

## BOZZA

### CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA

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

TRA

l'Ambito distrettuale sociale N.15 – Pescara e l'Azienda USL di Pescara

L'anno 2017, il giorno \_\_ del mese di \_\_\_\_\_, alle ore ....., nella Sala Giunta del Comune di Pescara, alla Piazza Italia n. 1, risultano presenti:

il Sindaco **Marco Alessandrini**, in rappresentanza dell'Ambito Distrettuale Sociale n.15 - Pescara

e

il Dott. **Armando Mancini**, in rappresentanza dell'Azienda Sanitaria Locale di Pescara.

#### PREMESSO CHE

- il Piano Sociale Regionale 2016-2018, approvato con deliberazione n. 70/4 del 9/8/2016, tra le diverse misure per l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, prevede anche il ricorso necessario allo strumento della convenzione tra l'Ambito distrettuale sociale e l'Azienda Sanitaria Locale per la definizione concordata delle modalità organizzative e gestionali relative allo svolgimento delle funzioni di integrazione socio-sanitaria nel territorio dell'Ambito distrettuale sociale N.15 Pescara;
- l'oggetto specifico della convenzione è stato approvato dalla Conferenza locale integrata socio- sanitaria (CLISS), in data 01/08/2017, alle ore 10.00, in coerenza con le previsioni programmatiche del Piano sociale distrettuale e del redigendo 'Programma delle attività territoriali del Distretto Sanitario di Pescara';
- che la convenzione stipulata costituisce allegato al Piano sociale distrettuale sociale dell'ECAD 15- Pescara e ne condiziona l'efficacia, costituendo uno dei presupposti per la positiva verifica di compatibilità con il Piano sociale regionale;

#### TUTTO CIÒ PREMESSO

Art. 1

Oggetto

1. L'Ambito distrettuale sociale ECAD 15 Pescara, rappresentato dal Sindaco Marco Alessandrini, e l'Azienda Sanitaria Locale di Pescara - Area Distrettuale Pescara, rappresentata dal Direttore Dott. Armando Mancini, stipulano la presente Convenzione socio-sanitaria, in attuazione di quanto previsto dal Piano sociale regionale 2016-2018, allo scopo di disciplinare su base comune l'esercizio coordinato delle funzioni amministrative e la gestione in forma associata dei servizi e delle attività integrazione socio-sanitaria.
2. La Convenzione disciplina, in particolare:
  - a) le responsabilità di gestione delle materie oggetto della Convenzione;
  - b) i processi di organizzazione e di partecipazione;
  - c) il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;
  - d) le risorse finanziarie impiegate per l'attuazione delle attività programmate;
  - e) l'esercizio delle funzioni di Organo comune della Convenzione da parte della Conferenza locale integrata socio-sanitaria (CLISS).
3. La Convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti concernenti le modalità organizzative e gestionali

## **Piano Sociale - ECAD 15 Pescara**

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.3 septies, comma 2 e 4 del D.Lgs. 502/1992 e, comunque, nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.

4. I servizi, le attività e gli interventi socio-sanitari oggetto della Convenzione sono specificati nell'allegato A, nel quale sono dettagliatamente descritti lo sviluppo delle attività organizzative ed operative, il personale, i costi relativi e il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato.

### **Art.2**

#### **Funzioni di gestione**

1. Le funzioni di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata è affidata all'Ufficio di Piano dell'Ambito Sociale ECAD 15 Pescara che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate.

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

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

4. Le indicazioni sulle modalità di definizione delle soluzioni organizzative sono evidenziate nell'allegato A.

### **Art. 3**

#### **Partecipazione**

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

2. Le indicazioni sulle modalità specifiche di partecipazione adottate sono evidenziate nell'allegato A.

### **Art. 4**

#### **Coordinamento interprofessionale**

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

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

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

3. Le indicazioni sulle modalità specifiche di coordinamento adottate sono esplicitate nell'allegato A.

### **Art. 5**

#### **Budget integrato**

1. In attuazione della presente Convenzione, gli enti sottoscrittori provvedono a definire il Budget integrato di programmazione, costituito dalle previsioni annuali delle risorse che gli enti aderenti

## **Piano Sociale - ECAD 15 Pescara**

assegnano alle materie oggetto della Convenzione stessa.

### **Art. 6**

#### **Organo comune della Convenzione**

1. L'organo comune per l'esercizio delle funzioni ai sensi della Convenzione, è la CLISS, con il compito specifico di coordinare l'organizzazione e lo svolgimento delle attività previste e di vigilare sulla loro attuazione.
2. Il funzionamento della CLISS in qualità di organo comune è disciplinato da apposito regolamento adottato dalla stessa CLISS, con la previsione dell'obbligo di riunirsi periodicamente, con cadenza almeno semestrale.

### **Art. 7**

#### **Obbligo di informazione reciproca**

1. Gli enti sottoscrittori si impegnano a trasmettere ogni informazione e dato richiesto dalla CLISS, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.
2. Gli atti dei singoli enti che interessano le materie oggetto della Convenzione, sono comunicate tempestivamente alla CLISS da parte dei competenti uffici.

### **Art. 8**

#### **Durata**

1. La Convenzione ha durata pari agli atti di programmazione da cui trae origine ed è soggetta a rinnovo in coerenza con gli stessi.

### **Art. 9**

#### **Controversie**

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

## Allegato A

A partire dalla descrizione sintetica dei tre livelli di integrazione (istituzionale, gestionale e professionale) previsti dal PSR, il presente documento recepisce le linee di indirizzo in materia di integrazione socio-sanitaria, approvate con D.G.R. n.191 del 13/04/201, precisando i servizi e le attività ad integrazione socio-sanitaria con i relativi costi, lo schema con identificazione del personale coinvolto e il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato (come riportato nel paragrafo 3.4 del documento di Piano).

Le funzioni di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata sono affidate all'Ufficio di Piano dell'Ambito Sociale ECAD 15 Pescara che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate. 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. La funzione di coordinamento operativo delle attività convenzionate è affidata al Responsabile dell'Ufficio di Piano.

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

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

### **In sintesi, la convenzione socio-sanitaria:**

1. È stata elaborata e determinata nell'ambito della CLISS;
2. rappresenta lo strumento per l'esercizio associato a livello territoriale dell'integrazione socio-sanitaria;
3. consente la collaborazione continua fra l'Ambito Sociale Distrettuale e l'Azienda Sanitaria tramite l'attuazione delle scelte operative fatte congiuntamente a livello istituzionale, che hanno la finalità di assicurare il progressivo allineamento del Piano sociale distrettuale e del redigendo Programma delle attività territoriali del Distretto sanitario (PAT);
4. disciplina, a livello territoriale, le attività e i servizi dell'intero Ambito sociale distrettuale.
5. definisce e disciplina gli impegni reciproci, in particolare, nei limiti della programmazione regionale di settore:
  - a) la realizzazione dei servizi sociali e sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria (art. 3-septies D.Lgs. 502/1992 e D.P.C.M. 14 febbraio 2001);
  - b) le modalità organizzative prescelte per il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, per la localizzazione dei presidi nel territorio di competenza, per il sistema di controllo e certezza dei costi, per l'innovazione organizzativa tecnica e gestionale nei servizi socio-sanitari a livello di Ambito sociale distrettuale e di Distretto sanitario;
  - c) le modalità di impiego del personale che opera per l'esercizio associato, proveniente dalla ASL e dall'ECAD 15 - Pescara, con la supervisione dei coordinatori dell'integrazione socio-sanitaria dei rispettivi Enti firmatari;
  - d) l'attivazione e utilizzo di un sistema informatico, che la ASL prevede di commissionare per la procedura di accesso al PUA e successiva gestione delle richieste dei cittadini che comportano la presa in carico di tali istanze da parte delle UVM, in condivisione con tutti gli attori coinvolti :ECAD 15, MMG/PLS, Ospedali, Strutture;
  - e) la condivisione, da parte dell'ECAD 15, del sistema informatico già attivato dalla ASL in merito alla gestione della ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).
6. coinvolge i rappresentanti degli Enti firmatari : Sindaco dell'ECAD 15, Direttore generale ASL, l'Ufficio di Piano dell'Ambito distrettuale e il corrispondente Ufficio di coordinamento del Distretto sanitario.

## **Integrazione istituzionale**

Funzioni di gestione (art.2)- modalità di definizione delle soluzioni organizzative

Gli ambiti di intervento sui quali si intende realizzare l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale e professionale sono i seguenti: non autosufficienza, disabilità, sostegno alla domiciliarità, area minori e famiglia, gestione di progettualità/servizi finanziati con fondi ministeriali e regionali (ovvero: Vita Indipendente, Dopo di noi, Sostegno per l'Inclusione Attiva - SIA, Programma di Interventi per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione - P.I.P.P.I. – I PO FEAD, etc.);

Gli Enti firmatari intendono assicurare:

- 1) l'integrazione degli interventi socio-sanitari ed assistenziali, nonché la definizione del sistema delle competenze locali nell'attuazione dei suddetti interventi relativamente al bisogno complesso di tipo socio-sanitario;
- 2) l'individuazione di processi unitari per la valutazione del bisogno di cura con utilizzo dello strumento valutativo dell'ICF da parte dell'UVM ;
- 3) l'individuazione condivisa di un processo di presa in carico dell'utente da parte dei servizi socio-sanitari ed assistenziali attraverso il progetto individualizzato partecipativo di intervento, di sostegno e di accompagnamento della persona con disabilità, di quella non-autosufficiente e della sua famiglia mediante l'utilizzo di apposite scale di valutazione;
- 4) l'erogazione di prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e sociale, in favore di persone non autosufficienti e/o disabili assistibili a domicilio;
- 5) la definizione concertata delle risorse da impiegare (soprattutto professionali);
- 6) l'individuazione di strumenti per la valutazione condivisa degli interventi attuati;
- 7) la formazione integrata e congiunta degli operatori impiegati nell'erogazione dei servizi sociali e sanitari.

