



AMBITO SOCIALE DISTRETTUALE N. 4 PELIGNO

ASL n. 1 Abruzzo Avezzano L'Aquila Sulmona

Convenzione socio sanitaria

*Piano sociale Distrettuale n. 4 Peligno
2023/2025*

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

TRA
l'Ambito Distrettuale Sociale n. 4 Peligno rappresentato
dal Presidente della Conferenza dei Sindaci Dott. Gianfranco Di Piero
e
l'Azienda ASL n.1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila rappresentata
dal Direttore Generale Dott. Ferdinando Romano

PREMESSO CHE

- il Piano sociale regionale 2022-2024, approvato con deliberazione n.459 del 29/07/2022 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 n. 4 Peligno e l'Azienda ASL n.1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila 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. 4 Peligno;
- l'oggetto specifico della convenzione è stato approvato dalla Conferenza dell'Ambito Distrettuale e dalla ASL 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 regionale;

RICHIAMATO il Decreto 107 del 20/12/2013 avente ad oggetto "Linee guida regionali sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e delle U.V.M. del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo"

TUTTO CIÒ PREMESSO

Art. 1
Oggetto

1. L' Ambito Distrettuale Sociale n. 4 Peligno rappresentato dal Sindaco pro tempore Dott. Gianfranco Di Piero e l'Azienda Azienda Sanitaria Locale n. 1 della Regione rappresentata dal Prof. Ferdinando Romano, 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 D.S.B. della ASL che fanno capo al gruppo di coordinamento sociosanitario istituito presso il P.U.A. distrettuale.

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. 3 septies, 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 al Gruppo di coordinamento integrato ADS/D.S.B. 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 del Gruppo, 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 è svolta ai sensi dell'art. 6 comma 2 della presente convenzione
4. Indicazioni sulle modalità di definizione delle soluzioni organizzative: documento allegato alla Convenzione.

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. Gli enti sottoscrittori forniscono 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 D.S.B. 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 il Gruppo di coordinamento sociosanitario integrato ADS/D.S.B., 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. Le risorse operanti nel Gruppo di Coordinamento sociosanitario sono costituite dal Direttore del Distretto sanitario Ambito Sangrino-Peligno o suo delegato, dal Responsabile dell'ufficio di Piano o suo delegato, da un assistente sociale dell'Ambito Sociale e da uno dell'area sanitaria. Il coordinatore è individuato di comune accordo fra il Direttore del distretto e il Responsabile di Ambito Sociale; è garantita un'azione integrata dei due Referenti nello svolgimento del lavoro e comunque nel rispetto delle specifiche competenze. Il lavoro di direzione potrà essere svolto anche direttamente dalle due figure in un lavoro di direzione integrato.

La presenza di altri profili potrà essere prevista per adempimenti e procedure particolari come per esempio:

- L'analisi dei bisogni e delle risorse, le attività di monitoraggio, la verifica e la valutazione dei programmi e delle attività sociosanitarie integrate distrettuali;
 - Il coordinamento di tutte le attività della Porta Unica di accesso alle prestazioni sociosanitarie previste dai LEA e dai LEPS;
 - La gestione e il coordinamento di una banca dati riferita all'utenza con bisogni sociosanitari integrati e con accesso ai servizi e alle strutture domiciliari, residenziali e semiresidenziali presenti nel distretto/Ambito Sociale;
 - Il coordinamento e raccordo, in particolare tra i servizi sociosanitari ad elevata integrazione sanitaria del distretto e tra questi e i servizi sociali
3. Il funzionamento del Gruppo di coordinamento di cui al comma 1 è disciplinato da apposito regolamento adottato dall'ECAD/D.S.B., con la previsione di riunirsi periodicamente, con cadenza almeno semestrale.

Art. 7

Sviluppo dei servizi ad alta integrazione socio sanitarie e modalità organizzative

Gli Enti provvederanno, in attuazione della presente convenzione alla predisposizione di apposite linee guida operative per l'implementazione di ulteriori servizi ad alta integrazione socio sanitaria.

