



Piano Sociale Regionale 2022-2024

Includere per contrastare le fragilità

Protezione - Inclusione - Opportunità di vita

***LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE
REGIONALE 2022-2024***

Allegato B

***Linee guida per la programmazione e la
realizzazione degli interventi e dei servizi alla
persona ad elevata integrazione
socio-sanitaria***

INDICE

ALLEGATO B - LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE E LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA AD ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	3
PREMESSA	3
1. INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE	5
1.1. La coerenza con il Piano distrettuale sociale e la Convenzione socio-sanitaria	5
1.2. La Condivisione della programmazione locale socio-sanitaria ambito-DSB	5
1.2.1. La programmazione unitaria integrata del Piano Distrettuale sociale	6
1.2.2. L'integrazione fra Distretto sanitario e Ambito Distrettuale Sociale	6
1.2.3. L'integrazione amministrativa dell'Ufficio di Piano dell'Ambito con il DSB.....	8
1.2.4. Indicazioni per la gestione economica integrata	9
2. INTEGRAZIONE GESTIONALE ED OPERATIVA DEI SERVIZI	10
2.1. L'accesso, la valutazione Multidimensionale e la presa in carico ai servizi di cura ad elevata integrazione socio-sanitaria complementari ai LEA e di prossimità	11
2.2. La gestione integrata dei servizi di cura domiciliare	13
2.3. La gestione integrata del sistema della residenzialità e semiresidenzialità	13
2.4. La gestione integrata dei servizi per la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza e l'area materno infantile.....	16
2.5. Integrazione dei servizi per la disabilità e la salute mentale	18
2.6. Integrazione dei servizi nell'area delle dipendenze.....	20
3. GLI INDIRIZZI SPECIFICI PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PER LE DISABILITÀ COMPLESSE, LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOSTEGNO AL CAREGIVER FAMILIARE E CATEGORIE FRAGILI.....	24
3.1. La gestione integrata dei servizi di sostegno diretti e indiretti alla disabilità complessa e alla non autosufficienza.....	24
3.2. La tipologia dei beneficiari degli interventi e dei servizi per il sostegno al caregiver familiare .	29
3.3. L'accesso, la valutazione del bisogno e l'attivazione degli interventi e servizi per la non autosufficienza e del caregiver familiare, elementi di incompatibilità	30
3.4. Indirizzo per la determinazione delle graduatorie di priorità di assegnazione dei benefici economici di cura per la disabilità gravissima e la non autosufficienza grave ed il sostegno al caregiver familiare nel caso di risorse insufficienti	30
3.5. Il sostegno alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare adeguato e le strutture per il Dopo di Noi e le case di comunità e case della salute.....	31
3.6. Rimodulazione e rendicontazione delle risorse ed obbligo di monitoraggio	31
3.6.1. Adempimenti a valere sulle misure e risorse del FNA	31
3.6.2. Adempimenti a valere sulle misure e risorse per il caregiver familiare	32
4. INTEGRAZIONE PROFESSIONALE	33
4.1. L'integrazione professionale nel Punto Unico di Accesso (PUA)	33
4.2. L'integrazione professionale nelle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	33
4.3. La gestione integrata e il nuovo modello di Piano Assistenziale Individualizzato	35
4.4. Indirizzi per la gestione documentale e per un monitoraggio in ambito socio-sanitario	36
4.5. La Formazione congiunta degli operatori dell'area sociale e sanitaria.....	36
ALLEGATO 1B – APPENDICE NORMATIVA	38
ALLEGATO 2B – CONVENZIONE INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - PSR 2022 - 2024	39

ALLEGATO B - LINEE GUIDA PER LA PROGRAMMAZIONE E LA REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI ALLA PERSONA AD ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Premessa

Il presente documento di indirizzo recepisce le indicazioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, recante “riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” con particolare riguardo all’art. 3-septies concernente l’integrazione sociosanitaria, della L. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona”, del DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” e del D.M. 26.09.2016 “Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze” e più recentemente del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” e degli indirizzi nazionali della Riforma programmata sulla disabilità e non autosufficienza 1.1. della Missione 5 e 6 del PNRR. Un documento funzionale e complementare alla nuova programmazione sociale nazionale (PSN 2021-23) approvato con decreto interministeriale del 22 ottobre 2021) e al Piano Sociale Regionale 2022-2024 in cui vengono inoltre recepiti ed applicati gli indirizzi del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 (DPCM 21.11.2019).

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- a) Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerative invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione, alla vita sociale e all’espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali. Sono da considerare prestazioni sociali e rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni e ambiti sociali, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini stabilità dai comuni e ambiti sociali e si esplicano attraverso:
 - Gli interventi di bisogno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e delle responsabilità familiari;
 - Gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
 - Gli interventi di sostegno e di aiuto domestico, familiare, finalizzati a favorire l’autonomia e la permanenza nel proprio domicilio e contesto di vita di persone non autosufficienti;
 - Gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell’autonomia, non assistibili a domicilio;
 - Gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l’inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psico-fisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;

- Ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

L'integrazione tra i servizi sanitari e sociali è ribadita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle Case di Comunità, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei Comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie.

La Regione può individuare, con successivi provvedimenti, le ulteriori modalità operative di attuazione di quanto previsto dalla Legge 328/2000 (articolo 8, comma 3, lett. a) e dal D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. (articoli 2 e 3-quater) in materia di integrazione socio-sanitaria.

Tale azione potrà essere ricompresa in un processo di riqualificazione dell'organizzazione e del funzionamento delle Aziende Sanitarie, nonché nell'ambito di un aggiornamento delle modalità operative dei distretti, al fine di realizzare livelli omogenei di offerta sul territorio, tramite strumenti operativi che coinvolgono la componente sociale ed il ruolo istituzionale dei Comuni.

Non da ultimo si richiama la Legge di Bilancio 2022, art. 1, comma 163 L. 234/2021 che ribadisce l'obbligo di integrazione socio-sanitaria.

Alla luce di quanto richiamato in premessa, le linee guida contengono gli indirizzi per la gestione degli interventi caratterizzati da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria. Secondo quanto previsto nel Piano Sociale Regionale 2022-2024, servizi, interventi e progetti, vengono pianificati e gestiti dagli Ambiti Distrettuali Sociali **mediante una programmazione sociale unitaria e integrata del Piano Distrettuale Sociale** (coerentemente con le finalità indicate dal Piano Sociale nazionale 2021-23 e il Piano nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 recepite con le linee guida e piano regionale con la DGR n. 707 del 17 novembre 2020).

La programmazione degli interventi e dei servizi alla persona ad elevata integrazione sociosanitaria, gestiti e realizzati in forma integrata dall'Ambito Distrettuale e del Distretto sanitario, secondo quanto già previsto dal D. lgs 229/1999 e dai LEA, riguarda sia aree sul versante della pianificazione sociale che della pianificazione sanitaria quali materno-infantile, la disabilità, la non autosufficienza e le patologie cronicodegenerative, la salute mentale, le dipendenze patologiche ed altre patologie che investono la persona ed il proprio nucleo familiare nell'ambiente sociale e di vita quotidiana.

Attraverso gli interventi programmati si intende, prioritariamente, evitare ogni tipologia di ricovero improprio e prevenire e ridurre la istituzionalizzazione e per favorire la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare, migliorando, di conseguenza, la qualità delle relazioni affettive intra familiari, nonché delle relazioni sociali.

Tale finalità viene perseguita attraverso l'assistenza sociosanitaria prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azione di protezione e coesione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla base di valutazioni multidimensionali e la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composita ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone disabili e non autosufficienti.

Risulta essenziale che sia per le prestazioni dirette che indirette, tramite l'operatore di riferimento, sia per la persona assistita ed i suoi familiari, sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio si faccia riferimento ad un vero e proprio **progetto assistenziale individuale (PAI)** che individua le risorse finanziarie, sociali, umane e professionali sociosanitarie in relazione ai bisogni assistenziali peculiari e per cui viene redatto un **"budget di progetto"**. Tale compito si sostanzia in una attività di raccordo e di collegamento tra

servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi, in cui il ruolo prioritario viene svolto dalla U.V.M. di cui fanno parte l'assistente sociale referente dell'A.D.S. e il personale socio-sanitario referente del D.S.B. quali figure professionali che in misura prevalente devono essere coinvolte nello svolgimento di tale compito.

1. INTEGRAZIONE ISTITUZIONALE

1.1. La coerenza con il Piano distrettuale sociale e la Convenzione socio-sanitaria

Il Piano sociale regionale 2022-2024 (PSR) individua nella Convenzione socio-sanitaria (allegato A "schema tipo - Convenzione per la gestione e la realizzazione dei servizi ed interventi ad elevata integrazione sociosanitaria") 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 ad elevata integrazione sociosanitaria, così come disegnati nel Piano distrettuale sociale e nel Programma delle attività territoriali.

Il presente documento di Linee Guida precisa il contenuto generale e modalità di formazione della Convenzione che deve essere dettagliato e completato in modo particolareggiato nel rispetto delle scelte adottate.

Allegato A "Convenzione per la gestione e la realizzazione dei servizi ed interventi ad elevata integrazione sociosanitaria".

L'Allegato A è il documento tipo di Convenzione socio-sanitaria, con l'elencazione di servizi, attività ed interventi che ne costituiscono il contenuto e ne descrive lo sviluppo delle attività organizzative ed operative, il personale e le risorse strumentali, i costi relativi, il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato.

La convenzione deve garantire la coerenza con il Piano sociale distrettuale e la normativa nazionale e regionale di riferimento. Il contenuto sostanziale deve essere inquadrato nelle strategie di sistema per l'integrazione socio-sanitaria concordemente adottate dall'Ambito e dall'Azienda USL, che fanno riferimento in linea generale a:

- *Misure specifiche per gli interventi e i servizi alla persona ad elevata integrazione sociosanitaria;*

Durata

La Convenzione socio-sanitaria ha durata pari a quella del PSR da cui trae origine.