## **Integrazione gestionale:**

I Servizi da coinvolgere saranno i seguenti:

- Direzione del Distretto, Servizio Assistenza Domiciliare Integrata, Servizi di Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica, Unità di Valutazione Multidimensionale, Consultori Familiari, Punto Unico di Accesso, Centro di Salute Mentale, Centro diagnosi Assistenza Alzheimer, Servizio per le Dipendenze, Servizio Di Neuropsichiatria Infantile, Servizio Sociale Professionale Ecad 15, MMG e PLS. Altri servizi che dovessero rivelarsi necessari per la realizzazione del progetto assistenziale individualizzato, nell'ambito delle équipe multidisciplinari.
- Le azioni di presa in carico unitaria ed integrata riguarderanno: l'analisi del bisogno assistenziale e di cura; la redazione del Progetto Assistenziale Individualizzato/Progetto di Vita, rimodulabile anche nell'arco di breve tempo al variare del bisogno dell'utente.
- Il Percorso Assistenziale, per la gestione del paziente con necessità di ricovero in struttura residenziale (anziani, disabili adulti e demenze), è regolamentato da un accordo con l'U.O.S. Assistenza Intermedia e l'Ambito Territoriale Sociale (ATS) di Pescara e approvato dall'Azienda USL di Pescara con deliberazione n. 66 del 26.01.2017.

## **Integrazione Professionale:**

**Coordinamento interprofessionale operativo (art.4) e Strumenti di integrazione:**

- utilizzo di piattaforma informatica e modulistica condivisa;
- riunioni mensili del Responsabile dell'UVM (o suo delegato) con il Coordinatore Area Socio-Sanitaria dell'Ecad 15, finalizzata alla presentazione dei casi complessi e all'eventuale rimodulazione del PAI/Progetto di Vita. Alla riunione parteciperanno anche gli assistenti sociali comunali ed gli operatori sanitari e socio-assistenziali coinvolti nella gestione del caso.
- riunioni semestrali del Coordinatore dell'area socio-sanitaria della ASL, dei Coordinatori UU.VV.MM, del Responsabile dell'Ufficio di Piano, del Coordinatore Area Socio-Sanitaria dell'Ecad 15 e dei referenti del Gruppo di Lavoro Socio-Sanitario di cui all'allegato B, finalizzate alla verifica globale delle

attività realizzate, alla valutazione del rapporto tra risultati attesi e ottenuti e alla valutazione dell'efficacia in termini operativi. Questa attività sarà documentata attraverso redazione di verbali e report di monitoraggio.

### **Modalità di partecipazione (art.3) dei Cittadini e delle Associazioni di categoria**

- I cittadini possono segnalare bisogni socio-sanitari di tipo complesso presso i Punti Unici di Accesso (PUA), attivi nelle due sedi di Pescara Nord e di Pescara Sud del Distretto Sanitario.
- I Progetti Assistenziali Individualizzati/Progetti di Vita, elaborati dalle UU.VV.MM, prevedono la partecipazione dell'utente alla propria valutazione, inoltre, è possibile, per questo ultimo, indicare nominativi di familiari/care givers o rappresentanti di associazioni per lui significativi da cui desidera essere affiancato.
- Le Associazioni e i rappresentanti della ASL del Gruppo di Piano faranno parte di un Tavolo Tecnico Permanente Socio-Sanitario, che si riunirà con cadenza annuale e sarà di supporto all'Ufficio di Piano.

Il presente Allegato A si esplica nei seguenti punti:

- A. Descrizione dei Servizi/Attività ad integrazione socio-sanitaria, organizzati secondo assi tematici ed obiettivi essenziali di servizio, connessi al quadro generale previsionale delle risorse finanziarie (unicamente i costi del personale in quanto i costi dei servizi sono indicati già nel documento di piano) da utilizzare per l'attuazione delle attività programmate;
- B. lo schema del personale impiegato;
- C. il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato;

### **Descrizione dei Servizi/attività ad integrazione socio-sanitaria, organizzati secondo assi tematici ed obiettivi essenziali di servizio;**

I Servizi ad integrazione socio-sanitaria, elencati, nel presente documento in due tabelle (Tab.1 e Tab.2) sono stati riferiti agli Assi Tematici e OE indicati nel PSR al fine di facilitare la lettura integrata tra la presente Convenzione e il documento del Piano Sociale dell'Ambito Distrettuale ECAD 15 – Pescara. Inoltre, al termine della descrizione dei servizi vengono poste le Raccomandazioni emanate con le surrichiamate Linee di indirizzo, congiuntamente ad alcuni interventi riportati nella Sezione 5 del documento di Piano.

**Tab.1**

Assi Tematici	Obiettivi Essenziali	Servizi
AT1- Attuazione degli obiettivi essenziali di Servizio Sociale	OE1, OE2, OE4	1) PUA, 2) UVM (per 'ADI', 'RSA/RP', 'Utenza Psichiatrica', PLNA, Vita indipendente, Dopo di Noi), 3) ADI/SAD.
AT2 – Interventi e Servizi per la non-autosufficienza		
AT5 – Strategie per le Persone con Disabilità		

#### **1) Il Punto Unico di Accesso (PUA)**

Il Servizio è rivolto prioritariamente alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali ed è finalizzato a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali e vi afferiscono moltissime richieste di varia natura e complessità.

Il PUA ha il compito di informare, orientare, decodificare la domanda dell'utente :

- effettua una prima valutazione della natura e complessità del bisogno;
- fornisce informazioni circa i servizi esistenti sul territorio per il soddisfacimento del bisogno
- fornisce le risposte assistenziali più appropriate.

In caso di bisogni complessi, il PUA, segnala il caso alla Unità di Valutazione Multidimensionale per una valutazione più approfondita e per le conseguenti determinazioni.

Presso il Distretto Sanitario, nelle sedi di Pe Nord e Pe Sud, il PUA è attivo, con accesso quotidiano da parte dei cittadini dal lunedì al sabato.

Il PUA , in termini professionali e gestionali, è un servizio strategico per l'integrazione socio-sanitaria, che richiede un raccordo più stringente e funzionale tra le diverse componenti sanitarie e sociali, ovvero un collegamento sistematico con il Segretariato Sociale dell'ECAD 15.

Il Servizio sarà implementato attraverso:

- incremento di personale sociale e sanitario, fornito dalla ASL, adeguatamente formato ed aggiornato non solo circa i servizi che offre l'Azienda Sanitaria ma anche circa quelli erogati dall'ECAD15 , nonché i servizi erogati sul territorio dal Terzo Settore;
- modifica dell'orario di apertura del PUA, con previsione di accessi pomeridiani;
- Attivazione della **piattaforma informatica**, che la ASL ha in programma di commissionare per la informatizzazione della procedura di accesso al PUA e di successiva gestione delle richieste dei cittadini che comportano la presa in carico di tali istanze da parte delle UVM. La suddetta piattaforma sarà in condivisione con tutti gli attori coinvolti (MMG/PLS, Ospedali, Strutture, Servizio Sociale Professionale dell'ECAD 15.) e consentirà di condividere le richieste, le informazioni e i dati, di consolidare la conoscenza ed il raccordo tra gli operatori del PUA e gli operatori del Segretariato Sociale, superando le difficoltà date dalla diversa organizzazione dei Servizi e di calendarizzare momenti sistematici di confronto Asl/Comune .

## 2) L'Unità Valutativa Multidimensionale (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è costituita da professionalità socio-sanitarie preposte alla valutazione dei bisogni dell'utente, riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche.

L'UVM effettua la valutazione, individua i bisogni e redige il Piano Assistenziale Individualizzato/Progetto di Vita., documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare, la valutazione dei bisogni del paziente, con lo scopo di dare l'avvio a un progetto di assistenza e cura, che ha come obiettivo il recupero/mantenimento dell'autosufficienza.

La presenza dell'Assistente Sociale dell'ECAD 15 è fondamentale in quanto la sua professionalità permette la corretta valutazione delle condizioni socio familiari, abitative ed economiche dell'utente e influisce nella scelta del setting più appropriato, anche attraverso la definizione, ai sensi dell'ICF, dei qualificatori performance e capacità, sia per l'adulto che per il minore, e della qualificazione dei fattori ambientali come barriere o facilitatori. La valutazione multidimensionale così intesa, permette quindi di definire l'impegno riabilitativo, sanitario-infermieristico ed assistenziale e quindi di poter formulare il progetto di vita dell'utente.