Art. 8

Obbligo di informazione reciproca e trattamento dei dati

1. Gli Enti sottoscrittori si impegnano a trasmettere ogni informazione e dato richiesto dal Gruppo di coordinamento sociosanitario del P.U.A., nel rispetto delle norme sulla riservatezza.
2. Gli atti adottati dai singoli Enti che interessano le materie oggetto della Convenzione, sono comunicati tempestivamente al Gruppo di coordinamento sociosanitario (all'interno del P.U.A.), da parte dei competenti uffici.
- 3 I dati personali soggetti a privacy saranno trattati ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Art. 9

Durata

1. La Convenzione ha durata triennale salvo proroghe del PSR 2022/2024 e del PSD 2023/2025 ed è 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. 10
Controversie

3. 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 ASL e dalla Regione Abruzzo.

Per l'Ambito Sociale Distrettuale n.4 Peligno
Dott. Gianfranco Di Piero

Per l'Azienda ASL n.1 Avezzano, Sulmona, L'Aquila
Dott. Ferdinando Romano

LINEE GUIDA

- | | | |
|----------|----------------------------|----------------|
| 1 | P.U.A. | pag. 8 |
| 2 | DIMISSIONI PROTETTE | pag. 10 |

PUNTO UNICO DI ACCESSO

“Il Punto Unico di Accesso (di seguito P.U.A.) è una modalità organizzativa prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali.

Il P.U.A. quale servizio strategico per l’integrazione socio sanitaria, professionale e gestionale, richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e sociali, e quindi il collegamento sistematico con i servizi sociali.

La mission del P.U.A. è quella di garantire al cittadino con bisogni assistenziali, ed ai suoi familiari, la semplificazione e la sburocraziazione dell’accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari, ottimizzando le modalità di presa in carico.” (cit. Linee Guida regionali approvate con Decreto del Commissario ad Acta n. 107 del 20/12/2013)

La sede fisica del P.U.A. è stata individuata presso la sede del Distretto Sanitario Sangrino-Peligno in via Buco della Grotta snc.

La sede possiede i requisiti opportunamente regolamentati sotto il profilo strutturale, organizzativo e di dotazione di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni.

Nello spazio dedicato all’Ufficio P.U.A. vengono raccolte le informazioni, gestite e archiviate le segnalazioni e le richieste. All’occorrenza è possibile utilizzare uno spazio riservato per colloqui.

L’orario di apertura previsto si articola dalle ore 8.30 alle 10.30 dal lunedì al venerdì mattina, il giovedì pomeriggio dalle ore 15.30 alle 17.30. È previsto un numero telefonico dedicato 0864499335 e un indirizzo e- mail: puauvm.su@asl1abruzzo.it

Le attività che il P.U.A. svolge avvengono sia in front-office che in back-office di 1° e 2° livello.

Le attività di front-office del P.U.A. riguardano la prima accoglienza, l’informazione sulle prestazioni e servizi, nonché l’orientamento degli utenti.

La richiesta di accesso al P.U.A. può essere formulata dal diretto interessato, dai familiari, o da altri soggetti, come ad esempio il medico di base o ospedaliero, i servizi sociali del territorio, soggetti del terzo settore etc..

La richiesta di accesso al P.U.A., prevede la compilazione della scheda- modulo 01 “allegata al Decreto del commissario ad Acta della Regione Abruzzo n.107 del 20/12/2013 che contiene le informazioni fondamentali per delineare la domanda di assistenza sociosanitaria. La richiesta di accesso al P.U.A. potrà altresì essere presentata in altra modalità purché in forma scritta.

È previsto, invece, l’accesso diretto al dipartimento di salute mentale, delle dipendenze e del consultorio familiare.

Il D.S.B. e l’A.S.D. potranno dotarsi di una piattaforma informatica condivisa per la gestione dei dati relativamente alle attività sociosanitarie integrate.

Back Office 1° livello. Ogni richiesta che perviene al P.U.A. deve essere decodificata e valutata per la definizione del percorso da indicare al cittadino utente.

Nel caso di richieste “semplici”, direttamente risolvibili, al P.U.A. compete l’orientamento e/o l’invio ai servizi individuati al riguardo.

Per le situazioni “complesse” che tuttavia non richiedono una presa in carico integrata, o l’attivazione di servizi integrati, ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il P.U.A. provvede a definire il percorso per la presa in carico da parte del servizio competente.

Back Office 2° livello. In presenza di bisogni complessi, necessitanti di una presa in carico integrata, il P.U.A. attiva l’U.V.M. per la definizione del P.A.I..