1.2. La Condivisione della programmazione locale socio-sanitaria ambito-DSB

1.2.1. La programmazione unitaria integrata del Piano Distrettuale sociale

La Convenzione sociosanitaria definisce le modalità di raccordo istituzionale in materia di integrazione socio-sanitaria, tra ADS, DSB, Comuni e gli altri attori della rete sociale interessata alla programmazione e gestione dei servizi sociali ad elevata integrazione sociosanitaria.

1.2.2. 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 omogeneità 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 distrettuale sociale (PDS) 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, il rafforzamento nella nuova programmazione 2022-24 della governance e degli indirizzi:

- **a livello regionale**, la predisposizione di linee guida in ambito socio-sanitario finalizzate 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 di piani distrettuali sociali che rafforzano la gestione integrata Ambito-Distretto dei servizi ed interventi sociosanitari che richiede in primis 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.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

a) Potenziamento delle procedure di valutazione del bisogno e della presa in carico.

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. L'accesso al sistema integrato dei servizi è garantito dalla Porta Unitaria Unica di Accesso (P.U.A.), strumento che consente all'utente di percorrere, a partire da un punto unico di accesso, l'intera rete dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari, gestita congiuntamente dai Comuni/ambiti sociali /PDS) e dalla ASL

(PAT). 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 del bisogno sociosanitario**, anche attraverso l'impiego di strumenti e modalità comuni di lettura e di valutazione integrata socio-sanitaria multiprofessionale e multidimensionale. L'UVM tende a conseguire i migliori obiettivi di benessere, utilizzando le risorse ed attuando tutti gli interventi necessari presenti nella rete territoriale dei servizi. Lo scopo prioritario dell'UVM è la condivisione delle diverse valutazioni al fine di realizzare un progetto di presa in carico globale condiviso che si concretizza nella definizione dei Piani Assistenziali Individuali e budget di cura e di salute chiari e unitari, nell'individuazione del case-manager, nella valutazione dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi e risultati attesi programmati.

- **la definizione del progetto individualizzato e del budget di progetto**, 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, delle risorse sociali, sociosanitarie e familiare (caregiver familiare, dell'assistenza familiare e altra risorsa)

- **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.

Il processo integrato di valutazione e presa in carico si applica agli ambiti dell'assistenza sociosanitaria riferita:

- al Piano Locale per la Non Autosufficienza e le misure di sostegno al caregiver familiare ed altre categorie fragili;
- alle misure specifiche sociosanitarie integrate per la famiglia e l'infanzia e l'area materno-infantile;
- alle misure specifiche sociosanitarie per la Vita Indipendente, per il sostegno e l'inclusione sociale delle persone con disagio psichico, per favorire l'autonomia delle persone affette da gravi disabilità con misure specifiche integrate e complementari: Dopo di Noi, Case per la Vita, Case di Comunità e Ospedali di Comunità, Centri Diurni e Semiresidenziali ed altri servizi di prossimità anche innovativi e previsti;
- alle misure integrative e complementari di riforma per la disabilità e la non autosufficienza del PNRR (riforma 1.1. e 1.2.), i progetti previsti per l'implementazione delle Case di Comunità ed altri progetti sociosanitari di prossimità del PNRR, REACT EU e del PON Inclusione.

b) Rafforzamento della programmazione integrata infrastrutturale ed operativa dei servizi sociosanitari.

Uno degli obiettivi prioritari della programmazione sociale e sociosanitaria nel periodo 2022-2026 risiede proprio nella capacità di avviare e realizzare una programmazione integrata sociosanitaria per il contrasto alle fragilità e per la coesione sociale su tre direttrici guida che rendono operativi ed integrano gli indirizzi del **PSR 2022/2024** e del PSN 2021-23 (LEPS) e del **Piano dell'Assistenza Territoriale** della Regione Abruzzo che aggiorna i LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e recepisce ed applica gli indirizzi del DM 71/2022:

- a. il **consolidamento e l'efficientamento delle buone prassi** realizzate nelle precedenti programmazioni a livello di ambito sociale e distretto sanitario di base (PUA, UVM, dimissioni protette, servizi territoriali per la famiglia e per il disagio dei minori e degli adulti). Rafforzare gli interventi per l'autonomia personale, correlata all'età e al tipo di disagio e svantaggio personale e sociale, in modo da rendere fattibile un percorso assistenziale permanente, continuativo e globale;

- b. la **capacità del territorio di individuare idonee infrastrutture sociali e sociosanitarie** per l'implementazione dei servizi comunitari e di prossimità per i bisogni complessi sociosanitari per il disagio sociale e familiare e le fragilità relative alla disabilità e non autosufficienza, a valere sulle risorse pari a circa 32 Mln di euro già assegnate agli ambiti distrettuali sociali dal PNRR per la Missione 5C2 "Coesione Sociale" (D.D. 458 del 9 dicembre 2021 del Ministero del Lavoro e delle P.S.);
- c. la **capacità di rafforzare la programmazione integrata e la rete operativa dei servizi sociosanitari** del Piano di Assistenza territoriale (PAT) dei DSB e del Piano distrettuale sociale degli ADS.

Una maggiore capacità di integrazione sociosanitaria che deve riguardare non solo la programmazione sociale e sociosanitaria ordinaria dei piani regionali ma anche ed in modo particolare le azioni straordinarie e innovative poste in essere dal PNRR con la **missione 5 sociale** e la **missione 6 salute** per l'implementazione dei servizi comunitari e di prossimità in cui risulta fondamentale la capacità di integrazione sociosanitaria ai vari livelli della programmazione e realizzazione operativa degli interventi e dei servizi sul territorio (i servizi di prossimità e teleassistenza e telemedicina, le Case di Comuni previste nella misura di 40 unità e, 1 ogni 100.000 abitanti, 10 ospedali di comunità per circa 200 posti letto).

1.2.3. L'integrazione amministrativa dell'Ufficio di Piano dell'Ambito con il DSB

L'Ufficio di Piano, attraverso un **servizio di coordinamento sociosanitario** preferibilmente all'interno distretti sanitari e/o dei PUA socio-sanitari integrati presso le Case di Comunità", assolve alla funzione di gestire gli aspetti più propriamente organizzativi ed attuativi delle politiche sociali e sociosanitarie del PSR 2022-2024, legati al territorio, assicurando il coordinamento tecnico in primis con le UOS e UOC dei DSB di riferimento e con gli altri soggetti titolari delle funzioni di programmazione e gestione dei servizi in ambito sociosanitario. 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 e/o sovrapposizione di interventi 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. La programmazione di unità operative deve essere coerente con gli standard Ministeriali (V. DM 70/2015). 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 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 operativi per specifiche aree di intervento sociosanitario.

1.2.4. 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 2022-2024, 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 Convezione socio-sanitaria e dalle diverse schede dello stesso Piano contenenti azioni riconducibili alla gestione socio-sanitaria integrata che comprende anche il *Piano locale per la non autosufficienza* a valere sul FNA e le azioni per la *compartecipazione della spesa sociosanitaria* a valere sulle risorse del FISS e della L.R. 37/2014, le azioni per il caregiver familiare ai sensi della legge 205/2017 e L.R. 43/2016 e con le altre misure complementari previste dal PNRR e REACT EU e altre azioni regionali, nazionali e comunitarie, con l'indicazione delle diverse voci di spesa;

- **utilizzo progressiva e consolidata del budget di cura e del PAI**, quale strumento già previsto dall'art. 14 della legge 328/2000 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, etc.), 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.

2. INTEGRAZIONE GESTIONALE ED OPERATIVA DEI SERVIZI

2.1. L'accesso, la valutazione Multidimensionale e la presa in carico ai servizi di cura ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Il Piano sociale regionale 2022-2024 prevede obiettivi essenziali di 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 12.01.2017 ed i LEPS aggiornati dal PSN 2021-2023 come da Decreto interministeriale del 22 ottobre 2021 (registrato alla Corte dei Conti il 12 novembre 2021 - n. 2803).

Nel DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA in merito alle azioni socio-sanitarie, vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza socio-sanitaria ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, semiresidenzialità, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

All'assistenza socio-sanitaria è dedicato il Capo IV del DPCM. Del 12 gennaio 2017. 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, saranno 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”.

Ai sensi dell'articolo 21, nei seguenti paragrafi vengono dettati specifici indirizzi riferiti al contesto regionale e ai LEA ricompresi nel DPCM.

Assumono un ruolo essenziale per l'accesso e la presa in carico:

- Il ruolo del Segretariato sociale e del Servizio Sociale Professionale;
- La funzione del PUA e dell'UVM per la valutazione del bisogno socio-sanitario e la redazione del PAI/PEI e del budget di progetto;
- La funzione dell'Equipe Multidisciplinare dell'ADS per la presa in carico socio-sanitaria dei casi complessi ed in cui più rilevante risulta essere la gestione intersettoriale e multiprofessionale.

La gestione dell'accesso e presa in carico è garantita per tipologia di servizio (servizi e interventi ad elevata integrazione socio-sanitaria):

- a) ADI
- b) ADSA
- c) *le dimissioni protette*
- d) Aiuto alla persona e il sostegno al caregiver familiare
- e) Teleassistenza

- f) Centro Diurno
- g) Sostegno residenziale e semiresidenziale e per il “Dopo di Noi”
- h) interventi e servizi specifici diretti e indiretti (assegni di cura per la non autosufficienza grave e la disabilità gravissima) per la Non Autosufficienza
- i) gli interventi e servizi per la vita indipendente e l’inclusione sociale
- j) gli interventi e servizi per la famiglia e l’infanzia, l’adolescenza e l’area materno-infantile
- k) i servizi per l’inclusione sociale, scolastica e lavorativa per la disabilità ed il disagio mentale
- l) azioni innovative e sperimentali a rilevanza sociosanitaria

2.2. La gestione integrata dei servizi di cura domiciliare

L’articolo 22 del DPCM del 12.01.2017 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”. Su questo punto si richiama anche la DGR 769 del 29/11/2021 relativa al Recepimento dell’Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021 recante “Proposta di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l’autorizzazione all’esercizio e requisiti ulteriori per l’accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell’art. 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178”.

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 e dalla DGR 769 del 29/11/2021.

Il sistema delle cure domiciliari vigente prevede tre macro tipologie:

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.

