

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 2 marzo 2018, n. 149

Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1-7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2.

OGGETTO: Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, capo VII Disposizioni per l'integrazione sociosanitaria. Attuazione dell'articolo 51, commi 1 – 7, art. 52, comma 2, lettera c) e art. 53, commi 1 e 2.

LA GIUNTA REGIONALE

su proposta dell'Assessore alle Politiche Sociali, Sport e Sicurezza di concerto con il Presidente della Regione in qualità di Commissario ad Acta

- VISTO lo Statuto della Regione Lazio;
- VISTA la legge regionale del 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche e integrazioni, concernente la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla direzione ed al personale regionale;
- VISTO il regolamento regionale del 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e successive modifiche e integrazioni;
- PRESO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 è stato conferito al Presidente pro-tempore della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l'incarico di Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni e integrazioni;
- VISTO il decreto legislativo del 23 giugno 2011, n.118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42”;
- VISTA la legge regionale 20 novembre 2001, n. 25 “Norme in materia di programmazione, bilancio e contabilità della Regione”;
- VISTA la legge regionale 31 dicembre 2016, n.17 “Legge di stabilità regionale 2017”;
- VISTA la legge regionale 31 dicembre 2016, n.18 “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2017 – 2019”;
- VISTA la legge 5 febbraio 1992, n.104 “Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate” come modificata dalla legge 21 maggio 1998, n.162;
- VISTO il decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modifiche ed integrazioni;

- VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;
- VISTA la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- VISTA la legge regionale 10 agosto 2016, n.11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”;
- VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- VISTA la deliberazione di Giunta Regionale del 8 luglio 2011, n. 315 “Il Punto Unico d’Accesso sociosanitario integrato nella Regione Lazio – Linee di Indirizzo”;
- VISTA la determinazione dirigenziale del 17 novembre 2015, n. G14134 “Linee attuative per l’impiego delle risorse destinate dalla Determinazione del 30 dicembre 2014, n. G19295, alla realizzazione ed implementazione della rete territoriale dei PUA”;
- VISTA la determinazione dirigenziale del 10 marzo 2016, n. G02135 “Modifica della Determinazione n. G14134 del 17 novembre 2015, avente ad oggetto Linee attuative per l’impiego delle risorse destinate dalla Determinazione del 30 dicembre 2014, n. G19295, alla realizzazione ed implementazione della rete territoriale dei PUA”;
- VISTA la deliberazione di Giunta Regionale del 25 gennaio 2008, n. 40 “Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l’ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 24 dicembre 2012, n. U00431 “La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 1 ottobre 2014, n. U00306 “Adozione della Scheda S.Va.M.Di. per la valutazione delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale per l’accesso alla residenzialità, semiresidenzialità e domiciliarità”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 31 ottobre 2014, n. U00361 “DCA n. U00247 del 25.7.2014 - Programmi operativi regionali per il triennio 2013-2015. Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale della "SUITE InterRai" per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative”;

- VISTA la legge regionale 12 giugno 2012, n. 6 “Piano regionale in favore di soggetti affetti da malattia di Alzheimer-Perusini ed altre forme di demenza”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 17 ottobre 2012, n. 504 “Modifica al “Progetto sperimentale in favore delle persone non autosufficienti” approvato con D.G.R. 544/2010. Integrazione D.G.R. 408/12 con finalizzazione della somma di € 3.000.000,00 sul Cap. H41900 es. fin. 2012 per interventi in materia di Alzheimer. Modalità di utilizzazione dell'importo complessivo di € 7.026.285,72”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 22 dicembre 2014, n. U00448 “Recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata Stato Regioni - Rep. Atti n. 135/CU del 30 ottobre 2014 Piano Nazionale Demenze - strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze. Riorganizzazione delle Unità Valutative Alzheimer (U.V.A.) regionali in Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri diagnostico specialistici e Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)-Centri territoriali esperti”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 23 dicembre 2016, n. U00401 “Assistenza territoriale alle persone con infezione da HIV/AIDS, in regime residenziale e domiciliare, nella Regione Lazio. Revisione del modello organizzativo di cui alla DGR 2031/2001”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 4 ottobre 2013, n. U00428 “Approvazione del documento Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute”;
- VISTO il decreto del Commissario ad Acta del 30 gennaio 2014, n. U00023 “DCA n. U00428 del 4.10.2013. Approvazione del documento “Raccomandazioni per la stesura degli Atti aziendali di cui al D.C.A. n. 206 del 2013, relativamente all'organizzazione delle Case della salute. Integrazione”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 14 febbraio 2014, n. U00040 “Approvazione dei documenti relativi al Percorso attuativo, allo Schema di Intesa ed ai Requisiti minimi della “Casa della Salute”;
- VISTO il decreto del Commissario ad Acta del 12 novembre 2014, n. U00380 “Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione. Approvazione dello Schema di Intesa”, con cui è stato approvato lo Schema di Intesa Attivazione della Casa della Salute in strutture aziendali diverse da quelle in riconversione;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 26 novembre 2014, n. U00414 “Casa della Salute. Modifica ed approvazione degli allegati di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00040 del 14.2.2014 ed al Decreto del Commissario ad Acta n. U00380 del 12.11.2014”;

- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 13 maggio 2016, n. U00159 “Approvazione del documento Riorganizzazione dei percorsi riabilitativi in ambito ospedaliero e territoriale”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 22 giugno 2017, n. U00228 “Casa della Salute: aspetti organizzativi e funzioni, requisiti minimi autorizzativi e schemi di Intesa per l'attivazione”;
- VISTA la deliberazione di Giunta Regionale del 3 maggio 2016, n. 223 “Servizi e interventi di assistenza alla persona nella Regione Lazio”;
- VISTO il decreto del Commissario ad acta del 22 febbraio 2017, n. U00052 “Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale 14 febbraio 2017, n. 57 “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 1. Predisposizione dello schema del Piano sociale regionale "Prendersi cura, un bene comune”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 26 aprile 2017, n. 214 “Legge regionale 10 agosto 2016 n. 11, art. 47 comma 2. Approvazione della proposta del Piano sociale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 13 giugno 2017, n. 326 “Approvazione Linee guida in materia di co-progettazione tra Amministrazioni locali e soggetti del Terzo settore per la realizzazione di interventi innovativi e sperimentali nell’ambito dei servizi sociali”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 25 luglio 2017, n. 454 “Linee guida operative regionali per le finalità della legge n. 112 del 22 giugno 2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare" e del Decreto Interministeriale del 28/11/2016 di attuazione”;
- VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 17 ottobre 2017, n. 660 “Legge regionale 10 agosto 2016 n.11, Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio. Attuazione articolo 43 comma 1, individuazione degli ambiti territoriale di gestione”;
- VISTO l’articolo 51 del capo VII della legge regionale del 10 agosto 2016, n. 11 “Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio”, recante disposizioni in materia di integrazione socio sanitaria;
- PRESO ATTO che il sopracitato articolo prevede il coordinamento e l’integrazione tra le prestazioni sociosanitarie così come individuate dall’articolo 3-septies, comma 2 del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche e dall’art. 3 del

DPCM 14 febbraio 2001 e affida alla Giunta regionale l'approvazione delle linee guida regionali per l'integrazione sociosanitaria;

CONSIDERATO altresì che, al fine di poter dare attuazione a quanto disposto dal suindicato articolo, occorre individuare percorsi mirati a costruire un modello che migliori le prestazioni e i processi sociosanitari già presenti sul territorio e che ne garantisca una gestione coordinata e integrata;

RITENUTO necessario dettare criteri omogenei finalizzati ad accompagnare e indirizzare il territorio nel processo di cambiamento in atto, orientati a rafforzare la pratica dell'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio;

DATO ATTO del lavoro di consultazione effettuato con le direzioni delle Aziende Sanitarie Locali, nonché con le diverse strutture regionali competenti per materia, al fine di sostanziare ulteriormente l'intero percorso di integrazione sociosanitaria;