Nell’Ambito delle attività del P.U.A.:

- potrà essere promossa la costituzione di partnership strategiche con gli altri attori del sistema territoriale e del Terzo Settore

- potrà essere predisposta una mappa dell'offerta dei servizi socio-sanitari del territorio, formalizzata, aggiornata, fruibile e relativa a tutta la Rete dei servizi ad integrazione sociosanitaria;

Il P.U.A. verrà gestito dal Gruppo di coordinamento previsto nella Convenzione socio sanitaria all' art. 6 che prevede la presenza del direttore del Distretto e del Responsabile dell'Ufficio di Piano o loro delegati, gli assistenti sociali di entrambi gli Enti e, ove ritenuto necessario, altro personale dell'area sociale e sanitaria.

La dotazione minima sarà costituita da 2 assistenti sociali di cui uno dell'Ambito e l'altro del Distretto, che garantirà anche la presenza di un infermiere. In base a specifiche necessità si potrà integrare la composizione del P.U.A..

DIMISSIONI PROTETTE

Le dimissioni ospedaliere protette rappresentano il passaggio programmato e concordato di un paziente dal ricovero in ospedale ad un altro setting assistenziale. Si effettuano in accordo con il paziente e prevede un coordinamento tra il medico curante e i servizi sociali e sanitari del territorio di appartenenza. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e “seguito” da un’adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall’ambiente ospedaliero ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l’integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili (Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 pag. 33 e succ.).

A CHI SI RIVOLGE

A persone non autosufficienti, ultrasessantacinquenni, disabili affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali, o vulnerabilità sociale, con bisogni assistenziali complessi, per le quali l’U.V.M. reputi necessario un accompagnamento alla dimissione ospedaliera, e comunque residenti sul territorio dell’Ambito sociale Distrettuale n. 4 Peligno,

Ai sensi del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 il Distretto Sanitario Peligno - Sangrino di concerto con l’Ambito Sociale Distrettuale n. 4 Peligno definisce i seguenti parametri minimi per l’accesso al servizio:

- rete familiare assente e/o debole in presenza di bisogno sanitario complesso per i quali la movimentazione deve essere fatta da personale formato;

Le dimissioni protette socio sanitarie sono garantite per un periodo di 30 giorni gratuitamente. Le prestazioni sociali potranno essere garantite per ulteriori 30 giorni con la compartecipazione del Paziente calcolata con riferimento all’ ISE/ISEE in base al Regolamento dell’Ambito Sociale Distrettuale vigente.

L’accesso al sostegno a domicilio è subordinato alla valutazione dell’U.V.M. del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale).

L’Unità di Valutazione Multidimensionale, valutato il grado di vulnerabilità facendo riferimento alle aree sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale e con riferimento ai parametri sopra riportati, determina l’ammissione o meno del cittadino/utente alla fruizione del servizio. Per ogni utente sarà predisposto un apposito piano Assistenziale individualizzato che potrà prevedere sia l’assistenza domiciliare con interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardare un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione .Il progetto individualizzato, potrà essere rivisto al mutare delle condizioni e comunque alla cessazione dell’assistenza erogata dal servizio sanitario.

Nel caso in cui l’utente non abbia una dimora stabile e sia manchevole di una qualsiasi rete familiare, permanendo le condizioni di non autonomia la U.V.M. individua il setting adeguato.

A. È in capo all'Ambito il costo della retta di ricovero presso una struttura residenziale di tipo alberghiero per i primi 30 giorni. Successivamente il costo compete al Comune dell'ultima residenza certificata e/o al Comune dove lo stesso viveva prima del ricovero in ospedale. Resta altresì in capo all'Ente Locale la presa in carico e l'attivazione di percorsi individualizzati di accompagnamento sociale in rete con i servizi territoriali;

B. Resta a carico delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale l'offerta delle seguenti prestazioni:

- visite mediche programmate o/e specialistiche (dal DSM e SERD, etc.);
- prestazioni infermieristiche e altro e comunque relativamente alle prestazioni erogate e alla patologia;
- gestione e fornitura di farmaci in relazione alla patologia dell'utente/paziente

Saranno adottate le misure normativamente previste per la gestione dei dati degli utenti soggetti a privacy