Il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, 502”, all'art 28 “Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche”, inoltre, attende:

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale di accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, in conclusione le persone detenute o internate, 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 mediante impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche;
2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione

La DGR 224/2007 e la DGR 769 del 29/11/2021 prevedono 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.

La legge regionale 43/2016 ha rafforzato il ruolo, il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare (DGR 589 del 20/09/2021), 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/ADS 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 familiare), la domiciliarizzazione delle visite specialistiche, una rete di sostegno costituita da responsabile del caso, medico di famiglia, servizi sociali e sanitari, volontariato e vicinato.

I servizi e gli interventi di cura domiciliare del piano distrettuale sociale: Cure prestazionali (SAD) e ADI (I^ e II^ livello) e le cure domiciliari integrate a elevata intensità (III^ livello);

Le prestazioni di sostegno indiretto a caregiver tramite assegno di cura e/o voucher servizio;

I servizi di teleassistenza e telesoccorso;

Le dimissioni protette;

Il riconoscimento del ruolo di cura del caregiver familiare ed il sostegno alle malattie rare in età pediatrica (L.R. 43/2016);

Con la DGR 15/2022 la Regione ha recepito ed approvato i contenuti dell’Accordo Stato-Regioni Rep. Atti 124/CSR del 4 agosto 2021 recante il documento sulle “Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” con riferimento ai percorsi di riabilitazione ambulatoriale, domiciliare e in strutture residenziali/semiresidenziali e relative riconversioni dei setting territoriali esistenti. Ai fini del riequilibrio della presa in carico tra ospedale e territorio e del miglioramento dei percorsi riabilitativi ospedalieri, le Regioni si impegnano inoltre a dare seguito alle indicazioni del Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri", i cui contenuti sono anticipati dall’Accordo 124/CSR

2.3. La gestione integrata del sistema della residenzialità e semiresidenzialità

Il sistema socio-sanitario della residenzialità e della semi residenzialità 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), dalla L.R. 37/2014 per il rimborso della spesa sociale delle rette e da una serie di atti di indirizzo, prevalentemente commissariali, in merito a **riconversione delle strutture, fabbisogno, compartecipazione al costo sociale delle prestazioni da parte degli utenti**.

Il DPCM 12.01.2017 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 (DGR 175 del 04/04/2022; DGR 689 del 2/11/2021; DGR 661 del 22/10/2021);
- 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. 35, **l'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche** (DGR 665 del 11/11/2019), 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; nello specifico vengono definite le azioni socioassistenziali e di riabilitazione e reinserimento che nel dettaglio prevedono:
 1. nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale e residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare, previa valutazione multidimensionale, definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, trattamenti terapeutico-riabilitativi e trattamenti pedagogico-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata. I trattamenti includono le prestazioni erogate mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività:
 - a) accoglienza;

- b) attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con il servizio per le dipendenze patologiche (SERT) di riferimento, in accordo con la persona e per i minori, in collaborazione con la famiglia;
 - c) gestione delle problematiche sanitarie inclusa la somministrazione ed il monitoraggio della terapia farmacologica;
 - d) colloqui psicologico-clinici;
 - e) psicoterapia (individuale, familiare, di coppia, di gruppo);
 - f) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
 - g) interventi di risocializzazione (individuali o di gruppo);
 - h) collaborazione dell'area sociale formale e informale;
 - i) collaborazione con l'autorità giudiziaria per la persona con misure alternative alla detenzione o in regime di detenzione domiciliare;
 - j) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
 - k) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale, con riferimento ai pazienti con comorbidità;
 - l) rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.);
 - m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole dei minori sottoposti a trattamento;
2. in relazione al livello di intensità assistenziale, l'assistenza residenziale si articola nelle seguenti tipologie di trattamento:
- a) trattamenti specialistici, destinati a persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di trattamenti terapeutici specifici, anche con ricorso a terapia farmacologica e relativo monitoraggio. I trattamenti della durata massima di 18 mesi sono erogati in strutture o moduli che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore;
 - b) trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale (...);
 - c) trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e all'integrazione sociale e lavorativa (...);
3. I trattamenti residenziali di cui al comma 2 sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale;
4. Nell'ambito dell'assistenza semiresidenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce:

- a) Trattamenti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al superamento della dipendenza patologica, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale (...);
- b) Trattamenti.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Il nuovo Piano sociale regionale prevede tra gli Assi tematici e gli Obiettivi di servizio di riferimento azioni di sistema integrate e complementari alle misure del PNRR, REACT EU e PON Inclusione per la promozione dello sviluppo di una rete di micro-residenzialità di tipo familiare per minori, anziani e disabili e non autosufficienti, superando i modelli istituzionalizzanti, sia secondo un approccio di prossimità e di microstrutture comunitarie che di comunità a valenza socio-sanitaria integrata per i bisogni più complessi (Case di comunità e Case della salute, servizi di teleassistenza e telemedicina e altre azioni progettuali innovative).

2.4. La gestione integrata dei servizi per la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza e l'area materno infantile

L'articolo 24 del DPCM 12.01.2017 sui LEA prevede l'assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie, nell'ambito dell'assistenza fornita dal Distretto. Inoltre il DM 77/2022 attribuisce nello specifico tali competenze ai consultori. 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 risulta opportuno rafforzare i servizi di mediazione familiare e di presa in carico dei bisogni complessi che richiedono un supporto integrato e multidimensionale dei servizi sociali dei comuni e ambiti distrettuali sociali integrati e complementari all'assistenza territoriale fornita dalla ASL dai consultori familiari e presso i servizi per i minori e la famiglia dei distretti sanitari.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

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

- Il rilancio del ruolo delle *Equipe per le adozioni e quelle per l'affido*, un aggiornamento delle linee guida regionali sul tema affido in raccordo con le linee guida regionali 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.
- L'aggiornamento della normativa regionale per la famiglia (L.R. 95/95 e L.R. 21/78) ed il potenziamento dei *Centri per la famiglia* per ogni ECAD prevedendone l'integrazione psico-pedagogico-socio-sanitaria con la creazione di reti integrate di servizi consultoriali retti da ASL e consultori gestiti direttamente dal privato sociale e dalle associazioni familiari, mediante accreditamento, nel contesto di un servizio pubblico integrato, flessibile, plurale, disegnato e continuamente ritarato in base alle esigenze di persone e famiglie.
- 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.
- L'incremento di progetti educativi individuali sui minori, coinvolgendo la famiglia in un'ottica di lavoro di équipe multidisciplinare secondo il modello P.I.P.P.I. (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) nel quale il bambino/adolescente è messo al centro dell'intervento e la sua famiglia partecipa attivamente assieme all'équipe territoriale alla progettazione di ogni azione che la riguarda. Il programma prevede la co-costruzione in rete con le diverse realtà educative, sociali e sanitarie del territorio. Attualmente oltre ad essere dal 2018 un programma strutturale del FNPS, P.I.P.P.I. è stato inserito nel PNRR nella Missione 5 Sociale: *Estensione sperimentazione PIPPI per famiglie e minori vulnerabili*.
- Il potenziamento del *Progetto Sperimentale Care Leavers* - sperimentazione di interventi in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria che li abbia collocati in comunità residenziali o in affido etero familiare, per promuoverne l'autonomia verso gli studi secondari superiori, la formazione universitaria, la formazione professionale o l'accesso al mercato del lavoro.
- Le Azioni e programmi mirati e personalizzati per bambini per contrastare la povertà educativa e le situazioni gravi 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.

- Le Azioni rilevanti e mirate in modo particolare al tema della *povertà educativa* che non è solo legata alle cattive condizioni economiche, ma investe anche la dimensione emotiva e quelle della socialità e della capacità di relazionarsi con il mondo. Fenomeno che, di fatto, incide sul futuro della Regione e riguarda dunque anche la dimensione più generale dello sviluppo di un individuo. Con intendo di mettere al centro il minore e promuovere il valore della comunità educante, la Regione sostiene in partenariato gli enti del Terzo Settore che partecipano ai bandi afferenti al *Fondo di contrasto alla povertà educativa* (art. 1 comma 392 della legge 28 dicembre 2015, n. 208).

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

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

- lo sviluppo di servizi per la residenzialità, secondo il modello del “*dopo di noi*” (DGR 772 del 29/11/2021; DGR 427 del 9/7/2021; DGR 343 del 22/06/2020; DGR 627 del 23/10/2019) 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”;
- Le azioni innovative comunitarie, semiresidenziali e residenziali sociosanitarie previste dal Piano Operativo Missione 5C2 per la tutela e coesione sociale del PNRR già finanziate agli ADS e ai Comuni ed in fase di realizzazione;
- L’integrazione con le azioni progettuali della Missione 6 Salute del PNRR in fase di realizzazione, quali ad esempio le Case di Comunità e i servizi innovativi di prossimità sociosanitari.

Il PSR 2022-2024, riprendendo il percorso avviato con la precedente programmazione recepisce gli indirizzi e le misure del PNRR e le azioni complementari di riforma della legge sulla disabilità (Riforma 1.1. del PNRR) e sulla non autosufficienza (Riforma 1.2. del PNRR) che danno importanti indicazioni per la promozione di servizi ed interventi sociosanitari comunitari di prossimità in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale, quali ad esempio **le case di comunità** (le azioni integrative sociali previste nelle **case della salute**) e altri interventi innovativi e avanzati anche a livello tecnologico per l’autonomia della persona ed il contrasto all’isolamento e all’emarginazione sociale e all’istituzionalizzazione delle persone fragili. Nello specifico vengono potenziati ed efficientati:

- l’adozione di scale di valutazione e classificazione per la valutazione del bisogno e la programmazione degli interventi personalizzati (PAI/PEI/Budget di cura e di salute);
- 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) ed altre disabilità complesse e gravissime;
- 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, psicomotorio, 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.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

- Rafforzare l'integrazione dei LEA garantiti dall'assistenza distrettuale, nei tre ambiti di azione, con gli **interventi sociali dei piani di ambito distrettuali ed in particolare con i LEPS e le azioni di potenziamento della nuova programmazione regionale e nazionale 2022-2024**.
- 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 necessità da parte degli Ambiti distrettuali sociali di "integrarla" con interventi sociali di sostegno personale e familiare, di inclusione sociale e lavorativa e per la **vita indipendente e servizi di prossimità per l'autonomia di vita e abitativa** della persona in ambito diurno, semiresidenziale e residenziale a carattere familiare e comunitario (progetti integrati sociali e sociosanitari a valere su risorse regionali, nazionali, comunitari e del PNRR/REACT EU e del PON Inclusion).