RITENUTO, pertanto, di dover approvare l'allegato A, parte integrante della presente deliberazione, recante Linee guida finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio, comprensivo della relativa appendice "Gli strumenti per la valutazione multidimensionale";

CONSIDERATO che all'interno della Regione Lazio sono presenti servizi di notevole interesse regionale che non risultano ancora disciplinati da atti normativi nazionali e regionali (trasporto utenti disabili verso i servizi socioassistenziali e sociosanitari, centri per l'autonomia, centri regionali per il contrasto degli abusi e dei maltrattamenti sui minori, servizi residenziali per le persone in stato vegetativo persistente, nonché interventi in favore dei minori fuori famiglia con bisogni complessi ospiti di strutture residenziali socio-assistenziali);

ATTESA la necessità di dover disciplinare i suindicati servizi al fine di poter garantire il pieno supporto agli utenti più fragili, assicurando l'uniformità delle suindicate prestazioni sul territorio regionale;

RITENUTO, pertanto, necessario procedere a una ricognizione dei suddetti servizi, rinviando a successivi atti amministrativi la disciplina dell'erogazione degli stessi e delle relative modalità di finanziamento;

CONSIDERATO che, l'art. 51, comma 7, lett. a) dispone che con deliberazione di Giunta regionale siano individuate le prestazioni da ricondurre a quelle sociosanitarie di cui all'art. 3-septies, comma 2 del d.lgs. 502/1992 e dell'art. 3 del DPCM 14 febbraio 2001 e la determinazione dei criteri di finanziamento delle stesse;

RITENUTO, pertanto, di dover approvare l'allegato B, parte integrante della presente deliberazione, recante Le prestazioni sociosanitarie nella Regione Lazio;

CONSIDERATO che l'art. 51, comma 3 della legge regionale n. 11/2016 dispone che le ASL e i comuni, al fine di garantire il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie, stipolino una convenzione o accordo di

programma secondo uno schema tipo approvato con deliberazione di Giunta regionale;

RITENUTO di dover approvare l'allegato C, parte integrante della presente deliberazione, recante Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, finalizzato a garantire il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie disposto dall'art. 51, comma 3 della l.r. 11/2016;

RITENUTO, pertanto, di dover stabilire che le Convenzioni tra ASL e distretto sociosanitario dovranno essere stipulate tra le parti interessate entro il 31 dicembre 2018;

CONSIDERATO, altresì, che l'art. 52, comma 2 definisce le funzioni specifiche del Punto unico d'Accesso tra cui alla lettera c) l'avvio della presa in carico, mediante una prevalutazione integrata sociosanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, sociosanitari o sociali appropriati;

RITENUTO di dover uniformare le modalità per la presa in carico degli utenti all'interno della Regione Lazio fornendo il set dei dati necessari per effettuare la prevalutazione all'interno del PUA;

RITENUTO, pertanto, di dover approvare l'allegato D, parte integrante della presente deliberazione, recante Scheda di prevalutazione del PUA, che sarà ricompresa nel Sistema Informativo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale della Regione Lazio (SIAT);

VISTA la legge del 4 maggio 1983, n. 184 "Diritto del minore ad una famiglia" e smi che disciplina l'adozione e l'affidamento dei minori, e in particolare l'art. 22 che individua nei servizi socio-assistenziali degli enti locali singoli o associati, nonché nelle competenti professionalità delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, i soggetti ai quali ricorre il tribunale per i minorenni per l'esecuzione delle indagini per l'accertamento dei requisiti necessari al procedimento adottivo;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale del 20 luglio 2009, n. 552 "Destinazione delle risorse provenienti dal fondo nazionale per le politiche sociali anno 2008, di cui al capitolo di spesa n. H41106, e delle risorse regionali integrative per l'attuazione della legge 328/2000, di cui al capitolo di spesa n. H41135. Esercizio finanziario 2009";

VISTO il decreto del Commissario ad acta del 12 maggio 2014, n. U00152 "Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del Parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n. U0029 del 01/04/2011";

DATO ATTO del percorso formativo concluso nel dicembre 2016, che ha visto coinvolti circa 300 operatori dei Gruppi Integrati di Lavoro Adozioni territoriali (GILA) e degli Enti Autorizzati, durante il quale è stato rivisto il

modello dei servizi per le adozioni nel Lazio ed è stato condiviso un nuovo modello organizzativo per il sistema regionale per le adozioni;

RITENUTO, pertanto, di dover approvare l'allegato E, parte integrante della presente deliberazione, recante Piano per l'integrazione socio-sanitaria nei servizi per le Adozioni;

PRESO ATTO che, nell'ambito della tutela dei minori, i servizi territoriali sono di norma chiamati da parte delle diverse autorità giudiziarie e nei vari gradi di giudizio ad adempiere ai provvedimenti a tutela dei diritti dei minori, di competenza dei comuni associati, e all'attuazione degli interventi afferenti ai LEA sanitari (valutazioni sulle capacità genitoriali, psicoterapia, ecc.) di competenza delle ASL;

RITENUTO, pertanto, di dover disciplinare con successivo atto amministrativo la modalità di integrazione delle rispettive competenze inerenti la presa in carico integrata dei minori, anche al fine di fornire risposte puntuali e appropriate alle autorità giudiziarie interpellanti;

PRESO ATTO che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

RITENUTO ai sensi dell'art. 51 della legge regionale n. 11/2016, di rimettere il presente atto alla competente commissione consiliare ai fini dell'acquisizione del previsto parere;

CONSIDERATO che la Giunta, nella seduta del 6 Febbraio 2018 ha disposto l'acquisizione del parere della competente Commissione Consiliare, e che l'Assessore con nota prot. n.113576 dell' 1.03.2018 ha comunicato che è decorso il termine di cui all'art. 88, comma 2, del Regolamento del Consiglio Regionale;

DELIBERA

per le motivazioni espresse in premessa, che si richiamano integralmente

1. di approvare l'allegato A, parte integrante della presente deliberazione, recante Linee guida finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio, comprensivo della relativa appendice "Gli strumenti per la valutazione multidimensionale";
2. di demandare a successivi atti amministrativi la disciplina dell'erogazione dei servizi di notevole interesse regionale che non risultano ancora regolati da atti normativi nazionali e regionali (trasporto utenti disabili verso i servizi socioassistenziali e sociosanitari, interventi in favore dei minori fuori famiglia con bisogni complessi ospiti di strutture residenziali socio-assistenziali, centri per l'autonomia, centri regionali per il contrasto degli abusi e dei maltrattamenti sui minori, servizi residenziali per le persone in stato vegetativo persistente) al fine di stabilire modalità

- uniformi di erogazione degli stessi sul territorio regionale e le relative modalità di finanziamento;
3. di approvare l'allegato B, parte integrante della presente deliberazione, recante Le prestazioni sociosanitarie nella Regione Lazio;
 4. di approvare l'allegato C, parte integrante della presente deliberazione, recante Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, finalizzato a garantire il coordinamento e l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie disposto dall'art. 51, comma 3 della l.r. 11/2016;
 5. di stabilire che la Convenzione tra la ASL e il distretto sociosanitario dovrà essere stipulata tra le parti interessate entro il 31 dicembre 2018;
 6. di approvare l'allegato D, parte integrante della presente deliberazione, recante Scheda di preavutazione del PUA, che sarà ricompresa nel Sistema Informativo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale (SIAT);
 7. di approvare l'allegato E, parte integrante della presente deliberazione, recante Piano di integrazione sociosanitaria per i servizi per le adozioni;
 8. di disciplinare con successivi atti amministrativi la modalità di integrazione delle competenze dei servizi territoriali inerenti la presa in carico integrata dei minori oggetto di tutela.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Allegato A

Linee guida finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio

Le presenti linee guida hanno la funzione di accompagnare e indirizzare il territorio nel processo di cambiamento in atto nella Regione Lazio orientato a rafforzare la pratica dell'integrazione sociosanitaria, individuando percorsi omogenei mirati a costruire un modello che migliori le prestazioni e i processi già presenti e ne garantisca una gestione coordinata e integrata.