L'U.V.M. viene convocata a seguito dell'analisi del bisogno socio sanitario complesso rilevato dal P.U.A., può essere effettuata in ambito ambulatoriale, presso il DSB, al domicilio del paziente e presso le Unità Operative Ospedaliere e le Strutture Residenziali.

La valutazione multidimensionale viene effettuata con l'ausilio di schede e sistemi di classificazione quali la SVAMA, integrata anche da altre scale, per l'area anziani e demenze; la S.Va.M.D.I (nel cui interno sono previste sezioni della classificazione ICF) per l'area disabili e le scale Ho-NOS/VADO e BPRS per l'area della salute mentale. Saranno, inoltre, utilizzate anche altre scale di valutazione espressamente previste da Progetti Specifici (PLNA – Vita Indipendente, etc).

Ad integrazione, dei sistemi di classificazione sopra riportati, verrà utilizzato come strumento valutativo l'I.C.F.

Le attività collegiali della UVM riguardano :

- Analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- Visita del paziente
- Individuazione del setting assistenziale appropriato per il paziente;
- Individuazione del responsabile del caso (Case Manager)
- Elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

L'UVM trasmette al PUA l'esito della valutazione effettuata per i successivi adempimenti.

Le attività della UVM saranno declinate nell'ottica di una maggiore integrazione fra gli operatori dell'Ecad 15 e gli operatori della ASL.

- **Maggiore presenza degli Assistenti Sociali , 2 giorni a settimana nelle due sedi distrettuali.**
- **Formazione comune per l' utilizzo dello strumento valutativo I.C.F.**
- Analisi e valutazione multidimensionale del bisogno con tempi e spazi congrui.
- Effettiva presa in carico congiunta con specifica individuazione del case-manager;
- Elaborazione e stesura condivisa del Piano Assistenziale Individualizzato/Progetto di Vita.
- 

**L'UVM determina l'invio presso strutture socio-sanitarie .**

Questo intervento è finalizzato alla concessione di integrazione economica, da parte dell'ECAD 15, per il pagamento delle rette di ricovero di persone non-autosufficienti presso strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Residenze Protette (RP) sono finalizzate all'accoglienza, temporanea in RSA o stabile in RP, di persone anziane e/o con disabilità in situazione di non autosufficienza che non sono più in grado di condurre una vita autonoma e le cui esigenze socio-sanitarie non possono essere soddisfatte in modo adeguato mediante interventi domiciliari. Con questo servizio viene regolato il contributo economico qualora la situazione reddituale e patrimoniale dell'interessato e degli aventi obbligo agli alimenti, non può farsene totalmente carico.

## **2.1 Le UVM, vengono attivate anche per i seguenti Servizi nell'ambito del PLNA - Piano per la Non Autosufficienza.**

Il PLNA prevede interventi ad elevato grado di integrazione socio-sanitario finalizzati a dare risposte ai bisogni complessi delle persone non autosufficienti, comprese quelle con disabilità gravissima. Gli obiettivi sono di facilitare la piena integrazione delle persone non autosufficienti in ogni contesto di vita, valorizzare ed implementare la domiciliarità, alleviare il carico assistenziale quotidiano dei familiari, evitando così i ricoveri impropri.

Il PLNA prevede la possibile attivazione di:

- Servizio di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata;
- Servizio di Taxi Sociale (trasporti presso servizi culturali, ricreativi, sportivi e riabilitativi);
- Budget di Cura, distinti per patologie gravi e gravissime;
- Servizi specialistici educativi domiciliari per minori.
- 

Le persone inserite nel suddetto Piano saranno valutate dalle UU.VV.MM, che, composte dalle figure professionali specifiche per le diverse patologie, provvederanno alla stesura dei Piani Assistenziali Individualizzati.

## **2.2) Progetto di "Vita Indipendente" (L.R. n. 57/2012).**

La **Vita Indipendente (L.R. n. 57/2012)** è un progetto finalizzato al raggiungimento della piena autonomia della persona con disabilità che sceglie autonomamente il proprio assistente personale, che può anche essere un



familiare, regolarizzando il rapporto di lavoro nel rispetto delle forme contrattuali previste dalla normativa vigente. Il progetto è rivolto a persone di età compresa tra i 18 e i 67 anni, con disabilità grave. L'integrazione socio sanitaria si realizza nella valutazione delle richieste, pervenute all'ECAD 15, da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionali, che verificano sia il Progetto Personalizzato/Progetto di Vita presentato, la capacità dell'utente di auto-determinarsi, l'indice di gravità del bisogno assistenziale e l'ISEE.

Inoltre, poiché nel nuovo Piano dell'ECAD 15 è stata inserita la possibilità che anche presso i Centri diurni per l'Inclusione Attiva delle persone con disabilità, vengano sperimentati un paio di progetti di Vita Indipendente, sarà prevista la valutazione da parte dell'UVM.

### 2.3) UVM per “Dopo di noi”

Gli interventi per il “Dopo di Noi” si propongono di attivare per persone diversamente abili prive di rete parentale, percorsi di deistituzionalizzazione e di supporto alla domiciliarità, attraverso interventi di permanenza in una soluzione abitativa extra familiare.

All'interno del Dopo di Noi, saranno previsti percorsi di sperimentazione all'autonomia abitativa anche per coloro che vivono ancora in un contesto familiare.

### 3) Servizio di Assistenza Domiciliare Sociale ed Integrata (S.A.D. e A.D.I.)

Il SAD è finalizzato al mantenimento della persona, con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, nella propria abitazione e prevede l'erogazione di interventi domiciliari, come da Piano Assistenziale Individualizzato. Il suddetto servizio consente al paziente di usufruire della continuità delle cure delle quali necessita, direttamente nel suo contesto di vita ed è finalizzato ad assicurargli il supporto socio-assistenziale per il massimo recupero e stabilizzazione della sua autonomia, evitando inserimenti in strutture, che potrebbero destabilizzarlo e disorientarlo.

Il Comune fornisce le prestazioni socio-assistenziali, quali:

- incentivazione allo sviluppo dell'autonomia personale e dell'autosufficienza nelle attività quotidiane;
- supporto per l'igiene personale;
- preparazione e somministrazione dei pasti;
- aiuto per l'igiene degli ambienti e degli spazi di vita;
- disbrigo di pratiche e commissioni;
- eventuali accompagnamenti
- collaborazione con altre figure professionali (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, educatori, insegnanti e responsabili di associazioni, cooperative, etc.).

Il SAD è erogato a favore della persona residente nel Comune di Pescara, su richiesta dell'interessato o del caregiver ed è soggetto a eventuale compartecipazione secondo le fasce ISEE, come da disposizioni comunali.

Invece, il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) di tipo sanitario, compreso nel Sistema delle Cure Domiciliari, viene gestito dall'ASL e fornisce prestazioni sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative), erogate a domicilio a favore di persone, permanentemente o temporaneamente non autosufficienti (disabili gravi e anziani) e/o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente/persona nel suo ambiente di vita.

Il suddetto servizio è concesso a livello gratuito e per un periodo di tempo rispondente alle necessità cliniche del paziente a condizione che vi sia un **care-giver** (colui che si prende cura e assiste), che possa garantire un'alleanza terapeutica con gli operatori sanitari necessaria al buon andamento dell'assistenza ed un ambiente igienicamente appropriato.

L'Assistenza Domiciliare sanitaria è di due tipi: semplice (I livello) e complessa (II livello):

Il I livello garantisce delle prestazioni gestite da un solo professionista, mentre l'ADI, prevista nei casi complessi, riguarda pazienti con necessità assistenziali che richiedono la presenza coordinata di varie tipologie di professionisti (infermiere, medico specialista, fisioterapista, etc..)

Il servizio è svolto da personale dedicato alla cura del paziente con specifici compiti.

**Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta:** è il responsabile clinico del caso ed il punto di riferimento del paziente/caregiver. Accede periodicamente al domicilio della persona malata secondo la programmazione e le necessità stabilite nel Piano Assistenziale Individualizzato.

**Personale infermieristico :** operatori professionali e responsabili dell'assistenza globale infermieristica

**Fisioterapista :** garantisce il servizio di riattivazione motoria/respiratoria, di terapie fisiche, antalgiche ed antinfiammatorie, di rieducazione dei disturbi neuropsicologi

**Logopedista** Pratica attività terapeutica per la rieducazione delle disabilità comunicative e cognitive.

**Personale Medico specializzato:** garantisce consulenze specialistiche e terapie

**Assistente Sociale:** si occupa di problematiche a rilevanza sociale del paziente e della sua famiglia, supporta ed orienta gli stessi collaborando nella programmazione e definizione del percorso di cura e li informa circa eventuali risorse territoriali pubbliche e private.

**Psicologo** Esercita interventi per la prevenzione, la diagnosi, il sostegno psicologico, l'abilitazione e la riabilitazione, rivolti alle persone sia al paziente che all'intero nucleo familiare.

**Assistenza farmaceutica:** fornisce gratuitamente i farmaci ed i dispositivi medici necessari e provvede alla consegna a domicilio .