2.6. Integrazione dei servizi nell'area delle dipendenze

Gli interventi sociali e le azioni di sistema del PSR 2022-2024

Le politiche di integrazione sociale, all'interno del Piano sociale regionale 2022-2024, 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 attraverso reti territoriali e di partenariato tra DSB/ADS per la promozione ed il rafforzamento dei centri di prevenzione in ambito distrettuali che fanno capo ai Ser.D (GAP);
- 2) la creazione di percorsi integrati e di progetti individualizzati fra Ambiti distrettuali, Servizi per la cura delle Dipendenze pubblici e privati e del Terzo settore, per favorire il processo di reinserimento sociale e lavorativo delle persone con dipendenza; la sperimentazione e valutazione di un modello per l'inclusione sociale che abbia come obiettivo fondamentale il progressivo reinserimento nel mondo lavorativo e sociale di persone tossicodipendenti ad elevata emarginazione sociale (persone che vivono in strada, con molti anni di dipendenza per via endovenosa e talvolta recidive nell'esperienza carceraria; alcune sono co-portatrici di problematiche psichiatriche, altre appartengono a minoranze etniche, sovente sono affette da malattie infettive e altre problematiche);
- 3) l'attuazione di Progetti obiettivo regionali e del Piano regionale per la prevenzione, 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, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, 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 mediate l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;
- e) definizione attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutiva, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i) colloqui psicologico-clinici;
- j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- k) interventi di riduzione del danno;
- l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- m) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi, e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- o) promozione di gruppi di sostegno per familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;
- p) consulenza specialistica e collaborazione con reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- q) collaborazione con medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- r) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.

L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

La Regione Abruzzo con la **L.R. n. 37/2020: *Interventi per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche ed altre disposizioni***, in armonia con i principi costituzionali e nel rispetto delle competenze dello Stato, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea, detta norme per la prevenzione e il trattamento delle dipendenze patologiche, sia da sostanze che comportamentali, al fine di salvaguardare e tutelare le persone che ne sono affette, con particolare riferimento alle fasce più deboli e maggiormente vulnerabili della popolazione, favorendone il trattamento, la riabilitazione e i reinserimento sociale, anche tramite il sostegno alle famiglie.

All'art. 1 comma 2 la Legge per dipendenze patologiche intende:

- a) il disturbo da gioco d'azzardo;
- b) le dipendenze da sostanza (bevande alcoliche, tabacco, sostanze psicotrope e stupefacenti, "nuove sostanze", antidolorifici,);
- c) le dipendenze tecnologiche (internet, reti sociali, smartphone, videogiochi, video-pornografia, ecc.) e altre dipendenze comportamentali, come da DSM-5, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali;
- d) shopping compulsivo;
- e) ipersessualità.

Al comma 3 dello stesso articolo la Legge determina che al perseguimento delle finalità di cui al comma 1 concorrono, sulla base degli indirizzi definiti dalla Giunta regionale, gli enti del Servizio sanitario regionale, ed in particolare i Servizi per le dipendenze patologiche (Ser.D.), i comuni, singoli o associati, l'Ufficio scolastico regionale e le istituzioni scolastiche, gli enti del Terzo settore di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera c), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nonché le strutture accreditate dalla Regione per l'erogazione dei servizi socio-sanitari e riabilitativi nell'area delle dipendenze patologiche.

La Legge sottolinea quindi l'importanza del lavoro di rete e dell'integrazione socio sanitaria che non può più rimanere solo un mero intento teorico ma deve trovare l'applicazione pratica perché è soltanto attraverso un processo integrato e di massima collaborazione tra i vari attori che si può rispondere con efficacia ed efficienza alle vecchie e soprattutto nuove sfide che l'universo delle dipendenze patologiche porta con sé.

Le azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Il PSR 2022-2024 vuole, pertanto, facilitare e rafforzare la rete territoriale socio-sanitaria per rispondere ai bisogni complessi dell'area dipendenze patologiche. A fronte della crescente richiesta di assistenza socio-sanitaria correlata all'uso di sostanze psicoattive legali o illecite o a comportamenti di addiction, si vuole efficientare la rete sviluppata negli anni a livello regionale, una rete complessa ed articolata di servizi socio-sanitari pubblici e del privato sociale variamente organizzati e coordinati.

Tale sistema di servizi non si concretizza solo attraverso interventi integrati tra le diverse strutture che concorrono a soddisfare il bisogno terapeutico-riabilitativo dell'utente, ma anche con lo sviluppo di approcci multidisciplinari per la cura, la prevenzione delle patologie correlate, la riabilitazione e il reinserimento sociale del soggetto preso in carico. Nel contesto del sistema territoriale dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, il tema dell'integrazione/connessione non ha esclusiva valenza intra o inter organizzativa, ma riguarda anche le realtà sociali più o meno strutturate (associazionismo multiforme) e le dimensioni della prossimità personale (parentale, vicinato, espressioni amicali) che contribuiscono a comporre il sistema degli interventi e servizi di aiuto e supporto. Un quadro composito di azioni progettuali, strutture e reti di servizi interdipendenti tra loro a che attivano azioni si sostengono in relazione al tipo di bisogno/problema, al contesto sociale territoriale e alle norme sociali, sanitarie e socio-sanitarie vigenti.

Da qui la necessità di rafforzare nella nuova programmazione sociale 2022-2024 azioni di:

- a. prevenzione, sensibilizzazione e di rafforzamento dell'approccio integrato e multidisciplinare in grado di non tralasciare nessuno degli aspetti di seguito specificati:
 - l'ambiente qualificante il contesto dell'organizzazione, in cui entrano in gioco elementi socio-antropologici, culturali e politici, ecologici, ecc.;
 - gli obiettivi e le finalità che tengono conto degli elementi di contesto, delle criticità rilevate e delle buone prassi consolidate e degli aspetti innovativi, degli indirizzi scientifici validati;
 - la struttura organizzativa che tiene conto degli elementi di integrazione e complementarietà dei diversi ambiti di intervento sociale, socio-sanitari e sanitario, culturale, formativo-scolastico e del tessuto economico e lavorativo e delle professioni che difatti concorrono a determinare concrete azioni di contrasto all'emarginazione e di reinserimento social;
 - La "tecnologia" intrapresa, ovvero azioni compiute su un "oggetto" che qualifica il compito dell'organizzazione a supporto di persone singole o per azioni di prevenzione e promozione di una comunità.
- b. approccio integrato che deve tener conto anche delle *new addiction* e dell'aggravarsi negli ultimi anni di emergenza sanitaria pandemica di alcuni aspetti relativi alle **dipendenze digitali e del gioco d'azzardo**

patologico (GAP), per cui è richiesta una maggiore collaborazione e integrazione istituzionale e professionale tra i servizi sociosanitari della ASL, Consultori familiari, Centri GAP promossi a livello regionale negli ultimi anni presso i Ser.D (DGR. n. 346 del 22.06.2020 “*Legge 23.11.2014, n. 190 – prevenzione alla cura e riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d’azzardo patologico GAP*”), i servizi alla persona e per l’inclusione sociale dell’ambito distrettuale e del terzo settore (Servizio sociale professionale, di mediazione familiare e sociale e i Centri Famiglia). La presenza di un numero elevato di attori e portatori di interesse ha condotto alla definizione di un approccio integrato ai servizi sociosanitari, che ha il proprio punto di forza nella comunità e non tanto nel paziente/beneficiario singolo (community-placed health care services);

- c. rafforzare interventi e progetti integrati (ADS/ASL/Terzo settore) per la cura delle dipendenze e per il reinserimento sociale e lavorativo in cui giocano un ruolo prioritario le azioni di orientamento, accompagnamento e di interlocuzione e coinvolgimento diretto di altri settori pubblici e privati per l’inclusione sociale, dei servizi territoriali per il lavoro ed il mondo produttivo e delle imprese.

Alla luce di quanto sopra descritto, ben si comprende che un approccio multilivello non richieda soltanto l’azione efficace e coordinata dei livelli istituzionali, ma contempli, necessariamente, anche il contributo progettuale, della co-programmazione, dell’attuazione e della valutazione da parte degli enti del Terzo settore. Un aspetto rafforzato dalla stessa legislazione in materia di co-programmazione co-progettazione tra pubblico e terzo settore con la normativa più recente di riferimento: il DM 72 del 31 marzo 2021 e l’istituzione presso le regioni del Registro Unico del Terzo Settore (RUNTS).

L’art. 3, comma 2, Costituzione, affida difatti alla repubblica, espressione non esclusiva degli apparati pubblici, il compito di rimuovere tutti gli ostacoli che si frappongono ad una compiuta realizzazione della persona umana. In questa ottica inclusiva e di condivisione la normativa e gli indirizzi programmatori ai vari livelli devono garantire la multidimensionalità del sistema dei servizi pubblici locali di supporto e assistenza alla persona, attraverso azioni progettuali, interventi e servizi sociali, sanitari e sociosanitari, di valutazione del bisogno, della presa in carico globale attraverso azioni mirate, appropriate, integrate e complementari tra loro.