Tali criteri rappresentano gli elementi principali su cui fondare lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, consentendo margini di declinazione secondo la peculiarità e le necessità locali. Si configurano come il primo passo del processo di attuazione del capo VII della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" e del successivo Piano Sociale proposto con DGR 57/2017 e che attualmente si trova all'esame del Consiglio della Regione Lazio.

A fronte di bisogni sempre più complessi e articolati non è più possibile fornire risposte frammentate e settoriali, ma occorre programmare e implementare risposte unitarie e continuative che considerino la persona, la famiglia e la comunità di appartenenza nella loro interezza, interconnessione e globalità, attraverso il coordinamento di tutti gli interventi necessari e la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, in un sistema di rete aperto e flessibile, che metta al centro la persona e non la sommatoria dei suoi problemi, superando logiche professionali e locali e trovando soluzioni più attente al reale vissuto della persona interessata.

Per rendere concretamente praticabile qualsiasi forma di integrazione, occorre ribadire che il concetto di salute deve comprendere e valorizzare anche aspetti di benessere legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle relazioni, al grado complessivo di coesione sociale e alle azioni di contrasto delle disuguaglianze. Con ciò si intende sottolineare la necessità di approcci e strategie che, all'interno di un'ottica di sostanziale valorizzazione del ruolo e delle competenze degli enti locali, siano in grado di elevare la capacità di lettura e risposta ai bisogni, garantendo un approccio integrato tra i diversi livelli e gli strumenti di governo del sistema, così da accrescere la qualità complessiva del welfare regionale, e per suo tramite la qualità della vita delle persone e delle comunità locali.

Occorre, pertanto, superare la giustapposizione di interventi diversi, con diverse regie, diverse letture dei fenomeni e diversi approcci operativi, per consolidare le forme di integrazione al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni e il rischio di lasciare senza risposta rilevanti aree di bisogno.

Indice

Contesto normativo

Modello di governance

Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociosanitarie

La Valutazione multidimensionale

Piano di Assistenza Individuale

Contesto normativo

Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e dall'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 quali "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Si distinguono in:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree: materno infantile, anziani, disabilità, salute mentale, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative.

Il Decreto del Presidente del Consiglio del 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" ha precisato la tipologia delle singole prestazioni (tenendo conto della natura del bisogno, della complessità e intensità dell'intervento assistenziale e della sua durata) e i relativi criteri di finanziamento cui le Regioni devono tener conto nel disciplinare gli interventi sociosanitari.

Il Decreto del Presidente del Consiglio del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" regola l'integrazione socio sanitaria al capo IV, articoli da 21 a 35.

In particolare vengono previste, all'articolo 21, linee di indirizzo, da emanarsi con specifico Accordo Stato Regioni per realizzare percorsi assistenziali integrati. Lo stesso articolo dispone che il SSN debba garantire l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Inoltre, al comma 3 individua nel Progetto di Assistenza Individuale (PAI) lo strumento che definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona. Il PAI è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Il DPCM sui nuovi LEA rappresenta un notevole passo in avanti per offrire alla programmazione regionale e locale un punto di riferimento in grado di rafforzare il processo di integrazione sociosanitaria. Tuttavia, la mancata definizione dei corrispondenti livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) e l'assenza di indicatori dell'offerta e la mancata definizione di standard organizzativi rende ancora problematica la piena attuazione delle disposizioni dettate dal suddetto decreto.

Riguardo alla normativa disciplinante la tutela sociale già con la legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e servizi sociali" si è assistito a un cambiamento di orientamento, passando dalla concezione dell'utente come portatore di bisogni specialistici a persona nella sua totalità e specificità, familiare e territoriale. L'assistenza assume il ruolo di protezione sociale attiva che previene e promuove l'inclusione sociale. Nello specifico, la legge n. 328/2000 affronta il tema dell'integrazione sociosanitaria con riferimento ai principi generali della programmazione (art. 3), alle funzioni dei comuni (art. 6), alle funzioni delle regioni (art. 8), alle figure professionali (art. 12), alla metodologia di intervento finalizzata all'elaborazione

di progetti personalizzati (art. 14), ai livelli di programmazione (art. 18), ai piani di zona (art. 19), alla definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (art. 22).

Nella Regione Lazio l'integrazione sociosanitaria è espressamente richiamata dal capo VII della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11 "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" e dal successivo Piano Sociale proposto con DGR 57/2017, attualmente in corso di approvazione presso il Consiglio regionale, e costituisce uno degli obiettivi strategici cui fa riferimento il Programma Operativo 2016-2018 della Regione, approvato con DCA U00052 del 22 febbraio 2017.

L'attenzione dedicata alla integrazione sociosanitaria non è soltanto effetto del dettato normativo nazionale e regionale, ma è soprattutto conseguenza della maggiore consapevolezza che l'integrazione rappresenta un fattore fondamentale di qualificazione della offerta dei servizi e prestazioni sociosanitarie, per un triplice ordine di motivi:

- a) l'integrazione genera maggiore efficacia di cura e di sostegno;
- b) l'integrazione favorisce un uso più efficiente delle risorse;
- c) l'integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi.

I processi di integrazione sociosanitaria sono orientati a garantire universali diritti di accesso all'assistenza e omogenea appropriatezza di risposte, sia in termini di efficacia che di una migliore distribuzione della risorse.

Secondo la letteratura internazionale l'integrazione è l'insieme coerente di metodi e di modelli riguardanti il finanziamento, l'amministrazione, l'organizzazione, l'erogazione di servizi e di livelli clinici, progettati per creare interconnessioni e collaborazione all'interno e tra i settori delle cure (*cure*) e dell'assistenza (*care*). L'obiettivo di tali metodi e modelli è di aumentare la qualità dell'assistenza e la qualità di vita, come tasselli di una rete di aiuto alla persona e alla famiglia più ampia e complessa.

I livelli dell'integrazione sociosanitaria

Gli obiettivi sopraesposti possono e devono essere raggiunti attraverso una logica di integrazione, che va perseguita a diversi livelli interconnessi tra loro: integrazione delle politiche e degli attori (istituzionali e non), dei programmi e dei processi, dei servizi e degli interventi, dei professionisti e degli operatori, delle risorse strumentali e finanziarie.

Per il raggiungimento dei suddetti obiettivi, l'integrazione istituzionale costituisce la premessa in termini di volontà politica e formalizza le condizioni attuative attraverso la codificazione degli impegni che devono essere assunti dalle amministrazioni coinvolte, sia nella elaborazione e approvazione dei contenuti programmatici sia nella loro successiva realizzazione. L'integrazione istituzionale nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute.

L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali e le modalità operative basate sulla metodologia di lavoro integrato. Le unità di valutazione multidimensionale devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalla Regione, fermo restando la necessità di garantire i LEA.

L'integrazione professionale è strettamente correlata all'adozione di profili aziendali e linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale nella produzione dei servizi sanitari: domiciliari, intermedi e residenziali. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative multidimensionali integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali

e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

L'integrazione professionale realizza le condizioni che garantiscono il massimo di efficacia nell'affrontare bisogni di natura multiproblematica la cui complessità richiede la predisposizione di una risposta altrettanto complessa, frutto della coordinata strutturazione di uno o più approcci assistenziali secondo un processo che si compone di tre fasi fondamentali:

- a) la fase della valutazione;
- b) la fase della progettazione individualizzata;
- c) la fase della presa in carico.

L'integrazione professionale rappresenta anche l'opportunità per una partecipazione più motivata, consentendo agli operatori di rilevare il valore di ogni specifico apporto ed offrendo maggiore consapevolezza circa i processi di attività.

Tali obiettivi si concretizzano attraverso il percorso proposto nei paragrafi successivi che delineano il modello di integrazione sociosanitaria da attuare nella Regione Lazio.