**Assistenza protesica** Dietro prescrizione specialistica, vengono forniti dei presidi.

Tutte le attività assistenziali, sanitarie e sociali, al pari di quanto avviene nel ricovero ospedaliero, vengono registrate sulla **Cartella Domiciliare Integrata**, che corrisponde al principale strumento di comunicazione e di lavoro comune alle varie figure professionali che accedono al domicilio e si avvicinano nell'assistenza al paziente. La Cartella Domiciliare viene custodita a casa del paziente durante tutto il periodo assistenziale. Nella Cartella Domiciliare sono contenuti il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.), relativo allo stato di salute e specifiche necessità del paziente, ed il Diario integrato utile per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori.

Ogni anno l'Azienda USL incrementa i fondi destinati all'Assistenza Domiciliare Integrata quale obiettivo di miglioramento e parimenti l'Ente Locale riserva, per la gestione delle attività di pertinenza, una somma pari al 20% dello stanziamento ASL.

La persona inserita nell'ADI sanitario ha la priorità per l'accesso al Servizio Assistenza Domiciliare comunale.

Al fine di realizzare una piena integrazione fra l'ADI sanitario e il SAD comunale e di superare le difficoltà legate alla diversa organizzazione dei due Servizi si procederà alla condivisione delle informazioni ( richieste, dati, tipologia prestazioni, attivazioni- proroghe etc) realizzando un collegamento telematico fra il Servizio Sociale Professionale e il sistema informatico dell'Ufficio delle Cure Domiciliari.

## **RACCOMANDAZIONI PER UNA PIÙ EFFICACE INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA RISPETTO AI SUMMENZIONATI SERVIZI/ATTIVITÀ:**

Rispetto ai surrichiamati Servizi/attività, le Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria, approvate con D.G.R. n.191 del 13/04/2017, rafforzano quanto previsto dal PSR per gli Obiettivi Essenziali 1 (Accesso), 2 (Presa in carico) e 4 (Assistenza Domiciliare), indicando specifiche Raccomandazioni da inserire nei Piani in riferimento ai temi salienti dell'integrazione socio-sanitaria nell'ambito del PUA, UVM e Sistema Cure Domiciliari. Pertanto, l'ECAD 15 e la ASL di Pescara si impegnano a concretizzare i seguenti strumenti attuativi:

**Per il PUA** (secondo quanto previsto dal PSR per l'Obiettivo Essenziale 1- Accesso):

- l'adozione di un protocollo operativo di organizzazione, di procedure, di interscambio dati del PUA fra Distretto Sanitario e Ambito Distrettuale sociale;

- la definizione di un elenco unificato dei servizi e delle prestazioni del Distretto e dell'Ambito distrettuale ai quali accedere tramite PUA e Segretariato Sociale;

- la digitalizzazione delle richieste di accesso con la creazione di un unico format informatizzato per i servizi sociali e sanitari condiviso dal PUA e dal Segretariato sociale.

### **Per il PAI (Piano Assistenziale Individualizzato):**

- collaborazione attiva, strutturata e permanente tra operatori del DSB di Pescara e operatori dell'ECAD 15 per la progettazione, gestione e valutazione dei PAI, predisposti dalle UVM integrate;
- adozione di un modello PAI, integrativo dei modelli esistenti in corso di revisione, che valorizzi la persona, favorisca il coinvolgimento attivo del paziente (nei casi possibili) e della famiglia, definendo i bisogni, gli obiettivi, le azioni, le prestazioni, gli esiti attesi, gli indicatori, il monitoraggio, le risorse, i tempi, e le modalità di revisione e di rimodulazione degli interventi; (nei casi di non autosufficienza di minori e di adulti, il PAI deve configurarsi come Progetto di Vita e non soltanto come mero strumento di erogazione di servizi cfr.art.14 della L.328/2000);
- lo scambio costante e la condivisione del PAI di ogni singolo paziente fra ECAD e DSB;
- l'informatizzazione e digitalizzazione del PUA.

### **Per le UVM:**

- la specifica composizione delle 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 Servizi Sociale per i minorenni e Istituzioni Scolastiche;
- l'estensione dell'ambito operativo delle UVM anche ai servizi innovativi quali il 'dopo di noi' e l'adozione di scale richieste da norme e decreti ministeriali (fondo nazionale per le non autosufficienze, L.R. 57/2012).

### **Per le Cure Domiciliari:**

- messa a regime e valorizzazione del ruolo del Centro di coordinamento delle Cure Domiciliari a livello di ASL, prevedendo il coinvolgimento del Responsabile dell'Ufficio di Piano;
- rafforzamento e valorizzazione nel Gruppo Operativo Distrettuale, presente in ciascun Distretto, della partecipazione dell'assistente sociale dell'Ambito e il coinvolgimento di altri operatori pubblici o privati per la gestione del PAI;
- elaborazione di un apposito Regolamento con i tempi e le modalità di svolgimento delle riunioni;
- previsione nella Convenzione e nei PAT di azioni coerenti con la L.R 43/2016 in favore del **caregiver familiare, attribuendo specifici compiti e supporti nell'ambito del PAI** .

### **Per 'Dopo di noi':**

L'esistenza di una integrazione di tipo socio-sanitaria, rispetto a questo Servizio/Intervento, è ben precisata nelle Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria, approvate con D.G.R. n.191 del 13/04/2017. Queste ultime rafforzano quanto previsto dal PSR all'Obiettivo Essenziale 7, ovvero la promozione dello sviluppo di una rete di micro residenzialità di tipo familiare anche per le persone con disabilità, secondo un approccio sia di piccola comunità protetta sia di comunità a valenza socio-sanitaria integrata per bisogni più complessi. A tal fine, è prevista l'istituzione di un **Gruppo di lavoro sulla residenzialità e semiresidenzialità** congiunto tra ECAD e DSB, che avrà quale compito la redazione di un **protocollo operativo specifico per la gestione integrata** degli interventi di residenzialità e semiresidenzialità nella fase di valutazione multidimensionale, di progettazione e realizzazione del 'Progetto di Assistenza Individualizzato/Progetto di Vita', di previsione della compartecipazione alla spesa.

**Tab.2**

Assi Tematici	Obiettivi Essenziali	Servizi
AT4- Sostegno alla genitorialità e alla famiglia, nuove generazioni, prevenzione e contrasto alla violenza domestica	OE1, OE2, OE4, OE5, OE6, OE7, OE8	4) Servizio Adozione, 5) Servizio Affidamento familiare, 6) Mediazione Familiare, 7) Servizio Clown Terapia per Bambini Ospedalizzati; 8) EEMM (Minori in stato di fragilità/ Servizio Socio psico-pedagogico,CSF e PRIMA, PIPPI).
AT3 – Strategie per l’Inclusione Sociale		EEMM (SIA, PO I FEAD, Outreach Pescara)
AT5 – Strategie per le persone con disabilità		EEMM (Assistenza Specialistica, Artis, Borse Lavoro disabilità psichica, Servizio di Inclusione Attiva per persone con Disabilità)
AT7 – Strategie per la Prima Infanzia		EE.MM (Nidi di Infanzia)

#### 4) Servizio Adozione

Il Comune di Pescara con delibera n 130 del 19/03/02 e a seguito di convenzione con l'ASL di Pescara ha costituito l'**Equipe Territoriale Integrata** per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 29 bis comma 4 della legge 31/12/98 n 476 in materia di adozione nazionale e internazionale in esecuzione della Delibera del Consiglio della Regione Abruzzo n 44/12 del 3/08/ 2001. Con Determinazione Direttoriale n. DM/64 del 2 dicembre 2008 è stato istituito il Gruppo di Coordinamento regionale delle équipes per le Adozioni della Regione Abruzzo di cui fanno parte le Equipe di Pescara, Teramo, L'Aquila e Chieti. L'équipe del Comune di Pescara è costituita da un Assistente Sociale e da una Psicologa ASL. La sede dell'Equipe è presso il Comune di Pescara - Piazza Italia 13. La Psicologa dell'ASL lavora con l'assistente sociale dell'ECAD 15 presso la sede comunale per n. 2 giorni a settimana (circa n. 12 ore).

L'Equipe si occupa di:

##### attività pre-adozione

- informazione e sensibilizzazione;
- programmazione attività;
- formazione delle coppie disponibili all'adozione
- colloqui individuali e di coppia
- visite domiciliari
- redazione della relazioni sociali e psicologiche richieste dall'Autorità Giudiziaria per l'idoneità all'adozione

##### attività post-adozione

- colloqui e monitoraggio delle famiglie adottive e dei minori
- supporto post adottivo alle singole famiglie
- attivazione di percorsi di sostegno a minori e/o alle coppie
- redazione di relazioni post adottive, trimestrali, semestrali o annuali, a seconda della tipologia adozione. Per adozione Nazionale entro l'anno di affido preadottivo è obbligatorio monitorare e redigere relazione da inviare al Tribunale per i Minorenni; per Ad. Internazionale dipende dai Paesi di origine dei minori, si va da verifiche e relative relazioni per un tempo minimo di un anno ad altri Paesi stranieri che chiedono verifiche e relazioni fino a 18 anni di età del minore
- visite domiciliari post adottive
- interventi presso le sedi scolastiche, se richiesti

La psicologa dell'ASL è presente, inoltre:

- nei corsi di formazione obbligatori rivolti agli aspiranti all'adozione nazionale e internazionale - n. 2 /3, all'anno a secondo del numero delle coppie interessate, per un totale di circa n. 30 ore annuali
- incontri mensili post-adozione – n. 30 ore circa annuali.
- altre attività programmate annualmente (giornate di studio, laboratori di scrittura, musicali, di pittura, etc.) a seconda delle disponibilità economiche e delle esigenze emerse dalle famiglie stesse;
- attività testistiche, e successivi colloqui di approfondimento individuali e di coppia per la valutazione dell'idoneità e i percorsi di sostegno alle famiglie adottive vengono svolti dalla psicologa presso il Consultorio Familiare .