3. GLI INDIRIZZI SPECIFICI PER LA GESTIONE INTEGRATA DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI PER LE DISABILITÀ COMPLESSE, LA NON AUTOSUFFICIENZA E PER IL SOSTEGNO AL CAREGIVER FAMILIARE E CATEGORIE FRAGILI

3.1. La gestione integrata dei servizi di sostegno diretti e indiretti alla disabilità complessa e alla non autosufficienza

Le politiche per la non autosufficienza sono pienamente entrate nella programmazione del Piano sociale regionale 2022-2024, 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 e del budget di progetto 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 (*Case di comunità*);
 - 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 semi-residenzialità, UVM, etc.), l'integrazione socio-sanitaria in materia di non autosufficienza rappresenta un pilastro trasversale fondamentale di integrazione gestionale. Assumo un ruolo sempre più essenziale l'integrazione dei servizi sociali e sociosanitari trasversale a tutti i processi dell'accesso, della valutazione del bisogno e della presa in carico, con particolare riferimento:

- al ruolo del Segretariato sociale e del Servizio Sociale Professionale;
- alla funzione del PUA e dell'UVM per la valutazione multidisciplinare del bisogno e della presa in carico integrata;

La funzione dell'Equipe Multidisciplinare dell'ADS per le azioni rivolte all'autonomia della persona e alla gestione dei progetti per la vita indipendente;

Un ruolo per la gestione dei processi di accesso, per la valutazione del bisogno e della presa in carico per tipologia di servizio (servizi e interventi ad elevata integrazione sociosanitaria):

Interventi e servizi diretti

- ADI
- ADSA
- *le dimissioni protette*
- Aiuto alla persona
- Teleassistenza
- Centro Diurno
- Sostegno residenziale e semiresidenziale

- Interventi e servizi sociosanitari comunitari e di prossimità (esempio le case di comunità e case della salute del PNRR M5 e M6)
- interventi e servizi specifici per l'autonomia della persona e l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa della persona disabile e non autosufficiente e per la vita indipendente e il Dopo di Noi

Interventi e servizi indiretti

- assegno di cura per la Non Autosufficienza Grave;
- assegno per la disabilità gravissima;
- prestazioni economiche per l'autonomia della persona e l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa della persona disabile e non autosufficiente e per la vita indipendente e il Dopo di Noi.

Il presente atto di indirizzo tiene conto delle indicazioni e indirizzi nazionali e regionali del Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021 approvato con DPCM 21.11.2019 e delle linee guida della Regione Abruzzo approvate con DGR 707 del 17.11.2020 (è in fase di redazione il cap. n. 4 del PSN 2021-2023 "PNA 2022-2024" previsto nel 2022) che prevedono espressamente due tipologie di beneficiari:

Target beneficiari	Normativa nazionale	Normativa regionale
Persone non autosufficienti in situazione di disabilità gravissima	DPCM 21 novembre 2019 "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021"	Linee guida FNNA 2019-21 – DGR n. 707 del 17.07.2020; L.R. 57/2012 "Vita Indipendente"; DGR. n. 759 del 15.12.2017 "elementi attuativi vita indipendente"
Persone non autosufficienti gravi	DPCM 21 novembre 2019 "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019-2021"	Linee guida FNNA 2019-21 – DGR n. 707 del 17.07.2020; L.R. 57/2012 "Vita Indipendente"; DGR. n. 759 del 15.12.2017 "elementi attuativi vita indipendente"

Indirizzi per la individuazione dell'entità e la condizionabilità dei benefici economici indiretti per la disabilità gravissima del Piano Nazionale Non Autosufficienza 2019-2021 (FNA)

Per i benefici economici indiretti per la disabilità gravissima permangono in vigore gli indirizzi del PNA 2019-2021 approvato con DPCM del 21.11.2019 che nello specifico prevede in mancanza di altri servizi di sostegno diretto e indiretto, nell'ambito del PAI e del Budget di progetto, l'erogazione di un assegno mensile di almeno 400,00 euro per 12 mensilità e nel caso di risorse insufficienti per la piena copertura delle richieste la condizionabilità del beneficio al requisito reddituale che prevede un limite ISEE di accesso pari ad €. 50.000,00 ed €. 65.000,00 nel caso di beneficiari minori.

3.2. La tipologia dei beneficiari degli interventi e dei servizi per il sostegno al caregiver familiare

La legge regionale 43/2016 sul riconoscimento del ruolo attivo di sostegno alle persone fragili del caregiver familiare viene rafforzata dalla L. 205/2017 e più recentemente dal DPCM 20 ottobre 2020 che fornisce alcuni indirizzi alle regioni per l'utilizzo delle risorse pubbliche assegnate che la Regione Abruzzo ha recepito con DGR 589/2021. Si individua nel 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, per 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.

Il presente atto di indirizzo tiene conto delle indicazioni e indirizzi nazionali del DPCM 20 ottobre 2020 e degli interventi per il riconoscimento del ruolo di cura e per il sostegno alla figura del caregiver familiare di cui alla legge 205/2017 e della L.R. 43/2016 e atti specifici di indirizzo emanati ad oggi dalla Regione Abruzzo, che prevedono espressamente le seguenti tipologie di beneficiari:

Target beneficiari	Normativa nazionale	Normativa regionale
a) caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del DM 26 settembre 2016 tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto (1) ;	<ul style="list-style-type: none"> • Legge 27 dicembre 2017 n. 205 ("Legge di Bilancio 2018"); • DPCM 27 ottobre 2017 "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del <i>caregiver</i> familiare per gli anni 2018-2019-2020". 	L.R. 27.12.2016 n. 43 "Norme per il sostegno e il riconoscimento del caregiver familiare"; DGR n. 589 del 20.09.2021 che recepisce i criteri del DPCM 27 ottobre 2020
b) caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione);	<ul style="list-style-type: none"> • Legge 27 dicembre 2017 n. 205 ("Legge di Bilancio 2018"); • DPCM 27 ottobre 2017 "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del <i>caregiver</i> familiare per gli anni 2018-2019-2020". 	L.R. 27.12.2016 n. 43 "Norme per il sostegno e il riconoscimento del caregiver familiare" DGR n. 589 del 20.09.2021 che recepisce i criteri del DPCM 27 ottobre 2020
c) programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita	<ul style="list-style-type: none"> • Legge 27 dicembre 2017 n. 205 ("Legge di Bilancio 2018"); • DPCM 27 ottobre 2017 "Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del <i>caregiver</i> familiare per gli anni 2018-2019-2020". 	L.R. 27.12.2016 n. 43 "Norme per il sostegno e il riconoscimento del caregiver familiare" DGR n. 589 del 20.09.2021 che recepisce i criteri del DPCM 27 ottobre 2020

Sostegno al caregiver familiare che assiste minori in età pediatrica

La Regione Abruzzo prevede, inoltre, un sostegno economico finalizzato al riconoscimento del lavoro di cura del genitore caregiver che assiste minori affetti da una malattia rara e in condizione di disabilità gravissima (h/24) i cui indirizzi vigenti sono riportati nella DGR n. 681/2020.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

La programmazione pertanto rafforzata i dettami della L.R. 43/2019 evidenziando i due principi cardini per il riconoscimento della figura e del ruolo del Caregiver Familiare:

- a) Il rafforzamento di quanto disposto dall'art. 1, comma 2 255 della legge 27 dicembre 2017, n. 205 che testualmente recita: *"Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado¹, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto*

bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18;

- b) Il ruolo programmatico delle Regioni che, di concerto con gli attori istituzionali e del privato sociale rappresentativi del territorio, adottano, **nell'ambito della generale programmazione di integrazione sociosanitaria** e nell'ambito della programmazione delle risorse del Fondo per le non autosufficienze e del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver, specifici indirizzi integrati di programmazione per l'attuazione degli interventi individuati, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e di confronto con le autonomie locali, prevedendo il coinvolgimento delle organizzazioni di rappresentanza delle persone con disabilità.

Nello specifico, con la richiamata DGR 589/2021 la Regione Abruzzo ha emanato specifici indirizzi per gli ADS e le Associazioni rappresentative dei beneficiari per definire le modalità e priorità di accesso, l'entità dei benefici e le incompatibilità del beneficio con altre misure similari per le medesime finalità. I requisiti standard per l'accesso ai benefici di cui al DPCM 20 novembre 2020, sono riportate nella tabella che segue:

BENEFICIARI DEGLI INTERVENTI	REQUISITO BASILARE DI ACCESSO AI BENEFICI	INTERVENTI DI CUI AL DPCM 27.10.2020	PRIORITA' DI INDIVIDUAZIONE DEL TARGET BENEFICIARIO
<p>Caregiver individuato secondo il dettato dell'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205, che assistono un congiunto non autosufficiente e non in grado di prendersi cura di sé, che sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 o comunque definito non autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013.</p>	<p>Attestazione del ruolo di caregiver, dalla persona disabile assistita o di chi ne cura gli interessi e dai Servizio Sociali e/o Sanitari che hanno in carico l'assistito, come risultante dal Progetto personalizzato di assistenza, fermo restando quanto previsto dall'art. 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2017, n. 205.</p>	<p>Assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima, finalizzati all'assistenza (diretta o indiretta) della persona con grave o gravissima disabilità nel cui Progetto di Assistenza Individualizzato (PAI) sia individuato il caregiver l'attribuzione dell'assegno di cura a carico delle risorse oggetto del presente atto non può comportare una contrazione dei servizi già in godimento dalla persona assistita e presenti nel PAI. L'assegno di cura non può essere utilizzato per l'acquisto di beni e servizi a carattere sanitario;</p>	<p>Ai caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante «Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016», tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto.</p>
		<p>Contributi una tantum a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali; l'intervento è rivolto ai caregiver familiari delle persone non autosufficienti o con disabilità grave, già valutate dagli Organismi preposti e in lista per l'accesso alle unità di offerta residenziali.</p>	<p>Ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione.</p>
		<p>Sostegni a Programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita. Si tratta di Assegni di cura finalizzati all'acquisto di servizi di cura a favore di persone istituzionalizzate con grave disabilità al fine di facilitare il loro rientro in famiglia e alleggerire l'onere del lavoro di cura del caregiver familiare</p>	<p>A programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.</p>

Priorità di accesso alle prestazioni è data alle istanze presentate da persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del decreto 26 settembre 2016 del Ministro del lavoro e delle politiche sociali (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 novembre 2016, n. 280), recante «Riparto delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le non autosufficienze, anno 2016», tenendo anche conto dei fenomeni di insorgenza anticipata delle condizioni previste dall'art. 3, del medesimo decreto. (Appendice 1).