Modello di governance

Il Distretto sociosanitario è l'ambito territoriale e organizzativo entro cui si realizzano la programmazione e la erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie e di quelle sociosanitarie integrate (art. 43, legge regionale n. 11/2016).

A livello di Distretto sociosanitario si programma, implementa e valuta la rete integrata degli interventi e dei servizi sociali a livello territoriale, attraverso la gestione in forma associata non soltanto delle risorse affluenti dalla Regione, ma dell'insieme delle funzioni sociali di cui sono titolari i Comuni del Distretto e le relative risorse impegnate.

Il distretto si configura come la struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati fra le istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse.

Al distretto spetta l'attività di controllo al fine di monitorare l'attuazione dei processi assistenziali integrati, correlando le risorse impiegate ai risultati ottenuti.

A questo scopo la Regione provvede a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, identificando, nell'ambito di una visione condivisa di stretta cooperazione, le responsabilità coordinate o unitarie dei vari soggetti istituzionali presenti sul territorio.

Programmazione congiunta

Il primo passo per l'integrazione gestionale è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi, gli interventi da mettere in campo, le risorse a disposizione, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. Soltanto un approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, può rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi.

A livello di programmazione regionale, gli strumenti che assumono rilevanza nell'area dell'integrazione sociosanitaria sono:

- Piano sociale regionale, che fissa gli obiettivi del triennio, le regole del sistema integrato e il modello di valutazione dei risultati (art. 46 l.r. 11/2016);
- Programma Operativo della Regione Lazio;
- Atti di programmazione (delibere di giunta, decreti del Commissario ad acta, determinazioni dirigenziali) per gli indirizzi e la applicazione di regole, uso delle risorse, strumenti di verifica dell'attuazione dei programmi.

Il permanere del Piano di rientro dal disavanzo sanitario e il conseguente commissariamento ha determinato l'impossibilità di definire un Piano Sociosanitario Integrato e, pertanto, si è resa necessaria la definizione di un Piano Sociale Regionale e di un Programma Operativo Sanitario.

Questa limitazione dell'autonomia e potestà programmatica della Regione rende meno fluidi e automatici tutti i processi di integrazione sociosanitaria, che richiedono in questa fase una ancora maggiore volontà e determinazione da parte di tutti gli operatori del sistema a concorrere per una piena ed effettiva Integrazione.

Un significativo impulso all'integrazione sociosanitaria è stato dato dall'unificazione delle due precedenti direzioni regionali nella Direzione Salute e Politiche Sociali, che consente ed impone una sintesi delle responsabilità amministrative e programmatiche, e di conseguenza un impulso deciso all'armonizzazione di norme e linguaggi.

Piano sociale di Zona e Programma delle Attività Territoriali

La diversa articolazione territoriale della governance dei servizi sanitari e territoriali (aziende sanitarie, enti locali istituzionalmente autonomi), è un ulteriore tradizionale ostacolo ad una piena integrazione nei territori.

La pianificazione locale, elaborata a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio, è definita in coerenza con le priorità e gli obiettivi del Piano Sociale Regionale e dei Programmi Operativi.

Le funzioni di indirizzo e programmazione dei servizi e degli interventi gestiti dai comuni in forma associata a livello di distretto sociosanitario sono svolte dal comitato istituzionale, in caso di utilizzazione della forma associativa della convenzione (di cui all'articolo 30 del d.lgs. 267/2000) e dagli organi rappresentativi aventi personalità giuridica in caso di Consorzio o Unione di Comuni (articolo 31 e 32 del d.lgs. 267/2000 e smi).

Gli strumenti di programmazione delle attività sociosanitarie per l'ambito distrettuale sono il Piano Sociale di Zona e il Programma delle Attività Territoriali. Il Piano Sociale di Zona definisce, tra l'altro, gli indirizzi per l'organizzazione e la gestione coordinata e integrata nell'ambito del distretto sociosanitario delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a carico dei comuni, con le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, a carico dell'Azienda Sanitaria Locale, d'intesa con l'Azienda Sanitaria Locale stessa. Definisce, inoltre, le risorse finanziarie e la relativa ripartizione degli oneri tra Azienda Sanitaria Locale e Comuni per l'erogazione a livello distrettuale delle prestazioni sociosanitarie. Per questi ultimi aspetti il Piano è approvato dagli organismi di indirizzo e programmazione congiuntamente con il Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale.

Al contempo, il Programma delle Attività Territoriali, ai sensi dell'articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del d.lgs. 502/1992 e successive modifiche, è proposto dal Direttore del distretto sanitario ed è approvato dal Direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale competente, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con gli organismi di governo istituzionale del distretto sociosanitario e secondo le indicazioni fornite dal Comitato di Distretto, organo comune della Convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria, disposto dall'art. 51, comma 3 della l.r. 11/2016, prevista dall'allegato C alla presente deliberazione.

Per l'organizzazione coordinata e integrata delle prestazioni sociosanitarie, il Direttore del Distretto sanitario e il Responsabile dell'Ufficio di Piano operano d'intesa, per il raggiungimento degli obiettivi fissati nei Programmi delle Attività Territoriali e nei Piani Sociali di Zona.

Il conseguimento dei suindicati obiettivi di integrazione sociosanitaria definiti nei Programmi delle Attività Territoriali e nei Piani Sociali di Zona costituiscono inderogabilmente, ai sensi dell'art. 51, comma della legge regionale n. 11/2016, uno degli elementi di valutazione del Direttore del Distretto sanitario e del Responsabile dell'Ufficio di piano, nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione della performance individuale.

Pertanto, nella definizione degli obiettivi individuali da assegnare alle suddette figure, dovrà essere ricompresa obbligatoriamente l'implementazione, anno per anno, degli aspetti programmatici di integrazione sociosanitaria territoriale (relativi alla governance istituzionale, al funzionamento dei PUA e delle UVM, alla firma degli atti convenzionali, alla partecipazione del terzo settore, ecc.).

A tale obiettivo dovrà essere assegnato un peso rilevante nella valutazione complessiva del dirigente.

Elaborazione congiunta del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali: indice dei contenuti minimi

In relazione alla programmazione locale integrata sopracitata, è necessario coniugare tra loro i due strumenti Piano Sociale di Zona e Programma delle Attività Territoriali, tenendo conto che le azioni previste in materia sociosanitaria contenute in entrambi gli strumenti devono essere conformi.

Al fine di poter operare una programmazione effettivamente condivisa e congiunta, i due atti dovranno prevedere quali contenuti minimi:

1. Rilevazione dei bisogni della popolazione divisa per target e percezione del relativo stato di salute.
2. Mappatura dell'offerta dei servizi esistenti sul territorio suddivisa in servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Questi ultimi devono essere ripartiti per ore erogate di assistenza domiciliare sanitaria, medica, tutelare sociale e per la cura dell'ambiente domestico, anche sulla base dei dati desumibili dai sistemi informativi correnti.
3. Analisi dei punti di forza e dei punti di criticità del sistema complessivo dell'offerta.
4. Priorità e obiettivi strategici per il governo del sistema integrato locale.
5. Programmazione delle azioni suddivise per le singole aree di intervento (corredate delle schede relative al singolo progetto/servizio/intervento):
 - a. Area azioni di sistema;
 - b. Area materno infantile (minori e famiglia);
 - c. Area anziani;
 - d. Area disabili;
 - e. Area dipendenze;
 - f. Area salute mentale;
 - g. Area patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale;
 - h. Area inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.
6. Scheda finanziaria del piano.
7. Monitoraggio delle principali azioni, dei progetti e dei servizi presenti sul territorio.

Budget unico di distretto

Per la gestione e l'erogazione coordinata ed integrata delle prestazioni sociosanitarie, l'Azienda Sanitaria Locale e i comuni associati definiscono i rispettivi budget, creando un budget unico di distretto, concorrendo con proprie risorse finanziarie in coerenza con gli indirizzi programmatici locali e regionali.

La convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria che sarà stipulata tra la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario, secondo lo schema tipo approvato all'allegato C della presente deliberazione, stabilisce la modalità di gestione del budget unico. Una parte del budget unico potrà essere riservata alla gestione di progetti innovativi da realizzare all'interno del distretto sociosanitario.

Ufficio sociosanitario integrato

Lo strumento d'integrazione gestionale e professionale tra la ASL e il Distretto sociosanitario è l'Ufficio sociosanitario integrato.

L'Ufficio sociosanitario integrato è composto dal Direttore del distretto sanitario, che ne è anche il Coordinatore, dal Responsabile dell'Ufficio di piano e da ulteriori professionalità che si rendessero necessarie per le funzioni amministrative e di monitoraggio dell'organo. Tale ufficio si riunisce con cadenza almeno mensile con funzioni di rilevazione del fabbisogno sociosanitario, programmazione e monitoraggio, nonché di gestione del budget unico di distretto. Inoltre, l'Ufficio sociosanitario è lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività

distrettuali (UCAD). Infine, l'Ufficio sociosanitario integrato ha il compito di vigilare sulla corretta attuazione degli interventi previsti dalla convenzione stipulata tra l'Azienda Sanitaria Locale e i comuni associati nel relativo Distretto sociosanitario.

I membri dell'Ufficio sociosanitario integrato non percepiscono compensi per l'espletamento di tale funzione.

Convenzione

Gli elementi illustrati in questo paragrafo utili a garantire la programmazione congiunta, il coordinamento, il finanziamento e la gestione integrata delle prestazioni sociosanitarie saranno formalizzati attraverso una convenzione stipulata tra la singola ASL e gli enti locali del relativo Distretto sociosanitario, secondo lo schema tipo approvato all'allegato C della presente deliberazione. Tale convenzione dovrà essere stipulata tra ASL e distretto sociosanitario entro il 31 dicembre 2018.

La deliberazione di Giunta regionale n. 660/2017 ha individuato i 36 distretti sociosanitari del Lazio, oltre a Roma Capitale. Per i territori per i quali non vi è coincidenza tra distretto sanitario e distretto sociosanitario verrà stipulata una Convenzione per ciascun distretto sociosanitario (distretti sociosanitari delle provincie di Rieti e Viterbo)

Roma Capitale, al fine di garantire la programmazione, l'organizzazione e la gestione integrata delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, stipulerà una Convenzione con ciascuna azienda sanitaria locale territorialmente competente che afferisce sul suo territorio, disciplinando anche i livelli di integrazione tra gli strumenti e i livelli territoriali di programmazione.

Monitoraggio

Il Monitoraggio e la valutazione, parti integranti della programmazione, si realizzano ai diversi livelli di governo al fine di analizzare le azioni e i processi, far emergere le criticità e riprogettare gli interventi futuri. Ciascun livello di governo ha la necessità di realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche (sociali, sanitarie, sociosanitarie) e migliorare tali politiche ed interventi in un quadro in cui tali livelli si alimentino a vicenda, divenendo l'uno risorsa per l'altro. Per questo il percorso di valutazione deve adottare un approccio metodologico comune e strumenti complementari.

In una prospettiva di governance orientata ad uno sviluppo locale di comunità e di rete, il monitoraggio e la valutazione dei piani e dei programmi elaborati in maniera integrata dovranno prevedere il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti che cooperano alla promozione dello sviluppo locale. Occorre, in altri termini, che la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e sociosanitarie pubbliche, che, anche grazie alla valutazione, imparano a "governare" insieme un sistema locale di servizi.

Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione si doterà di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori di risultato (grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi erogati, tempi di attesa, grado di efficacia e appropriatezza della prestazione erogata) che consentano comparazioni e raffronti temporali. L'efficacia della attività di monitoraggio e valutazione poggerà sull'impegno di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni, nel rielaborarle e nel prevedere forme di restituzione utili agli operatori, ai responsabili istituzionali e ai cittadini che saranno così più consapevoli delle scelte di organizzazione e miglioramento dei servizi ad essi destinati.

Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociosanitarie

Il Punto Unico di Accesso ai servizi sociosanitari rappresenta il luogo dell'accoglienza sociosanitaria ed è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, superando la settorializzazione degli interventi che troppo spesso rende complesso per l'utente l'accesso ai servizi.

Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, rivolta tuttavia in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura pertanto come il primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità e diritto.

In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo completamente integrato alle molteplici esigenze dell'utenza, attraverso una rete in cui ciascun punto di accesso è capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. In sintesi, le principali funzioni del PUA sono l'accoglienza e l'ascolto, la raccolta della segnalazione, l'orientamento e la gestione della domanda, la prevalutazione dei casi segnalati, la risoluzione diretta dei casi semplici e l'avvio della presa in carico tramite l'attivazione della funzione di valutazione multidimensionale e integrazione con i servizi della rete territoriale.

L'attivazione dei Punti Unici di Accesso è stata regolata dalla Regione Lazio con la DGR n. 315 del 2011, che ne ha dettato le Linee di indirizzo.

Con la legge regionale 11/2016, all'art. 52, al fine di favorire la fruizione da parte degli utenti dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari erogati nell'ambito del distretto, è stato disposto l'istituzione di almeno un punto unico di accesso (PUA) in ogni ambito territoriale ottimale.

Secondo lo stesso articolo le funzioni specifiche del PUA sono:

- a) orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- b) agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- c) segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e della presa in carico integrata;
- d) avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.

Allo stato attuale si evidenziano ulteriori margini di miglioramento per l'integrazione fra la componente sanitaria e quella sociale e per il potenziamento dei PUA. È ormai inderogabile, quindi, che i principi già disciplinati con la normativa vigente trovino concreta e definitiva attuazione.

Modello organizzativo

Le funzioni del PUA, così come disposto dalla DGR n. 315/2011, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali.

Nelle Case della Salute, che si configura come il nodo strategico, strutturato e di riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso.

Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Salute, il PUA potrà essere ubicato presso una sede territoriale del distretto sanitario o sociale. Occorre precisare che, laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile istituire più sedi PUA al fine di realizzare una maggiore prossimità con gli utenti.

Il modello declinato dalla Regione Lazio, così come definito con deliberazione n. 315/2011 e successivamente ripreso dal Piano Sociale approvato dalla deliberazione n. 57/2017 prevede che tutti i punti di accoglienza già attivi per l'utenza fragile (segretariati sociali, servizi CAD di ASL, consultori familiari, ecc.), se dotati di personale appositamente formato alle funzioni PUA e se connessi al sistema informativo SIAT di cui al paragrafo sottostante, possono svolgere la funzione di front-office.

In tal senso, al fine di garantire quanto più possibile la prossimità ai cittadini, si prevede la creazione di una rete in cui, a fianco a una sede distrettuale principale (unica deputata a svolgere le

funzioni di back office), siano presenti varie sedi decentrate e di prossimità, con funzioni di front office, situate presso i servizi territoriali già esistenti e connessi con il PUA principale, accogliendo l'utenza e procedendo a indirizzarla in maniera appropriata (modello Hub & Spoke in cui l'Hub si identifica con la funzione del back office e gli Spoke sono i punti che assolvono esclusivamente funzione di front office)

Infatti, i PUA saranno collegati tra loro nell'ottica della realizzazione di un'efficiente ed efficace rete informativa coordinata coerentemente con quanto previsto dallo sviluppo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale (SIAT).

Il modello PUA prevede ambiti di tipo operativo e rivolti al cittadino, occupandosi di attività di accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, decodifica del bisogno con risposta di primo livello (prevalutazione) e inoltre ai servizi interni al sistema sociale e sanitario competenti per l'evasione di domande complesse.