#### 5) Servizio Affidamento e Affiancamento familiare

La Regione Abruzzo ha delineato compiti e funzioni dell'Equipe Affidamento sia con l'Emanazione delle "Linee Guida

per gli interventi in materia di affidamento familiare” con DGR n. 971 del 23/12/13 che con la “costituzione delle Equipe territoriali per l’Affidamento Familiare” con DGR n. 391 del 21/9/2016 della Regione Abruzzo.

L’Equipe è costituita da un Assistente Sociale del Comune di Pescara e dallo Psicologo del Consultorio Familiare della A.Usl che espletano le proprie competenze relativamente a :

- Partecipazione alle campagne di sensibilizzazione ed informazione, in collaborazione con i diversi servizi;
- Sostegno e preparazione delle famiglie che si rendono disponibili ad accogliere il minore;
- Partecipazione degli operatori a periodici percorsi formativi incentrati sull’affidamento familiare;
- Colloqui conoscitivi e di valutazione psico-sociale con predisposizione di scheda conoscitiva sulla famiglia affidataria;
- Costituzione del data base contenente i dati delle famiglie disponibili all’affido;
- Sostegno della rete di intervento
- Incontri con le famiglie e gli operatori coinvolti per la predisposizione del progetto di affido, redazione delle Relazioni periodiche di aggiornamento all’Autorità Giudiziaria
- visite domiciliari, colloqui di sostegno e verifica con le famiglie affidatarie ed il minore affidato per garantire il monitoraggio dell’andamento dell’affido.

La Psicologa, individuata con delibera regionale, che fa parte dell’equipe affido è la stessa che compone l’Equipe adozione. La presenza della psicologa all’Equipe affido si rende necessaria per almeno n. 6 ore settimanali, in compresenza con l’ assistente sociale della stessa Equipe, fermo restando la disponibilità a collaborare a tutte le altre fasi stabilite dalla Delibera Regionale ed a seconda delle esigenze specifiche dell’Equipe Affidato .

## **6) Servizio Mediazione Familiare**

Il servizio, gratuito, si pone l'obiettivo di aiutare le coppie in fase di separazione a raggiungere accordi che abbiano come obiettivo principale la tutela emotiva e concreta del minore.

Attraverso un percorso strutturato di negoziazione, la Mediazione familiare si propone di aiutare la coppia in crisi a rimanere unita nell'esercizio della funzione genitoriale.

### **A cosa serve la mediazione familiare:**

- Ad aiutare i coniugi a trovare accordi "mutuamente soddisfacenti "per entrambi su ogni aspetto della separazione (affidamento dei figli, calendario delle visite, aspetti economici e patrimoniali);
- A migliorare l'intesa e la comprensione tra le parti promuovendo un dialogo costruttivo e chiaro fra ex coniugi in vista di una collaborazione futura come genitori;
- A coadiuvare i cambiamenti emotivi, psicologici, pragmatici ed organizzativi che accompagnano la separazione;
- Ad offrire uno spazio neutro di dialogo e confronto costruttivo;
- A tutelare il benessere e i diritti dei minori coinvolti;
- A promuovere il rispetto tra i genitori;
- Ad "umanizzare" il divorzio poiché ci si può separare come coniugi ma non ci si può separare dal proprio ruolo di genitori.

### **A chi si rivolge:**

- Ai coniugi che hanno deciso di porre fine al loro matrimonio;
- A quelli che stanno pensando di farlo;
- Alle coppie in crisi decise sul da farsi;
- Alle coppie già separate che intendono rivedere i propri accordi.

La Mediazione familiare viene offerta alle coppie interessate sia su scelta individuale che su suggerimento del Tribunale, Ordinario e Minorile. Le figure di riferimento attualmente sono un Legale ed una Assistente Sociale.

Il percorso di mediazione è volto a far vivere alle coppie in conflitto la possibilità di gestire costruttivamente le loro difficoltà, di sanarle, ove possibile, e continuare a svolgere il ruolo genitoriale senza ledere il diritto dei minori ad una famiglia quanto più possibile adeguata.

### 7) Servizio Clown Terapia per Bambini Ospedalizzati

Con questa attività vengono garantiti interventi per i bambini, ospiti dei reparti di Pediatria, Chirurgia pediatrica, Oncoematologia Pediatrica, Ambulatorio di ecografia pediatrica, ambulatorio di oculistica pediatrico, dell'Ospedale Civile di Pescara con le seguenti finalità:

- attenuare la solitudine ed il grave disagio psicologico dei bambini ricoverati;
- valorizzare le attitudini e le potenzialità espressive dei bambini;
- favorire i rapporti tra bambino, genitori, medici e personale infermieristico

È possibile accedervi facendo riferimento ai reparti di Pediatria, Chirurgia Pediatrica, Oncoematologia. L'ECAD 15 finanzia il Servizio.

### 8) Equipes Multi Professionali – EE.MM .

Gli Enti sottoscrittori promuovono l'integrazione ed il coordinamento interprofessionale in campo socio-sanitario attraverso l'attivazione delle **EE.MM**, che saranno così costituite:

- assistenti sociali dell'ECAD 15;
- operatori dei Servizi Sanitari Specialistici (SerD, Centro di Salute Mentale, Consulenti Familiari, Neuropsichiatria Infantile, etc.), Servizi di Assistenza Sanitaria di Base (MMG, PLS).
- operatori delle amministrazioni competenti in materia di formazione e istruzione (educatore, docenti, operatori Centro per Impiego - CPI, etc.);
- soggetti del privato Sociale attivi nei servizi/attività di sostegno alla persona .

Le équipes multidisciplinari opereranno considerando la persona e la famiglia in maniera globale e unitaria, utilizzeranno le distinte competenze specialistiche degli operatori in modo integrato e avranno il compito di strutturare il progetto personalizzato. All'interno dell' EM sarà individuato un componente che avrà il ruolo di *responsabile del caso*. Quest'ultimo è identificato dall'équipe stessa sulla base delle caratteristiche biopsicosociali del caso e delle specifiche competenze del singolo operatore, dovrà garantire la fluidità dei percorsi assistenziali personalizzati, favorendo l'integrazione dei servizi pubblici e privati coinvolti, sostenere l'utente nel percorso di cura e programmare le verifiche e i controlli necessari, in collegamento con la famiglia. Nel processo di definizione del progetto individualizzato sarà coinvolto almeno un membro della famiglia, in quanto referente del nucleo. L'interdisciplinarietà e l'integrazione fra le diverse figure professionali garantirà l'efficacia del processo in particolare nei casi di bisogni complessi.

**Pre-assessment** (pre-analisi): l'assistente sociale dell'ECAD identificherà le famiglie con bisogni complessi per le quali sarà necessaria una presa in carico integrata .

Lo strumento di pre-assessment sarà costituito da cinque diverse aree analitiche e da una finale:

1. *parte generale*: contenente l'anagrafica della famiglia, informazioni sull'abitazione e sulla situazione lavorativa, formativa ed economica;
2. *fattori di vulnerabilità*: riguardanti la situazione sanitaria dichiarata/certificata; disagio adulti; benessere dei minori sfera dell'apprendimento, della salute, della socialità, rete informale di supporto.
3. *Risorse della famiglia*: competenze, riconoscimento dei bisogni, capacità di adattamento, capacità di

utilizzo di servizi e risorse, presenza rete di aiuto.

4. *Servizi attivi* a favore del nucleo familiare.
5. *Storia familiare*: nella quale riportare gli eventi significativi ( perdita di lavoro, rottura di legami familiari, lutti, malattie, etc. )
6. *parte finale di sintesi* in cui definire modalità operative per il Progetto Personalizzato.

**Assessment** (quadro di analisi) - L'èquipe Multidisciplinare attivata, di volta in volta secondo i casi, analizza la situazione e i bisogni complessi di natura socio-sanitaria (es. persone con problematiche di adattamento sociale, immigrati in stato di difficoltà, persone con problemi comportamentali, con problemi di dipendenza, socio-economici, scolastici etc..) e di tutto il nucleo familiare, attivando un processo di presa in carico da parte dei servizi specialistici.

Per le persone con disabilità, si utilizza lo strumento di valutazione basato su ICF, come elemento integrante del quadro di valutazione.

Gli operatori dell'EM e le famiglie insieme definiscono e sottoscrivono il Progetto Individualizzato, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi.

