nuovi LEA)**