La disabilità gravissima della persona assistita è attestata dalle U. V. M. presso i Distretti Sanitari, anche con attestazioni pregresse in caso di compromissioni fisiche/intellettive e funzionali non passibili di miglioramento.

In caso di risorse insufficienti a soddisfare la domanda, hanno priorità le istanze che presentano una maggiore intensità di bisogno assistenziale e una insufficiente copertura del bisogno. L'intensità del bisogno assistenziale della persona assistita è quantificata dalle U. V. M. presso i Distretti Sanitari, anche con valutazioni pregresse in caso di compromissioni fisiche/intellettive e funzionali non passibili di miglioramento.

A parità di condizioni, priorità di intervento è data all'istanza con il reddito ISEE di importo inferiore (il reddito ISEE da considerare è quello sociosanitario della persona assistita); nelle graduatorie, a parità di posizione, precede l'istanza in cui il caregiver familiare sia convivente della persona assistita.

Per la determinazione delle priorità di assegnazione del beneficio e delle incompatibilità la Regione Abruzzo emana e aggiorna specifici atti di indirizzo in relazione alle disposizioni programmatiche e finanziarie ministeriali ed in raccordo con gli indirizzi e le modalità di altri interventi nazionali e regionali a favore della disabilità e non autosufficienza.

Altri interventi integrativi regionali per il sostegno alle categorie fragili

La Regione Abruzzo prevede inoltre un sostegno economico per il rimborso delle spese annuali per i malati oncologici che si sottopongono a cure e terapie e per soggetti in attesa o sottoposti a trapianto i cui criteri e indirizzi sono riportati nella **specifica L.R. 42/2019** e che prevede la possibilità di rimborsare le richieste di contributo inoltrate direttamente dagli aventi diritto con proprio SPID tramite lo sportello digitale regionale.

3.3. L'accesso, la valutazione del bisogno e l'attivazione degli interventi e servizi per la non autosufficienza e del caregiver familiare, elementi di incompatibilità

Gli ECAD di concerto con i servizi del PUA e dell'UVM distrettuali garantiscono la trasparenza delle informazioni e delle procedure di accesso ai benefici per la non autosufficienza attraverso un sistema omogeneo di accesso e di valutazione del bisogno e per l'attivazione degli interventi diretti e indiretti vengono recepiti ed applicati gli indirizzi normativi nazionali e regionali in materia di sostegno alla non autosufficienza. Le fasi procedurali da garantire su tutto il territorio regionale attraverso gli ADS/DSB sono di seguito riportate:

Modalità di richiesta presso gli ambiti distrettuali sociali	Modalità di valutazione del bisogno assistenziale (diretto/indiretto)	Modalità di attivazione degli interventi e assegnazione del beneficio e di incompatibilità
Richieste di residenti o domiciliati nella Regione Abruzzo tramite avvisi pubblici è modalità di legge atte a garantire la trasparenza e uniformità di accesso.	Ammissibile dietro valutazione UVM, redazione PAI con budget progetto (art. 14 della L. 328/2000).	<ul style="list-style-type: none"> - Il beneficio diretto e indiretto può essere erogato fermo restando l'obbligo di redazione del PAI con budget di progetto e sottoscrizione di Accordo di Fiducia; - L'erogazione dei benefici economici tramite assegni di cura vengono assegnati in assenza o in alternativa o nel caso si attesti nel PAI e budget di progetto la necessità della complementarietà con altri servizi assistenziali diretti e indiretti previsti per le medesime finalità; - Che nel periodo contemplato l'utente non sia stato ricoverato presso strutture socio-assistenziali

Modalità di richiesta presso gli ambiti distrettuali sociali	Modalità di valutazione del bisogno assistenziale (diretto/indiretto)	Modalità di attivazione degli interventi e assegnazione del beneficio e di incompatibilità
		<p>o ospedalizzato per lunga degenza e/o non abbia usufruito già nel medesimo periodo assistenziale di altro assegno di cura per le stesse finalità;</p> <p><u>Incompatibilità del beneficio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - In ogni caso è fatto divieto di utilizzare le risorse di assegni di cura e per la disabilità gravissima per l'acquisto di prestazioni e servizi di carattere medico-sanitario; genitori caregiver dei minori con malattia rara e disabilità gravissima beneficiari del contributo nella stessa annualità e periodo assistenziale di riferimento; - caregiver dei soggetti assegnatari del contributo per la Vita Indipendente di cui alla L. R. 57/2012 stessa annualità e periodo assistenziale di riferimento o di interventi analoghi attuati con fondi nazionali (ad. es. Progetti Sperimentali di Vita indipendente finanziati con Fondi ministeriali); - caregiver dei soggetti già assegnatari dell'Assegno disabilità gravissima o similari contributi economici per importi pari o superiori a complessivi € 1.200,00 mensili, nel cui Contratto di fiducia gli stessi risultano individuati quali assistenti personali; - caregiver in costanza di fruizione del congedo straordinario annuale/biennale retribuito per l'assistenza della persona disabile.

3.4. Indirizzo per la determinazione delle graduatorie di priorità di assegnazione dei benefici economici di cura per la disabilità gravissima e la non autosufficienza grave ed il sostegno al caregiver familiare nel caso di risorse insufficienti

Le procedure di valutazione e ammissione ai benefici per il sostegno alla non autosufficienza e al caregiver familiare devono garantire la **piena trasparenza e pubblicizzazione informativa e di accesso**, oltre che la **continuità assistenziale** nel caso in cui risulti necessario garantire il permanere della presa in carico dell'avente diritto tramite PAI e budget di progetto. La valutazione dell'intensità del bisogno assistenziale tiene conto dei seguenti **fattori di priorità**:

Ordine priorità	elementi per la valutazione del bisogno	Enti preposti alla valutazione
1	intensità del bisogno socioassistenziale e della compromissione funzionale tramite scale di valutazione validate e appropriate alle varie tipologie della disabilità gravissima e non autosufficienza grave	UVM/ADS
2	Disagio e deficit sostegno familiare se rilevante, medio, basso, inesistente	UVM/ADS
3	Situazione reddituale (ISEE sociosanitario ristretto) che tiene conto delle indicazioni del Piano Nazionale per la Non autosufficienza 2019-2021 e degli indirizzi regionali	ADS

3.5. Il sostegno alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare adeguato e le strutture per il Dopo di Noi e le case di comunità e case della salute

Il presente atto di indirizzo viene applicato anche nell'ambito di persone non autosufficienti e con disabilità prive o con inadeguato sostegno familiare e parentale in cui sono previsti interventi specifici di rafforzamento anche nelle **azioni e misure complementari di riforma del PNRR**. Interventi a carattere diurno, semiresidenziale e residenziale per il sostegno alle persone fragili prive di sostegno familiare e che ai sensi dell'art. 4 del Decreto interministeriale 2016 e della L. 112/2016 necessitano di interventi individuali di presa in carico e accompagnamento verso percorsi di autonomia della persona definiti tramite una valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un progetto individuale in cui vengono articolate nel budget di progetto le azioni e le risorse umane e finanziarie dedicate. Le azioni da realizzare sono:

- a) percorsi programmati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare di origine ovvero di deistituzionalizzazione (all'art. 3, comma 2 e 3 del DM 2016);
- b) Interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative che presentano caratteristiche di abitazioni, inclusa l'abitazione di origine, o gruppi-appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e relazionali della casa familiare (art. 3, comma 4 del DM 2016);
- c) programmi di accrescimento della consapevolezza, di abitazione e di sviluppo delle competenze per la gestione della vita quotidiana e per il raggiungimento del maggior livelli di autonomia (art. 3, comma 6 del DM 2016);
- d) promozione dell'utilizzo di nuove tecnologie per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità grave, in particolare tecnologie domotiche, di connettività sociale, assistive e di ambient assisted living (art. 3, c. 6 DM 2016).

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Anche per gli interventi sopra delineati sono richieste nella nuova programmazione azioni di sistema per definire le procedure di raccordo con gli enti territoriali attuatori dei percorsi progettuali e gli indirizzi omogenei applicativi dei costi standard e di servizio. Azioni finalizzate ad ottimizzare la risposta al bisogno complesso espresso con l'obiettivo guida di ridurre i tassi di ricoveri impropri e di istituzionalizzazione. ***Risultati attesi della nuova programmazione sociale 2022-24 e del PNRR nella misura 5 del contrasto alle fragilità e coesione e infrastrutture sociali e nella Misura 6 per una salute di prossimità prevedendo servizi di prossimità sociosanitarie quali le "Case di comunità" e "Case della salute" previste anche nella misura 6 del PNRR (salute di prossimità).***

3.6. Rimodulazione e rendicontazione delle risorse ed obbligo di monitoraggio

3.6.1. Adempimenti a valere sulle misure e risorse del FNA

Al fine di verificare l'efficace gestione delle risorse, nonché la destinazione delle stesse al perseguimento delle finalità previste dalle presenti Linee di indirizzo, anche alla luce degli obblighi di Trasparenza di cui all'art. 11, comma 1, del Decreto Legislativo 27.10.2009, n. 150, la Regione Abruzzo è tenuta a comunicare al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ai sensi del comma 2, art. 5 del Decreto 26.09.2016, tutti i dati necessari al monitoraggio degli interventi finanziati con le risorse del **Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza**.

Pertanto, gli Enti di Ambito Sociale, destinatari dei contributi, **sono tenuti ad inviare apposita rendicontazione**, entro il termine comunicato dal competente Servizio della Giunta Regionale, unitamente ad un **dettagliato rapporto finale** sui risultati raggiunti. Inoltre, gli Enti di Ambito Sociale dovranno

trasmettere al competente Servizio Regionale – entro i termini stabiliti – le informazioni necessarie per la rilevazione della spesa effettuata, del numero di persone assistite in generale nel proprio territorio, nonché quelle in condizioni di disabilità gravissima distinte per tipologia di disabilità, ai sensi dell’art. 3, comma 5, del D.M. 26 settembre 2016 e ss disposizioni del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, e nello specifico attraverso la rendicontazione annuale degli ADS prevista tramite apposita piattaforma SIOSS istituita con D.M. 103 del 22 agosto 2019 dal Ministero del lavoro e P.S.