Gli interventi e le azioni vengono revisionate, integrate e monitorate nel tempo.

## **Le Equipe multidisciplinari saranno attivate per i seguenti progetti e tipologie di intervento:**

### **8.0) – Minori in stato di Fragilità.**

Le azioni delle EE.MM riguarderanno la presa in carico dei minori e/o famiglie, in carico al Servizio Sociale Professionale, al Servizio Socio psico-pedagogico, al Centro Servizi per le Famiglie (servizi attivati dall'ECAD 15) e al progetto PRIMA (strategia candidata), per i seguenti interventi:

- **valutazione condivisa** sulla tipologia della comunità educativa e/o terapeutica finalizzata all'**inserimento di minori in strutture di accoglienza a carattere residenziale/semiresidenziale** di minori che necessitano di percorsi socio-educativi e terapeutico riabilitativi;
- Colloqui psicologici/psicoterapie volti al sostegno/recupero, personale e/o di coppia, delle capacità affettive- educative e al miglioramento delle dinamiche relazionali, di competenza dei Consulenti familiari;
- valutazione delle competenze genitoriali da parte della Equipe Multidisciplinare in collaborazione con i Consulenti Pubblici;
- percorsi di supporto socio- sanitari rivolti al nucleo familiare del minore, di competenza della équipe multidisciplinare E.M.;
- interventi diagnostici- terapeutici- riabilitativi sul minore, di competenza della Neuropsichiatria Infantile;
- formulazione di protocollo operativo tra ASL ed Ecad 15 per la valutazione delle condizioni sanitarie (screening urgenti) da parte del Pronto Soccorso dell'Ospedale cittadino a favore di **minori stranieri non accompagnati** da collocare in comunità educativa .

### **8.1 ) Per il Programma 'P.I.P.P.I. - Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione'**

Per l'attuazione del programma P.I.P.P.I. l'integrazione socio sanitaria si declina soprattutto in ordine ai seguenti punti:

- Individuazione di uno psicologo e un neuropsichiatra infantile di riferimento che faccia parte dell'Equipe Multidisciplinare (EM);
- valutazione del livello di sviluppo del bambino, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di osservazione previsti dal programma;
- sostegno nella funzione educativa dei genitori nelle occasioni programmate dal servizio di incontro con la famiglia e motivare la sua partecipazione al progetto P.I.P.P.I.
- presa in carico dell'intero nucleo familiare partecipando alla stesura del progetto e alla sua attuazione.



## **8.2 – 8.3 -8.4) Persone segnalate e/o prese in carico al servizio Sociale Professionale SIA – Sostegno Inclusione Attiva, , ‘Abitare Sociale ‘Po I FEAD’ e ‘Outreach Pescara’**

un altro intervento in cui si necessita della collaborazione delle agenzie sanitarie, è la programmazione di incontri tematici a supporto della genitorialità con il contributo di diverse figure professionali (pediatra, psicologo, pedagogo). Equipes multidimensionali su prese in carico di bisogni complessi derivanti da specifici progetti SIA ed PON FEAD, SPRAR previsti in AT3 – Strategie per l’Inclusione Sociale;

### **8.5) Assistenza Specialistica**

Il servizio favorisce la partecipazione alla vita scolastica dell’alunno disabile in condizione di gravità e lo supporta nei percorsi educativi e relazionali. L’integrazione socio-sanitaria è prevista per la definizione da parte dell’equipe multidisciplinare per l’integrazione scolastica in collaborazione con l’U.O. di Neuro Psichiatria Infantile circa le ore di assistenza necessarie riportate nei Modelli RAS e per la partecipazione degli assistenti sociali dell’ECAD 15 ai Gruppi H per le situazioni complesse.

I destinatari sono gli alunni frequentanti le scuole di ogni ordine e grado in possesso di certificazione di Legge 104/1992, con priorità per quelli riconosciuti in situazione di gravità (art.3 comma 3).

Del servizio possono usufruire gli **alunni:**

- frequentanti le scuole dell’obbligo residenti nel Comune di Pescara
- iscritti alle scuole superiori, le cui sedi sono nel territorio dell’ECAD 15

### **8.6 ) Artis - Educativa Domiciliare per pazienti psichiatrici**

Il Progetto prevede l’erogazione di un Servizio Domiciliare di Assistenza Riabilitativa Terapeutica a favore della persona con disabilità psichica. L’obiettivo è il raggiungimento della più alta autonomia possibile dell’utente anche volte all’autonomia abitativa.

L’inserimento nel Progetto avviene su valutazione di una equipe multidisciplinare costituita da un assistente sociale dell’ECAD e da operatori del Centro di Salute Mentale della ASL, che ha in carico l’utenza e che definisce le modalità e gli obiettivi .

Integrazione socio-sanitaria del Progetto si realizza attraverso il co-finanziamento **in egual misura** da parte dei due Enti sottoscrittori ,la condivisione progettuale, il monitoraggio dell’ attività svolta dalle Associazioni che fattivamente erogano il Servizio

### **8.7) Borse Lavoro per Utenti con disagio psichiatrico**

Le Borse Lavoro sono finalizzate alla promozione di inserimenti lavorativi a favore delle persone con disabilità psichica, su valutazione da parte dal Centro di Salute Mentale che li ha già in carico.

L’integrazione socio sanitaria si realizza nella disponibilità di n. 24 postazioni di lavoro in diversi contesti esperenziali/lavorativi. Le Borse Lavoro sono disciplinate da una convenzione fra Asl e Comune nella quale vengono definiti i compiti dei sottoscrittori.

### **8.8) Servizio di Inclusione Attiva per persone con Disabilità (con SIGAD)**

Il Servizio vuole garantire un’abilitazione professionale e percorsi individuali di inclusione socio-lavorativa volti a contrastare l’isolamento sociale e l’abbandono o ‘resistenza scolastica’. Esso si basa su un sistema multilivello di intervento secondo un modello globale ed integrato, capace di favorire la sinergia tra Enti, agenzie, esperti ed operatori interessati a sviluppare una rete provinciale di promozione all’inserimento lavorativo. Il servizio attua valutazioni multidisciplinari con rilascio di certificazione ICF a fine percorso valutativo delle competenze e supportivo familiare per determinare un progetto di vita con una proposta di inclusione sociale e/o lavorativa che

possa prevedere le seguenti attività da effettuarsi nel territorio cittadino in collaborazione con: CTS, SILUS dei servizi per l'Impiego, Enti Locali, Terzo Settore). Con questo progetto si attiverà anche la seconda fase, ovvero quella post-valutazione, promuovendo contesti esperienziali che saranno offerti in collaborazione con il Privato sociale e il mondo del profit.

### 8.9) Nidi d'Infanzia:

La collaborazione con la neuropsichiatria è fondamentale anche per quei casi di bambini che data la tenerissima età, non hanno una diagnosi, ma che, tuttavia, presentano alcuni segnali di "difficoltà" osservabili anche prima dei 3 anni. Il Nuovo Piano propone una forma di progettazione educativa fin dalla primissima infanzia anziché aspettare il tempo dell'ingresso a scuola, per favorire l'anticipazione di una scelta a favore del campo educativo, che considera il bambino nella sua globalità e coinvolge fin da subito la famiglia. L'inserimento al nido del PEI, con i dovuti adattamenti alla fascia d'età 0-3 anni, rappresenta una strategia di prevenzione, anche in una prospettiva di continuità educativa

### Raccomandazioni per una più efficace integrazione socio-sanitaria rispetto ai summenzionati Servizi/Attività:

Rispetto ai surrichiamati Servizi/attività, le Linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria, approvate con D.G.R. n.191 del 13/04/2017, rafforzano quanto previsto dal PSR per gli Obiettivi Essenziali 1 (Accesso), 2 (Presenza in carico) 4 (Assistenza Domiciliare), 5 (Servizi di Prossimità), 6 (Asili Nido e altri Servizi per la Prima Infanzia e centri di aggregazione e polivalenti), 7 (Comunità/Residenze a favore dei Minori e Persone con Fragilità), OE (Interventi/Misure per facilitare inclusione e autonomia) indicando specifiche Raccomandazioni da inserire nei Piani in riferimento ai temi salienti dell'integrazione socio-sanitaria.

Pertanto, l'ECAD 15 e la ASL di Pescara si impegnano a concretizzare i seguenti strumenti attuativi:

Rispetto ai servizi integrati nella strategia per l'infanzia, adolescenza e famiglia le Raccomandazioni prevedono quanto segue:

- la riorganizzazione a carico della ASL e del Distretto dell'offerta dei servizi sociosanitari rivolti ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie, garantendo l'erogazione effettiva dei nuovi LEA, riqualificando, in particolare, la presa in carico psicologica e psicoterapeutica di bambini e adolescenti a disagio e di nuclei familiari a rischio;
- di porre in essere, tra Ambiti e Distretti, apposite procedure di presa in carico per l'infanzia e la famiglia;
- di creare un **Nucleo operativo Infanzia, Adolescenza e Famiglia** con operatori dei Consultori Pubblici e privati presenti nel Distretto e del Servizio sociale Professionale al fine di coordinare gli interventi con adeguati strumenti, con riunioni a cadenza quindicinale;
- di attuare le linee guida sul maltrattamento e sull'affidamento familiare, rafforzando il ruolo, le funzioni e le risorse delle Equipe territoriali per le adozioni.