Si delinea così un sistema di organizzazione del PUA strutturato, ancorché agile, che in diverse fasi operative utilizza, all'interno del sistema informativo relativo alle attività sociosanitarie, lo strumento della cartella sociosanitaria, coerentemente con il SIAT, per la registrazione informatizzata dei dati relativi all'utenza, alla domanda espressa, alla valutazione integrata dei casi, alla presa in carico, alla gestione dei casi e all'esito degli interventi.

Riassumendo le funzioni del PUA sono articolate su due livelli:

a) funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento

b) funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale. Tali aspetti sono regolati dal regolamento di cui ciascun PUA dovrà dotarsi e che dovrà contenere il logo unitario riconoscibile, l'elenco delle sedi del PUA, gli orari di apertura, la tempistica di attivazione della risposta, l'organizzazione, la descrizione dei processi operativi, comprensivi delle singole fasi, l'individuazione dei responsabili dell'esecuzione delle singole attività svolte e i criteri per l'individuazione del responsabile del PUA. Il PUA deve prevedere necessariamente risorse umane dedicate per le specifiche funzioni, opportunamente formate ed abilitate alla ricezione e allo screening della domanda d'accesso nella rete dei servizi, capaci di codificare e decodificare il bisogno, di relazionarsi con la cittadinanza e con il sistema socio-ambientale di riferimento, di lavorare in equipe, di gestire funzioni organizzative e di coordinamento.

I profili professionali degli operatori PUA sono identificati nell'assistente sociale, nell'infermiere, nel medico di distretto e nel personale amministrativo. Può altresì essere prevista, in considerazione dell'utenza prevalente, la presenza di ulteriori figure professionali, anche condivise con altri servizi e rese disponibili all'occorrenza.

Il profilo professionale e la formazione del personale devono essere, comunque, strettamente correlate alle specifiche funzioni attribuite all'interno PUA e devono essere supportati da strumenti utili per la gestione informatizzata delle pratiche.

La scheda di prevalutazione

Nella costituzione del modello organizzativo del PUA regionale, grande rilievo ha la scheda di prevalutazione che permette di effettuare una prima analisi e di guidare le prime azioni di orientamento (individuazione del bisogno - semplice e/o complesso, avvio delle procedure per la valutazione multidisciplinare e per i supporti specialistici), nonché le risposte assistenziali immediate e urgenti. La scheda raccoglie un primo gruppo di informazioni (anagrafiche, socio-relazionali-ambientali, cliniche, assistenziali, amministrative), propedeutiche alla redazione del fascicolo personale che viene aperto al momento della presa in carico e che diventa la base per lo sviluppo di un linguaggio comune tra le diverse professionalità del settore sociale e di quello

sanitario. Tale scheda è finalizzata a orientare gli operatori nella definizione del bisogno (semplice e/o complesso) e, in caso di individuazione di un bisogno complesso, servirà a determinare la composizione dell'Equipe Multidimensionale che dovrà valutare l'entità del bisogno per decidere il percorso da intraprendere.

La scheda di prevalutazione del PUA, che diventerà omogenea per tutti i distretti in sostituzione di quelle attualmente in uso e che sarà ricompresa nel SIAT, è riportata nell'allegato D.

Formazione congiunta

A livello regionale e in ogni territorio distrettuale, verrà realizzata la formazione congiunta degli operatori sociali e sanitari al fine di disporre di linguaggi e strumenti comuni e sviluppare percorsi strutturati di condivisione delle esperienze da parte degli attori coinvolti a vario livello nei percorsi di continuità assistenziale.

La formazione sarà dedicata alla condivisione degli strumenti di valutazione dei bisogni, alla conoscenza dell'offerta integrata dei servizi, alla appropriatezza dei percorsi, le responsabilità di presa in carico, al favorire la comunicazione reciproca tra gli operatori sociali e sanitari, alla implementazione del sistema informativo e agli strumenti e metodi di monitoraggio e valutazione.

La formazione del personale dovrà essere continua, al fine di favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze capaci di rispondere alle mutevoli esigenze dei cittadini. Il personale coinvolto dovrà, inoltre, contribuire attivamente al miglioramento continuo delle procedure e della appropriatezza delle valutazioni, attraverso la segnalazione costante di criticità, limiti e potenzialità.

Qualora risultassero risorse residue tra quelle assegnate ai distretti sociosanitari con determinazione n. G19295/2014, gli stessi possono destinare le suddette risorse al finanziamento della formazione, secondo quanto indicato al punto 3.3 dell'allegato 1 della DGR n. 315/2011.

Inoltre verrà realizzato un percorso formativo regionale "di sistema" rivolto al personale delle strutture integrate, slegato dalle singole competenze tecniche e professionali delle figure coinvolte e orientato a migliorare la conoscenza del quadro di riferimento, del contesto operativo e dei processi attivati.

Il Sistema Informativo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale e la Cartella sociosanitaria

Il Sistema Informativo dell'Assistenza Sanitaria Territoriale della Regione Lazio è rappresentato dal SIAT già operativo presso tutte le aziende sanitarie della Regione Lazio.

Il SIAT incontra perfettamente gli indirizzi del Ministero garantendo a MMG/PLS, distretti sociosanitari, strutture ospedaliere ed erogatori accreditati e classificati la gestione, in modo condiviso e strutturato, dell'intero processo di presa in carico, dall'accoglienza alla valutazione dei bisogni, dalla definizione all'erogazione e monitoraggio del progetto assistenziale. La digitalizzazione rientra in un disegno organizzativo strategico capace di garantire una presa in carico dell'assistito globale e continuativa nell'ambito dei seguenti servizi:

- assistenza domiciliare non autosufficienza
- assistenza residenziale non autosufficienza
- assistenza semiresidenziale non autosufficienza
- assistenza residenziale cure palliative
- assistenza domiciliare cure palliative
- assistenza riabilitativa residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale a persone con disabilità

In termini di appropriatezza delle valutazioni e dei progetti assistenziali, con la formalizzazione dei Decreti del Commissario ad Acta DCA n. U00247 del 25 luglio 2014, DCA n. U00306 del 1 ottobre 2014 e DCA n. U00361 del 31 ottobre 2014, la Regione Lazio ha fatto un ulteriore passo in avanti adottando ed integrando nel SIAT strumenti di valutazione multidimensionale di ultima generazione, quali:

- InterRai Contact Assessment – CA integrato per la componente sociale – per il PUA Punto Unico di Accesso;
- InterRai Long Term Care Facility – LTCF per il regime residenziale e semiresidenziale;
- InterRai Home Care – HC per l’Assistenza Domiciliare Integrata – ADI;
- InterRai Palliative Care – PC, per le cure palliative;
- SVaMDi, per la disabilità psichica fisica e sensoriale.

Una completa integrazione sociosanitaria può essere realizzata attraverso un sistema informativo unico e integrato che metta a disposizione di tutti gli attori coinvolti nella cura alla persona, sia dal punto di vista sanitario che sociale, l’insieme di dati che caratterizzano i bisogni di ciascun cittadino (nel rispetto ovviamente dei diversi ruoli e del GDPR in materia di privacy).

La cartella sociosanitaria integrata, sviluppata all’interno del SIAT, rappresenta lo strumento principale per la raccolta delle informazioni, la gestione dei processi, il monitoraggio e la valutazione degli interventi. In altre parole costituisce la raccolta integrata dei dati di accesso delle persone al sistema di welfare locale e di archiviazione delle informazioni riguardanti la storia del singolo in rapporto ai servizi e agli interventi territoriali. Secondo questa ottica, quindi, la cartella sociosanitaria si configura, non solo come lo strumento di lavoro che consente di mettere in rete gli operatori dei servizi sociali e quelli dei servizi sanitari, ma anche come lo strumento fondamentale del processo di produzione di dati perché la sua compilazione originerà la raccolta e organizzazione di dati che una volta elaborati, forniranno informazioni indispensabili all’analisi del bisogno, anche ai fini di una programmazione degli interventi, sia a livello locale che regionale.