Inoltre, nelle modalità stabilite dall’INPS e dal Ministero del lavoro e delle Politiche sociali nell’Accordo della Conferenza Unificata del 19 aprile 2019 e ribadite nella circolare dell’INPS regionale del 9 maggio 2019 i Comuni e gli Ambiti Distrettuali Sociali sono tenuti ad alimentare, il “Casellario dell’Assistenza” (SIUSS) e le relative sezioni dedicate alla disabilità e non autosufficienza (“SINA”) con i dati riferiti alla presa in carico ed alle prestazioni sociali erogate.

3.6.2. Adempimenti a valere sulle misure e risorse per il caregiver familiare

Le spese ammissibili sono quelle relative alle attività previste dall’intervento a condizione che i relativi pagamenti siano successivi all’attribuzione del CUP, a seguito della ammissione a finanziamento.

Inoltre le spese ammissibili tengono conto del rispetto della normativa comunitaria e nazionale in materia di ammissibilità della spesa, e in nessun caso, sono ammissibili spese afferenti ad obblighi tributari non inerenti allo specifico intervento o nel limite in cui non sia recuperabile ai sensi dell’art 15 del DPR n.22 del 05 febbraio 2018. (es. il costo dell’IVA è un costo ammissibile solo quando non possa essere, in qualsiasi modo, recuperata dal beneficiario finale);

Gli ECAD garantiscono il monitoraggio degli interventi realizzati, in termini qualitativi e quantitativi, fornendo agli uffici regionali i necessari dati di risultato.

Gli interventi finanziati con risorse FSC 2014-2020 devono essere monitorati, ai sensi dell’art. 1, comma 703, della legge n. 190/2014 e delle Delibere CIPE nn. 25 e 26 del 2016, nonché delle circolari applicative emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dall’Agenzia della Coesione – NUVEC, attraverso la rilevazione e l’aggiornamento dei dati di progetto e dei relativi avanzamenti nel periodo temporale di realizzazione.

A tal fine, ogni ADS, in qualità di beneficiario e soggetto attuatore, deve individuare il Responsabile Unico di Progetto che avrà il compito di/sarà tenuto a rilevare, aggiornare e validare sul Sistema Gestione Progetti (SGP) i dati di monitoraggio relativi all’avanzamento procedurale, fisico, economico e finanziario degli interventi, assumendosi la responsabilità della veridicità delle informazioni conferite. Il nominativo del Responsabile unico di progetto è formalizzato alla Regione Abruzzo entro il termine di 30 gg dalla comunicazione di assegnazione delle risorse e la trasmissione della presente programmazione. Ad ogni Responsabile Unico di Progetto sono attribuite le credenziali di accesso (username e password) per operare all’interno del sistema SGP, in modo da consentire la diretta immissione ed alimentazione dei dati evolutivi di progetto; i necessari adempimenti di monitoraggio nel sistema SGP avvengono bimestralmente (circolare MEF-IGRUE prot. n. 10/2017) secondo una serie di scadenze ivi indicate.

Il mancato adempimento degli obblighi di monitoraggio comporterà la sospensione dei pagamenti da parte della Regione Abruzzo.

Per ulteriori approfondimenti sulle attività di monitoraggio si fa riferimento a: MANUALE UTENTE SISTEMA GESTIONE PROGETTI - Aggiornamento giugno 2017 (Agenzia Coesione Territoriale); VADEMECUM MONITORAGGIO - dicembre 2015 (MEF IGRUE); MONITORAGGIO UNITARIO PROGETTI - Controlli di Validazione - Versione 1.0 - novembre 2016 (MEF IGRUE).

Gli ADS assicurano il trattamento dei dati, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.lgs. n. 101/2018.

4. INTEGRAZIONE PROFESSIONALE

4.1. L'integrazione professionale nel Punto Unico di Accesso (PUA)

La Regione ha emanato diverse e specifiche norme e linee di indirizzo sul Punto Unico di Accesso (PUA), a partire dai precedenti piani sociali regionali (periodo 2002-2013), 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 segretariati 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.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Il Piano sociale regionale 2022-2024 recepisce le indicazioni di rafforzamento del PSN 2021-2023 individuando 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 sociosanitaria, lo stretto raccordo formalizzato fra PUA, Segretariato sociale, Servizio sociale professionale e Unità di valutazione multidimensionale.

Obiettivo essenziale nel Piano sociale regionale 2022-2024 è pertanto il rafforzamento del ruolo e della funzione locale di **porta unitaria di accesso**, che garantisce il raccordo e la cooperazione fra Comuni/ADS e ASL/DSB e che assicura un'adeguata presenza della componente sociale nell'ambito degli interventi e servizi ad elevata integrazione sociosanitaria. La complementarietà fra gli operatori sociali e sociosanitari del PUA garantisce una **maggiore diffusione e prossimità territoriale con i cittadini, specie nelle aree interne e montane**, anche attraverso il necessario efficientamento dell'utilizzo di un sistema informativo socio-sanitario fra ECAD e ASL-DSB condiviso.

4.2. L'integrazione professionale nelle attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

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 o un suo delegato, 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. Il Piano sociale regionale 2021-2023 prevede azioni di sistema da condividere con gli ADS e i DSB per rendere omogenee e uniforme gli strumenti, i processi e le funzioni, dell'utilizzo di griglie valutative specifiche e ulteriori rispetto a quelle indicate nel DCA 107/2013 (ad esempio, per la valutazione della disabilità gravissima e della non autosufficienza grave sulla base degli indirizzi e di alcuni strumenti in fase di validazione individuati nel DPCM 21.11.2019 del Piano nazionale per la non autosufficienza 2019/202116, es. la scala di valutazione "mNA"). Sicuramente risulta necessario definire azioni di condivisione con gli ambiti distrettuali e i DSB per garantire una maggiore uniformità di accesso, valutazione del bisogno ed erogazione delle prestazioni dirette e indirette, anche in vista del nuovo PNA 2022-2024 previsto nel 2022 e delle azioni per la non autosufficienza e la disabilità del PNRR (è in corso di discussione la riforma 1.1. del PNRR della legge quadro sulla disabilità e riforma 1.2. sull'assistenza degli anziani non autosufficienti).

Il Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario abruzzese (DCA n. 55 del 10.06.2016) ha inoltre già previsto, 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 2022-2024 nella direzione di rafforzare l'integrazione professionale.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022.2024

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.

La nuova programmazione sociale 2022-2024, attraverso azioni di sistema e gli strumenti della programmazione locale e le Convenzioni socio-sanitarie e gli strumenti operativi a livello di ASL e di ciascun Distretto e Ambito distrettuale sociale, assicura:

- 1) Il rafforzamento professionale dell'UVM che sia nelle condizioni adeguate per la valutazione delle differenti dimensioni e profili sociali, sociosanitari, psicologiche e cognitive proprie della piena integrazione socio-sanitaria (**Unità di Valutazione Multidimensionale Integrate**);

- 2) la presenza consolidata dell'**Assistente sociale dell'Ambito distrettuale sociale** nell'UVM e il rafforzamento della presenza della figura dello psicologo, considerata l'aggravarsi dei disturbi cognitivi-comportamentali e della personalità e del disagio psicologico in ambito sociale e familiare dovuti al permanere e all'aggravarsi delle situazioni di esclusione e marginalità che la pandemia da Covid-19 ha fortemente acuite;
- 3) la **specificazione della 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 familiare in riferimento ai provvedimenti della legge 205/2017 e L.R. 43/2016.
- 6) facilitare l'accesso dei cittadini con bisogni complessi, disagio psichico e in carico ai SerD, all'inserimento nei percorsi semi-residenziali e residenziali: gruppi appartamento, case per la vita, residenze socio-riabilitative, centri diurni, ecc.

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

Il Piano sociale regionale 2022-2024 ritiene quale aspetto essenziale nel sistema integrato dei servizi alla persona la presa in carico attraverso il **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 assistenziale individualizzato che mette *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 2022-2024. 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.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

La nuova programmazione si pone l'obiettivo prioritario di promuovere e potenziare il **modello di presa in carico multidimensionale** con un percorso ben definito in cui si tiene conto della tipologia di svantaggio e non autosufficienza, della rete sociale e familiare, delle risorse dirette e indirette e dei servizi socioassistenziali e sociosanitari coinvolti e che determinano le azioni e il budget di progetto. Un sistema informativo che deve 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 e le risorse di output (budget di progetto),
- 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

4.4. Indirizzi per la gestione documentale e per un monitoraggio condiviso in ambito sociosanitario

La programmazione sociale 2022-2024 tra gli obiettivi di sistema si pone anche la definizione di un sistema informativo regionale che possa dialogare ed integrarsi con gli altri settori complementari e funzionali alla gestione integrata degli interventi e dei servizi ad elevata integrazione sociosanitaria. Il *digital divide* nei servizi sociali e sanitari rappresenta ancora un forte limite sia alla gestione e monitoraggio dei singoli casi sia alla condivisione e allo scambio di informazione fra servizi con il conseguentemente indebolimento dell'integrazione socio-sanitaria.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

Anche in questo caso il nuovo Piano sociale si pone l'obiettivo di creazione di un **sistema informativo socio-sanitario integrato, in cui dialogano e condividono processi e dati i due attori principali in ambito sociosanitario**: Il DSB e l'ECAD per la gestione del PUA e del sistema di accesso e valutazione del bisogno, e degli interventi territoriali ad elevata integrazione sociosanitaria che devono necessariamente promuovere azioni innovative per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con bisogni socio-sanitari.

Vi è la necessità di promuovere anche a livello tecnico e strumentale un sistema integrato che dialoga e si raccorda con le piattaforme attive per i servizi alla persona:

- l'Osservatorio sociale regionale;
- Lo sportello digitale regionale;
- Il SIOSS istituito con DM 103 del 22.08.2019;
- Il SISR istituito dalla Regione Abruzzo per la rendicontazione annuale dei piani distrettuali sociali;
- il SIUSS e il Casellario dell'Assistenza.