Per progetti che riguardano le persone con disabilità e progetti di residenzialità e semi-residenzialità:

- La ASL e il DSB deve assicurare l'erogazione delle prestazioni LEA per la disabilità e per i disturbi mentali, garantendo l'erogazione effettiva dei nuovi livelli essenziali di assistenza a livello distrettuale.
- La ASL, il DSB e l'ECAD 15 deve stipulare un protocollo operativo socio-sanitario sulla disabilità con la previsione di azioni congiunte che mettano in connessione servizi distrettuali, ospedalieri e territoriali.
- istituzione di un **Gruppo di lavoro sulla residenzialità e semiresidenzialità** congiunto tra ECAD e DSB;
- redazione di un **protocollo operativo specifico per la gestione integrata** degli interventi di residenzialità e semiresidenzialità nella fase di valutazione multidimensionale, di progettazione e realizzazione del

‘Progetto di Assistenza Individualizzato/Progetto di Vita’;

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

Infine per le dipendenze:

- attivare un Gruppo operativo congiunto SERD – Servizio sociale professionale per la presa in carico congiunta di persone affette da dipendenza attraverso interventi integrati sociali e sanitari (LEA);
- la previsione di un protocollo operativo socio-sanitario sulle dipendenze con la previsione di azioni congiunte ASL – ECAD

SERVIZI (art. 1) e Budget integrato (art.5) - quadro generale previsionale delle risorse finanziarie da utilizzare per l'attuazione delle attività programmate, con indicazione dei rapporti finanziari tra gli enti aderenti. risorse economico-finanziarie

**Anno 2018 (52 settimane)**

Asse	Id	OE	Servizio	Budget ECAD 15	Budget ASL
AT1	1	1	Punto Unico di Accesso	<b>9.162</b> (10 ore settimanali da parte degli A.S)	<b>220.000</b> (n. 2 dirigenti medici, n.2 assistenti sociali, n.1 amministrativo, n.1 coadiuvatore amm., n.1 infermiere per 30 ore settimanali.
AT1	2	2	UVM per 'ADI', 'RSA/RP', 'Utenza Psichiatrica'	<b>34.032,96</b> (n.2 A.S. per 18 ore settimanali pro capite)	<b>270.000</b> (n. 2 coordinatori , n.2 medici, n.2 assistenti sociali, n.2 amministrativo, n.2 infermieri; n.7 specialisti per 176 ore complessive a settimana)
AT2	2.1	2	UVM per 'PLNA'	<b>6.536</b> (2 A.S. per 5 mesi 10 h a settimana)	<b>86.000</b> (n. 2 coordinatori , n.2 medici, n.2 assistenti sociali, n.2 amministrativo, n.4 specialisti per 56 ore complessive a settimana)
AT5	2.2	4	UVM per 'Vita Indipendente'	<b>3900</b> (2 A.S. per 3 mesi 10 h a settimana)	<b>50.000</b> n. 2 coordinatori , n.2 medici, n.2 assistenti sociali, n.2 amministrativo, n.4 specialisti per 30 ore complessive a settimana)
AT5	2.3	7	UVM per 'Dopo di Noi'	<b>1960</b> (10 h al mese x 6 mesi n.2 A.S)	<b>30.000</b> (n. 2 coordinatori , n.2 medici, n.2 assistenti sociali, n.2 amministrativo, n.4 specialisti per 10 ore complessive a settimana)
AT1	3	4	Assistenza Domiciliare Sociale e Integrata (SAD /ADI)	<b>14.643</b> (SAD: n. 4 A.S. x 4 ore settimanali per 52	<b>320.000</b> (n.1 coordinatore, n.2 medici, n.2 amministrativi,

				settimane) <b>5460</b> ( n.1 amministrativo per 5 h settimana)	n.7 specialisti per 60 ore complessive a settimana, n.2 infermieri, n.2 psicologi per n.250 ore complessive a ore settimana)
AT4	4	2	Equipe Adozioni	<b>18.150</b> (n.18 h a settimana x 52 settimane, n. 1 A.S.)	<b>14.600</b> (Consultori Pubblici n. 1 psicologa per 9 h set).
AT4	5	2	Equipe Affidò	<b>15.640</b> (n.18 h a settimana x 52 settimane, n. 1 A.S.)	<b>9.734</b> (Consultori Pubblici n. 1 psicologa per 6 h set).
AT4	6	2	Mediazione Familiare	0	<b>20.000</b> (Consultori Pubblici n. 1 Avvocato per 20 ore) + <b>32.590</b> (Consultori Pubblici n. 1 Assistente Sociale per 36 ore settimanali)
AT4	7	6	Servizio di Clown Terapia per bambini Ospedalizzati	<b>10.000</b> <b>(costo personale)</b>	0
AT4, AT3, AT5,	8		<b>EE.MM.</b> (ad eccezione del servizio di Assistenza Specialistica, sono tutte NUOVE ATTIVAZIONI)		
	8.0	1,2	Persone e Minori in stato di Fragilità (Servizio Sociale Professionale, Servizio socio- psico pedagogico , CSF, PRIMA)	<b>4.200</b> (n.2 A.S x 10 ore mensili)	<b>20.151</b> (Neuro Psichiatria Infantile : 50 ore mese ripartite settimanalmente: Dirigente Medico:3, Inferm:2, Psic.6, A.S:4) + <b>3.244</b> (Consultori Pubblici n. 1 psicologa per 2 h set).
	8.1	2	P.I.P.P.I.	<b>4.200</b> (n.2 A.S x 10 ore mensili)	<b>2.687</b> Neuropsichiatria infantile : n.1 Dir.Medico : 6h mese
	8.2	8	Persone in stato di fragilità segnalate e/o prese in carico dal SSP e progetto S.I.A	<b>73.200</b> (n.3 A.S x 25 ore settimane) + <b>7.704</b>	<b>1500</b> (n.1 psicologo del CSM per 4 ore mese; + <b>3.244</b>

				(n.2 A.S interni superv. x 4 ore settimanali pro capite)	(Consultori Pubblici n. 1 psicologa per 2 h set). MMG e PLS
	8.3	8	Abitare Sociale – Po I Fead	<b>2300</b> (n. 2 A.S x 5 ore al mese pro –capite x 12 mesi)	<b>1500</b> (n.1 psicologo del CSM per 4 ore mese ;
	8.4	5,8	Outreach Pescara	<b>2300</b> (n. 2 A.S x 5 ore al mese pro-capite x 12 mesi)	<b>2.750</b> (SERD: n. 1 dirigente psicologo per 4h; n.1 ass.sociale per n.6 h mese)
	8.5		Servizio di assistenza Specialistica	<b>5528</b> (n.2 A.S x 10 ore settimanali per 4 mesi)	<b>11.592</b> (Neuro Psichiatria Infantile: 40 ore mese ripartite settimanalmente: Dirigente Medico:2, Inferm:1, Psic.3, A.S:1, Terapista: 3)
	8.6		ARTIS	<b>3921</b> (n.2 A.S x 10 ore mensili)	<b>7.700</b> (CSM: n.1 medico per 3h mese, n.2 A.S per 4 h mese , n.2 Tecnici R. per 4 h mese n. 1 Ammin. Per 8 h mese)
AT3	8.7		Borse Lavoro Utenti con Disagio Psichiatrico	<b>1960</b> (n.2 A.S x 5 ore mensili pro capite per 12 mesi)	<b>7.700</b> (CSM: n.1 medico per 3h mese, n.2 A.S per 4 h mese , n.2 Tecnici R. per 4 h mese n. 1 Ammin. Per 8 h mese)
AT5	8.8		Servizio Inclusione Attiva per persone con Disabilità (Sevizio nuova attivazione)	<b>1960</b> (n.2 A.S x 5 ore mensili pro capite per 12 mesi)	<b>42.328</b> CSM (n.1 dirigente medico per 22 h settimanali)
AT7	8.9		Nidi d’Infanzia	<b>1960</b> (n.2 A.S x 5 ore mensili pro capite per 12 mesi) + <b>1.100</b> ( n.1 coordinatrice psicologica x 5 ore mensile per 12 mesi)	PLS
<b>TOTALE</b>				<b>229.816,96</b>	<b>1.156.320</b>

## B Schema del Personale impiegato per esercizio integrato

Modalità di impiego del personale che opera per l'esercizio associato. proveniente dall'Azienda USL e dagli enti locali associati (art.2)

L'Azienda Sanitaria Locale di Pescara provvederà a fornire le figure professionali, indicate nello schema seguente ,ovvero: Coordinatore dell'area socio-sanitaria dell'ASL, Responsabili dei Distretti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Unità di Valutazione Multidimensionale, Punto Unico di Accesso, Medico ospedaliero all'atto della dimissione (previo assenso del Medico di Medicina Generale), RSA come alternativa o in occasione di dimissioni, Centro di Salute Mentale, Centri Alzheimer, Ser.D., Medici Specialisti, Assistente Sociale, Psicologo, infermieri e terapisti della riabilitazione, prestazioni dei Consulteri Familiari, eventuali altre figure professionali che dovessero rivelarsi necessarie per la realizzazione del progetto individualizzato di assistenza.