La cartella sociosanitaria sarà integrata nell’ambito del sistema informativo relativo alle attività sociosanitarie previsto dall’articolo 49 della legge regionale n. 11/2016. I requisiti relativi alla realizzazione del Sistema Informativo dei Servizi Sociali e la relativa tempistica di realizzazione saranno stabiliti con specifica deliberazione di Giunta regionale.

La cartella sociosanitaria permetterà di:

- acquisire una sola volta le informazioni sulla persona, evitando ripetizione di richieste e compilazioni di moduli identici e quindi, permettendo lo snellimento delle procedure;
- monitorare il progetto personale e l’insieme dei servizi erogati, evitando il rischio di duplicazioni e sovrapposizioni;
- favorire l’integrazione tra i servizi (sociali, sanitari, educativi, del lavoro);
- acquisire informazioni, in maniera aggregata, sulle domande dei cittadini e sulle capacità di risposta del sistema;
- impostare notifiche relative a date cardine o scadenze previste nel progetto personale e classificabili tramite il nomenclatore delle prestazioni;
- registrare periodi di ricovero, detenzione o permanenza temporanea presso diverso domicilio e indicare la data del decesso;
- reperire i contatti delle strutture o funzioni che hanno in carico la persona.

Inoltre, relativamente al “fascicolo personale”, la realizzazione del sistema informativo unico e integrato, permetterà l’evoluzione dell’attuale Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), contenente il Piano di Assistenza Individuale (PAI) e le schede di valutazione multidimensionale InterRai e/o SVaMDi, con i contenuti previsti dal Fascicolo Personale Sociale.

La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale rappresenta una pratica di dimostrata efficacia nella gestione del paziente complesso e fragile. Tale pratica, infatti, favorisce al contempo, tramite un approccio globale, l'appropriato utilizzo dei servizi (appropriatezza organizzativa) e l'efficacia delle azioni clinico assistenziali (appropriatezza clinica). Il ricorso alla valutazione multidimensionale è previsto in modo esplicito dal DPCM 12 gennaio 2017, dove all'articolo 21, comma 4, si recita: "i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale".

La valutazione multidimensionale si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. È, pertanto, definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di area sanitaria e sociale, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica al fine di definire il setting assistenziale appropriato al bisogno individuato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- la valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVMD) formalmente riunita.

Di seguito l'elenco delle funzioni attribuite dalla normativa vigente alle UVMD che comprendono:

- la valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi;
- l'elaborazione di un progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili ed attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- l'individuazione dell'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- il monitoraggio e verifica dei risultati dei singoli progetti approvati, nonché la rivalutazione per gli utenti che ne hanno necessità.

Ambito di applicazione

Il DCA n. U00431/12 ha disciplinato l'ambito di applicazione della Valutazione Multidimensionale, nonché l'organizzazione e l'attività della equipe distrettuale deputata ad effettuarla (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale - UVMD), al fine di rendere omogenee sul territorio regionale le funzioni valutative.

Il DCA U00431/2012 prevede che la valutazione multidimensionale sia applicata per accedere:

- ai trattamenti residenziali intensivi, estensivi e di mantenimento, nonché domiciliari (ADI), per le persone non autosufficienti, anche anziane;
- ai trattamenti semiresidenziali estensivi e di mantenimento per le persone non autosufficienti, anche anziane;
- ai trattamenti riabilitativi residenziali intensivi ed estensivi con accesso dal domicilio e socio riabilitativi di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- ai trattamenti riabilitativi semiresidenziali estensivi con accesso dal domicilio e socio riabilitativi di mantenimento per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;
- ai trattamenti riabilitativi domiciliari per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Il successivo DCA n. U00401/16 ha esteso, a partire dal 1° gennaio 2017, la valutazione multidimensionale alle persone con infezione da HIV/AIDS, tramite l'utilizzo degli strumenti della SUITE InterRAI adottati nella Regione Lazio.

Nel modello organizzativo sociosanitario regionale, la valutazione multidimensionale diventerà lo strumento metodologico e operativo corrente, da attivare in tutti i casi che richiedono il ricorso a servizi integrati.

A partire dal 1° gennaio 2019 la valutazione multidimensionale da parte dell'UVM distrettuale verrà estesa al settore afferente alla salute mentale.

A partire dal 1° gennaio 2020 la valutazione multidimensionale distrettuale verrà estesa al settore afferente alle dipendenze.

Con specifici atti regionali verranno definite le necessarie modalità attuative.

Composizione UVMD

Il DCA n. U00431/2012 ha definito la composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale che può variare in relazione al bisogno e comprende, oltre al medico di medicina generale (o il pediatra di libera scelta in caso di minori), l'infermiere, l'assistente sociale, il medico di distretto, integrata, a seconda delle specifiche necessità dell'utente, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

In conformità con quanto previsto dal percorso di integrazione sociosanitaria proposto dal modello regionale, occorre specificare che l'assistente sociale coinvolto nell'UVM è quello designato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale, questo al fine di poter procedere con un'effettiva integrazione tra il settore sociale e quello sanitario. I componenti dell'UVM sono nominati dal Direttore del distretto sanitario. L'assistente sociale del distretto sociosanitario presente in UVM viene nominato, previa designazione da parte del Responsabile dell'ufficio di piano. L'assistente sociale dovrà avere la potestà di rappresentare l'ente locale, con inquadramento contrattuale tale da consentire l'assunzione di responsabilità per l'eventuale autorizzazione alla spesa. La designazione dell'assistente sociale deve avvenire entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di richiesta del nominativo da parte della ASL. L'ente locale potrà fornire anche il necessario personale amministrativo di supporto.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie.

La responsabilità del suddetto processo deve, quindi, essere ricondotta all'Ufficio Sociosanitario Integrato, secondo l'organizzazione che ogni distretto si sarà data. Tale momento di responsabilità condivisa è utile per verificare (sulla base delle informazioni acquisite) anche la disponibilità di specifiche risorse da allocare nel budget di salute, allegato al progetto personale.

Periodicità degli incontri dell'UVM

L'UVM, di norma, si riunisce almeno una volta alla settimana e, comunque, con una periodicità che deve consentire in tempi congrui la conclusione degli adempimenti di competenza.

Il Piano di Assistenza Individuale

Il PAI (Piano di Assistenza Individuale) si configura come un'azione integrata di misure, sostegni, servizi, prestazioni e trasferimenti monetari in grado di supportare il progetto di vita della persona e la sua inclusione sociale.

Secondo la legge regionale n. 11/2016 (art. 53, comma 1), esso deve essere formulato dall'UVMD con la diretta partecipazione della persona o di chi la rappresenta, sulla base della valutazione multidimensionale della sua specifica situazione, in termini di condizioni di salute, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, obiettivi e aspirazioni, nonché della valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia.

Il PAI si configura quindi come lo strumento dell'effettiva presa in carico, intesa come identificazione certa delle responsabilità connesse alla realizzazione del progetto, al suo monitoraggio e adeguamento, alla valutazione dei risultati e degli impatti.

La costruzione del PAI è la prima azione multiprofessionale del servizio che prende in carico la persona fragile e va modificato nel tempo con il contributo di tutti gli operatori coinvolti.

Elemento strategico del PAI è la sua discussione e condivisione con i familiari che rappresenta la presa d'atto delle reali condizioni e dei bisogni dell'assistito, nonché mezzo di comprensione del lavoro dell'equipe, anche attraverso l'attivazione di un percorso di condivisione standardizzato ed inserito direttamente nel PAI.

L'elaborazione del PAI e il suo periodico aggiornamento assumono anche un valore formale, poiché sancisce la responsabilità del servizio e degli operatori che hanno preso in carico la persona. Il Piano di Assistenza Individuale rappresenta dunque una modalità operativa attraverso la quale si realizzano la valutazione multidimensionale e la continuità assistenziale per l'insieme degli utenti che necessitano di servizi integrati, restituendo una strategia assistenziale fondata sulla multiprofessionalità e sulla multidisciplinarietà.