4.5. La Formazione congiunta degli operatori dell'area sociale e sanitaria

Un aspetto fondamentale, che il PSN 2021-2023 individua quale nuovo LEPS da potenziare, riguarda la formazione, l'aggiornamento continuo e la supervisione del personale sociale e sociosanitario. Un aspetto essenziale per rafforzare l'integrazione professionale socio-sanitaria. E' opportuno che le risorse settoriali e complementari per l'efficientamento del Piano sociale regionale 2021-2023 e dell'ambito del sistema sanitario regionale (SSR) per la valorizzazione delle risorse umane siano destinati a tale scopo.

Azioni di rafforzamento del PSR 2022-2024

A tal proposito la nuova programmazione sociale regionale promuoverà azioni dirette presso gli ADS:

- a) per il recepimento degli indirizzi e dei nuovi LEPS del PSN 2021-2023 nei rispettivi piani distrettuali sociali ed il rafforzamento dei servizi sociali locali che vede proprio nella capacità di raggiungere gli standard nazionali del servizio sociale professionale (1/5000 ab. E lo standard ottimale 1/4000 per assistente sociale) e della interdisciplinarietà delle risorse umane per la valutazione del bisogno e la realizzazione degli interventi (risorse di tipo sociale, psicologico ed educativo);
- b) Azioni di formazione congiunta DAS-DSB che possono sicuramente migliorare il sistema locale dei servizi alla persona ed in particolare nell'ambito sociosanitario e rafforzare le capacità e le modalità di collaborazione professionale e dialogo tra servizi che risultano essenziali nei processi di rete per la co-programmazione e la co-progettazione degli interventi.

Un intervento regionale è già in atto con il *"Progetto Rebuilding"* che prevede risorse in tal senso e che va rafforzato e integrato con azioni a valere sul fondo povertà.

Allegato 1B – 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, D.lgs 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, D.lgs 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**”;
- **Il DPCM 12.01.2017 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e gli indirizzi del D.M. 71/2022 sui modelli e standard dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale**;
- Regione Abruzzo, DGR n. 43 del 07.02.2022 di **approvazione del Piano Sociale Regionale 2022 – 2024 (che recepisce i gli indirizzi e nuovi LEPS del PSN 2021-2023)**;
- Regione Abruzzo, DGR n. 707 del 17.11.2020 “**Approvazione atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale degli interventi rivolti alle persone non autosufficienti – piano locale per la non autosufficienza – PLNA 2019-2021 (recepimento PNA 2019-2021 ai sensi del DPCM 21.11.2019); il PNA 2022-2024 è in fase di redazione e sarà integrato come capitolo 4° al PSN 2021-2023**”;
- **L.R. 43/2019 e il DPCM 20 ottobre 2020 “Criteri e modalità di utilizzo risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare per gli anni 2018-2019-2020”**
- 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 del 12.01.2017 sui **Livelli essenziali di assistenza** (nuovi LEA);
- Lavoro del luglio 2021 predisposto da **AGENAS su Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale**, nel quale ci sono spunti interessanti e indicazioni sulle équipes multiprofessionali.
- **Il PNRR e le azioni complementari di riforma**: Riforma 1.1. legge disabilità e Riforma 1.2 interventi per la non autosufficienza.
- **Il Piano dell’Assistenza territoriale della Regione Abruzzo** in corso di redazione e pubblicazione da parte del Dipartimento Sanità della Regione Abruzzo in collaborazione con l’AGENAS e la cui parte relativa ai fabbisogni sociali e l’integrazione sociosanitaria è stata redatta in collaborazione con il Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Lavoro-Sociale.

Allegato 2B – Convenzione integrazione sociosanitaria - PSR 2022 - 2024

Schema tipo della convenzione per l'integrazione socio-sanitaria

CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA
per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione socio-sanitaria
TRA
l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda USL
(luogo e data; indicazione e qualifica dei sottoscrittori)

PREMESSO CHE

- il Piano sociale regionale 2022-2024, approvato con deliberazione n., 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
- l'oggetto specifico della convenzione è stato approvato dalla Conferenza dell'Ambito distrettuale e dal DSB competente in coerenza con le previsioni programmatiche del Piano sociale distrettuale e del Programma delle attività territoriali del Distretto sanitario;
- che la convenzione stipulata costituisce allegato al Piano distrettuale sociale e ne condiziona l'efficacia, costituendo uno dei presupposti per la positiva verifica di compatibilità con il Piano sociale regionale;
- *(altre indicazioni generali: riferimenti normativi, iter formativo della convenzione, eventuale partecipazione delle Zone di gestione sociale, ecc.)*

TUTTO CIÒ PREMESSO

Art. 1

Oggetto

1. L'Ambito distrettuale sociale rappresentato da e l'Azienda USL rappresentata da, stipulano la presente Convenzione socio-sanitaria, in attuazione di quanto previsto dal Piano sociale regionale 2022-2024, allo scopo di disciplinare su base comune l'esercizio coordinato delle funzioni amministrative e la gestione operativa in forma associata dei servizi e delle attività ad elevata 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 integrate tra l'ECAD e il DSB della Convenzione che fanno capo all'ufficio di coordinamento sociosanitario istituito presso il PUA dei distretti sanitari di base.
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 del **Piano di Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo** che individua gli indirizzi programmatori ed operativi in ambito sanitario e sociosanitario in riferimento ai LEA di cui al DPCM 12 gennaio 2017 e agli indirizzi del sistema sanitario nazionale di cui al DM 71/2022 ed applica gli indirizzi sociosanitari del PSN 2021-

2023 e del PSR 2022/24, e della nuova programmazione sociosanitaria prevista dal PNRR e REACT-Eu, comunque, nel rispetto della programmazione regionale di settore;

4. I servizi, le attività e gli interventi socio-sanitari oggetto della Convenzione fanno riferimento agli indirizzi delle linee guida sull'integrazione sociosanitaria di cui il presente documento è parte integrante e sostanziale e riportate nel piano distrettuale sociale dell'ADS, 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 territoriale delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata è affidata all'Ufficio di coordinamento integrato ADS/DSB 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, per quanto di competenza in ambito sanitario a livello distrettuale e sociale facente capo all'ADS di riferimento.
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.
4. Indicazioni sulle modalità di definizione delle soluzioni organizzative: documento allegato alla Convenzione, Protocollo operativo previsto.

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 e in riferimento alle nuove riforme complementari sulla disabilità e non autosufficienza del PNRR (Riforma 1.1. e riforma 1.2 del PNRR), anche attraverso l'azione di informazione e comunicazione sociale sulle scelte adottate.
2. Indicazioni sulle eventuali modalità specifiche di partecipazione adottate.

Art. 4

Coordinamento interprofessionale e multidisciplinare

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 integrata multidisciplinare;
 - c) Piano assistenziale o educativo individualizzato e budget di progetto;
 - d) attivazione delle prestazioni assistenziali e sociosanitarie;
 - e) verifica, monitoraggio e valutazione degli esiti;
 - f) indicazioni sulle modalità specifiche di coordinamento adottate.

Art. 5

Definizione dei processi di integrazione operativa e programmatica

1. In attuazione della presente Convenzione, gli enti sottoscrittori provvedono a definire:
 - a) a livello operativo i processi e le modalità di valutazione multidimensionale del bisogno, della presa in carico integrata attraverso il progetto assistenziale/educativo individualizzato ed il Budget di progetto;
 - b) a livello di sistema e di programmazione integrata, le previsioni annuali e pluriennali delle risorse che gli enti aderenti assegnano alle materie oggetto della Convenzione stessa.
 - c) A livello programmatico le modalità di integrazione operativa tra le azioni del Piano Distrettuale Sociale (PDS) in capo agli ADS e del Piano di Attività Territoriale (PAT) in capo ai DSB e altri servizi territoriali della ASL (in applicazione degli indirizzi del Piano di Assistenza Territoriale della Regione Abruzzo e del DM 71/2022).

Art. 6

Organo comune della Convenzione

1. L'organo comune per l'esercizio delle funzioni ai sensi della Convenzione, è l'ufficio di coordinamento sociosanitario integrato ADS/DSB, con il compito specifico di coordinare l'organizzazione e lo svolgimento delle attività previste e di monitorare e gestire i flussi informativi e i dati riferiti alla valutazione e presa in carico dei servizi ed interventi ad elevata integrazione sociosanitaria.
2. Il funzionamento dell'ufficio di coordinamenti di cui al comma 1 è disciplinato da apposito regolamento adottato dall'ECAD/DSB, con la previsione di riunirsi periodicamente, con cadenza almeno semestrale.

Art. 7

Obbligo di informazione reciproca

1. Gli enti sottoscrittori si impegnano a trasmettere ogni informazione e dato richiesto dall'Ufficio di coordinamento sociosanitario del PUA, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.
2. Gli atti dei singoli enti che interessano le materie oggetto della Convenzione, sono comunicate tempestivamente all'ufficio di coordinamento sociosanitario (all'interno del PUA), da parte dei competenti uffici.

Art. 8

Durata

1. La Convenzione ha durata triennale, soggetta a rinnovo, in coerenza con gli atti di programmazione da cui trae origine e deve essere integrata e aggiornata in riferimento all'evoluzione normativa e delle disposizioni in materia sociale e sociosanitaria emanate a livello nazionale e regionale (PSN, PNA, FIS, PSR, FSE/FSC, PNRR/REACT EU, Piano Povertà ed altre misure settoriali).

Art. 9

Controversie

2. 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.

Nota: il presente atto dovrà essere aggiornato in relazione agli indirizzi e disposizioni normative e programmatiche nazionali e regionali (del Servizio Programmazione Sociale del Dipartimento Lavoro-Sociale)

e che seguono una programmazione integrata e modulare con particolare riferimento al PSN 2021-2023, al Piano povertà 2021-2023, al PNA 2022-2024 (in fase di redazione) e alle azioni del FSE e FSC 2021-2027 ed altre misure progettuali e complementari del PNRR e REACT EU che fanno capo al coordinamento e alla regia della Regione Abruzzo attraverso l'organismo interno di pilotaggio "Abruzzo Prossimo" per il prossimo decennio 2021-2030.