Il gruppo di lavoro socio-sanitario per l'ECAD 15 – Pescara è il seguente:

Servizio	Referente/Qualifica	Ore Annuo Previste	Budget in Euro
Direzione Sanitaria	Coordinatore Area Socio-sanitaria per ASL Pescara; Dott.Boccabella	n.30 ore annue	3000
Neuropsichiatria	Direttore Neuropsichiatria Infantile Dott. Cerbo	n.10 ore annue	560
Psichiatria	Direttore CSM Dott.Trotta	n.10 ore annue	560
Consultori	Responsabile Consultori Dott.ssa Minna	n.10 ore annue	560
UVM – Pe Nord	Referente Ufficio di Piano per Asl Pescara Dott.ssa Clerico	n.80 ore annue	2985
Totale Budget Gruppo di Lavoro ASL			7665
UVM	n. 2 Coordinatori, n.2 medici, n.2 assistenti sociali, n.2 amministrativo, n.2 infermieri; n.7 specialisti	n. ore annue complessive : 272	436.000

SAD/ADI	n.1 coordinatore, n.2 medici, n.2 amministrativi, n.7 specialisti, n.2 infermieri, n.2 psicologi	n.ore annue complessivo: <b>13.000</b>	<b>320.000</b>
Consultori Pubblici	n. 2 psicologi, n.1 Assistente Sociale, n. 1 Avvocato	n.ore annuo complessivo : <b>3900</b>	<b>83.412</b>
Neuropsichiatria Infantile	n.2 Medici, n. 1assistente sociale, n.2 infermieri, n.1 terapeuta, n.2 psicologi.	n. ore annue complessivo : <b>1.152</b>	<b>34.430</b>
Centro Salute Mentale	n.2 Medici, n.2 assistenti sociali, n.2 Tecnici R. n. 1 Amministrativo	n. ore annue complessivo : <b>1512</b>	<b>60.728</b>
SERD	n. 1 dirigente psicologo per 4h; n.1 ass.sociale per n.6 h mese)	n.ore annue complessive : <b>120</b>	<b>2.750</b>
Servizio Sociale Professionale ECAD 15	n. 10 Assistenti Sociali del SS dell'ECAD 15:	n.ore annue complessive : <b>12184</b>	<b>229.816,96</b>
<b>TOTALE</b>		<b>32.290</b>	<b>1.393.801,96</b>



## C) Cronoprogramma dell'esercizio integrato – Annualità 2018

		gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
1	P.U.A.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	U.V.M. per ADI, RSA/RP, Utenza Psichiatrica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	UVM PLNA									x	x	x	X
	UVM 'Vita Indipendente'	x	x	x									
	UVM 'Dopo di Noi'	x	x	x	x	x	x						
3	S.A.D.-A.D.I.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Servizio Adozione	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Servizio Affidato	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6	Servizio Mediazione Fam.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7	Servizio Clown	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	EE.MM.												
8.0	Minori in stato di Fragilità	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.1	PIPIPI – Programma di Interventi per Prevenzione Istituzionalizzazione	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.2	SIA – Sostegno Inclusione Attiva	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.3	Abitare Sociale – Po I FEAD	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.4	Outreach Pescara	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.5	SAS – Servizio Assistenza Specialistica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.6	ARTIS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.7	Borse Lavoro Utenti Psichiatrici	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.8	Servizio Inclusione Attiva	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8.9	Nidi di Infanzia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

## Sintesi delle priorità della programmazione integrata

La presente Convenzione intende sviluppare soprattutto l'integrazione organizzativa e professionale dei percorsi assistenziali nelle varie fasi di accesso al servizio: presa in carico, attivazione delle prestazioni assistenziali e verifica degli esiti di salute.

L'accesso ai servizi e alle attività correlate saranno disciplinate dall'apposito 'Regolamento unitario di Accesso ai Servizi' elaborato dall'ECAD 15 a seguito dell'attivazione del nuovo Piano Sociale .

Nell'ottica di una 'Long - Term Care', verrà data particolare attenzione al miglioramento dell'offerta, integrata tra sociale e sanitario, del percorso dell'assistenza domiciliare che risulta quello da privilegiare in quanto la permanenza al proprio domicilio è la condizione ottimale per l'anziano. Per l'anziano non autosufficiente, che presenta limitazioni funzionali (mobilità, autonomia, comunicazione etc) con associate problematiche socio-familiari, è prevista un'assistenza extra ospedaliera ad elevato impegno sanitario (RSA), a tempo determinato. Successivamente in fase di completa stabilizzazione delle condizioni cliniche con persistenza della impossibilità di rientro presso il proprio domicilio, potrà essere prevista l'assistenza in RP anziani a tempo indeterminato.

Inoltre, tra gli ambiti di intervento per la non-autosufficienza, in particolare sul tema dell'Alzheimer va evidenziato il percorso attivato, sin dal 2016 dalla ASL di Pescara. Suddetto percorso ha consentito di identificare le strutture in grado di assistere, nell'ambito del territorio provinciale, i pazienti affetti da tale patologia.

E' risultato che sono attivi ambulatori neurologici e geriatrico neurologici presso il Presidio Ospedaliero di Penne, il Distretto Sanitario di Montesilvano, il Distretto di Pescara, il Distretto di Scafa e Popoli, la struttura di San Valentino. Ai Responsabili delle dette unità è stato dato mandato di procedere a:

- Omogeneizzazione dei percorsi diagnostici;
- Attivazione di percorsi terapeutici uniformi e protocollati;
- Identificazione degli ambulatori di specificità.

Tra la fine del 2017 e inizi del 2018, l'Azienda sarà in grado di adeguare la rete della diagnostica e della terapia. Nel corso del 2018, in riferimento ai bisogni emersi dal profilo socio sanitario del nuovo piano sociale dell'ECAD 15 - Pescara è auspicabile la realizzazione di almeno un centro diurno per i pazienti di che trattasi.

Le priorità che sottendono la presente Convenzione sono:

- rafforzamento integrazione dei servizi socio-sanitari (in particolare tra PUA e Segretariato Sociale ECAD 15);
- rafforzamento e incremento partecipazione degli Assistenti Sociali dell'ECAD 15 nell'ambito delle UU.VV.MM;
- rafforzamento integrazione gestionale e interprofessionale attraverso messa a sistema delle EE.MM per i servizi specificati nel presente documento;
- formazione congiunta per gli operatori dell'ECAD 15 e del DSB (su ICF e scale valutazione).

Infine, verrà dedicata particolare attenzione alle modalità di scambio delle informazioni e dei dati (sistema informativo), attraverso l'utilizzo di un **sistema informativo socio-sanitario unificato** per il caricamento e la condivisione dei dati degli utenti con bisogni socio-sanitari (art.4)

In linea con l'obiettivo di digitalizzazione della documentazione dei servizi sociali e socio-sanitari, previsto dal PSR, le Linee di Indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria prevedono:

- la progressiva digitalizzazione degli strumenti di gestione documentale dei casi trattati (strumenti di accesso utilizzati dal PUA, strumenti di valutazione e progettazione utilizzati dall'UVM, etc.);
- l'allineamento e la condivisione dei dati sociali e sanitari tra ECAD e DSB tramite l'adozione di un portale

digitale unitario accessibile da parte degli operatori sociali e sanitari;

- il monitoraggio costante del sistema di erogazione e degli esiti delle prestazioni e degli interventi socio-sanitari.

Risultati attesi: implementazione del sistema per il controllo di gestione informatizzata di tipo quantitativa che consente, rispetto al periodo di gestione: ex-ante, la programmazione dell'offerta di servizi e di interventi in relazione alle dinamiche osservate per i periodi di esercizio precedenti; in itinere, l'adeguamento dell'offerta di servizi, attraverso il potenziamento di quelli maggiormente richiesti a scapito di quelli destinatari di risorse che si evidenziano come non completamente utilizzate; ex-post, la produzione di rapporti (es. rendiconti) relativi all'utilizzo dei fondi, come richiesto dagli organismi concedenti. Il ricorso alla tecnologie e l'impatto che queste producono sull'organizzazione dei servizi, consentirà inoltre benefici distribuiti trasversalmente a tutti i soggetti, pubblici e privati che concorrono alla programmazione ed erogazione dei servizi sociali e sanitari.

La presente Convenzione viene stipulata tra il Sindaco, legale rappresentante dell'ECAD n. 15 e il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale. La durata della Convenzione è pari a quella della programmazione regionale, ed è soggetta a rinnovo in coerenza con gli atti di programmazione da cui trae origine. L'esercizio associato delle funzioni socio-sanitarie sarà garantito:

- a livello interistituzionale dalla CLISS;
- a livello gestionale dall'Ufficio di Piano, in collaborazione con il Coordinatore dell'Area socio-sanitaria della ASL.

**Per ASL di Pescara**

Dott. Armando Mancini

**Per ECAD 15 - Pescara**

Avv.to Marco Alessandrini