Con l'uso del PAI si passa, dal punto di vista professionale, da un'organizzazione lavorativa che affida agli operatori la semplice esecuzione delle mansioni ad una in cui tutti coloro che operano all'interno dell'organizzazione vengono responsabilizzati in vista di determinati obiettivi, mentre dal punto di vista socio-psicologico il PAI è uno strumento che consente di focalizzare l'attenzione sulla persona assistita la quale, sentendosi maggiormente considerata, può mantenere l'autostima, difficile da conservare quando il grado di dipendenza da altre persone è elevato.

Gli elementi essenziali del Piano di Assistenza Individuale

Gli elementi essenziali del PAI sono:

- **Soggetti coinvolti:** il Piano viene sottoscritto dall'utente o suo familiare e dal Responsabile del PAI stesso.
- **Pianificazione degli interventi:** il Piano prevede la pianificazione degli interventi fino ad un massimo di un anno, rinnovabile non tacitamente. Nel Piano dovranno essere contenuti: la valutazione ed il livello di gravità; l'eventuale valutazione di adeguatezza ambientale; i risultati attesi standardizzati; le prestazioni sociosanitarie da erogare in rapporto al bisogno da condividersi con l'assistito o con i suoi familiari; i tempi di verifica del PAI e dei risultati attesi. Nello specifico, andranno individuate le prestazioni e gli interventi da effettuare presso il domicilio dell'assistito oppure presso le strutture diurne e residenziali, con riguardo al numero, tipologia e frequenza degli accessi a domicilio; la tipologia di operatore richiesto per ciascuna prestazione da erogare.
- **Responsabile del Piano:** il Responsabile del Piano ha i seguenti compiti: è il referente organizzativo della persona interessata e dei suoi familiari; sottoscrive il Piano per conto dell'Unità di Valutazione; redige il piano delle attività previste dal PAI e ne verifica l'attuazione e il raggiungimento dei risultati attesi; avvia e chiude il Piano di Assistenza Individuale e propone al Responsabile della Unità di Valutazione l'eventuale revisione e/o proroga del Piano stesso, con un'eventuale rivalutazione al momento della scadenza.
- **Monitoraggio:** l'effettiva attuazione e l'adeguatezza del Piano sono periodicamente verificati dal Responsabile del Piano di Assistenza Individuale nel corso del periodo di validità del Piano stesso.

Il PAI dunque si configura non solamente come strumento che permette di passare dai bisogni ai servizi attraverso un settaggio degli obiettivi, ma anche come strumento operativo che mette in campo le risorse e le competenze necessarie per monitorare i risultati ed eventualmente riorientare le specifiche della presa in carico.

Affinché il PAI possa svolgere al meglio entrambe le funzioni, è necessario un coinvolgimento effettivo e diretto anche delle famiglie e dei caregiver. La situazione familiare dell'utente rappresenta, infatti, un elemento di valutazione cruciale per la definizione del Piano di Assistenza Individuale, nella misura in cui essa sia in grado di fornire o meno sufficiente assistenza al familiare in situazione di disagio.

Appendice all'allegato A

Gli strumenti per la valutazione multidimensionale

La Regione Lazio ha adottato una serie di strumenti di valutazione multidimensionale che garantiscono omogeneità, appropriatezza ed equità dei criteri valutativi.

La scheda SVaMDi

La scheda SVaMDi (Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile) è lo strumento di valutazione multidimensionale per l'accesso delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale alle prestazioni in modalità residenziale, semiresidenziale e domiciliare, adottata dalla Regione con decreto del Commissario ad acta n. 306/2014.

La scheda è costruita sulla struttura e sull'organizzazione concettuale dell'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute dell'OMS) che, partendo dal presupposto che le abilità e le disabilità di un individuo sono determinate dall'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori di contesto, consente di indagare il rapporto tra la persona e l'ambiente. L'esame di tale rapporto consente di descrivere le disabilità e i funzionamenti in un profilo che rappresenta, di fatto, il profilo dell'interazione tra una persona in una determinata condizione di salute e il suo ambiente di vita. Tale descrizione supporta nella progettazione di appropriati percorsi di presa in carico.

Nella SVaMDi è proposta una selezione di categorie ritenute di maggior rilievo, desunte dalla versione Adulti della classificazione.

La Scheda è composta da sezioni che raccolgono informazioni circa la situazione sanitaria (valutazione sanitaria), funzionale (menomazione di strutture e funzioni corporee, nonché limitazioni delle attività e restrizioni della partecipazione connesse ai fattori ambientali ostacolanti o facilitanti) e sociale (situazione familiare, condizione abitativa ed economica).

La scheda RUG

La scheda di Valutazione RUG è una versione ridotta della scheda di valutazione multidimensionale conosciuta come Resident Assessment Instrument (RAI, o VAOR© nella versione Italiana) correntemente utilizzata negli USA per la valutazione e la programmazione dell'assistenza dei pazienti ospiti delle Nursing Home (sostanzialmente corrispondenti alle RSA italiane).

La scheda RUG deriva dal Minimum Data Set (MDS) che costituisce la base informativa per tutti i pazienti ospiti delle RSA. Il Sistema RUG è un sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali. La costruzione delle classi RUG avviene a partire da alcune informazioni, contenute nel MDS, che risultano maggiormente significative in una ottica di valutazione del carico assistenziale. La scheda RUG utilizza solamente una parte delle informazioni contenute nel MDS e l'attribuzione del paziente al gruppo RUG di appartenenza viene ottenuta compilando 109 item. Si tratta in pratica di un subset del MDS finalizzato ad ottenere le informazioni necessarie per l'identificazione dei gruppi RUG.

La Regione, con DGR n. 40/2008 ha adottato la scheda RUG quale strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti semiresidenziale e residenziale, prevedendo eventuali schede integrative che si rendessero necessarie per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche.

Con successivo decreto del Commissario ad acta n. U00361/2014 sono stati adottati ulteriori strumenti integrativi di valutazione appartenenti alla SUITE InterRai per l'accesso alle prestazioni ricomprese nell'area della non autosufficienza:

- InterRai Long Term Care Facility – LTCF per il regime residenziale e semiresidenziale, ad integrazione del sistema di valutazione RUG;
- InterRai Home Care – HC per l'assistenza domiciliare integrata – ADI;

- InterRai Contact Assessment – CA, integrato per la componente sociale - per il Punto Unico di Accesso (PUA);
- InterRai Palliative Care – PC, per le cure palliative.

Allegato B

Le prestazioni sociosanitarie nella Regione Lazio

Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche e dall'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 quali "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Si distinguono in:

- a) Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativo invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- b) Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- c) Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono prevalentemente alle aree: materno infantile, anziani, disabilità, patologie psichiatriche, dipendenze, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronic-degenerative.

Le prestazioni sociosanitarie sono rappresentati nello schema seguente:

Assistenza sociosanitaria	Rif. normativi
Cure domiciliari	Art. 22, DPCM 12.1.2017 DGR n. 223/2016 (BURL n. 39 del 17.05.2016) DGR n. 88/2017 (BURL n. 20 del 09.03.2017, suppl. n. 1) DCA n. U00256/2017 (BURL n. 58 del 20.07.2017) DCA n. U00283/2017 (BURL n. 59 del 25.07.2017) L.R. n. 20/2006 DGR n. 601/2007 (BURL n. 26 del 20.09.2007) L.R. n. 6/2012 DGR n. 504/2012 (BURL n. 67 del 27.11.2012)
Cure palliative domiciliari	Art. 23, DPCM 12 gennaio 2017 DCA U0084/2010 (BURL n. 45 del 7.12.2010, suppl. n. 206) DCA U00360/2016 (BURL n. 93 del 22.11.2016)
Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie	Art. 24, DPCM 12.1.2017 Legge n. 15/1976 Art.29 bis legge184/1983 come modificato dalla legge n.149/2001 L.R. n. 4/2014 Art. 10, L.R. n. 11/2016 DCA U00191/2015 (BURL n. 41 del 21.05.2015) DGR n. 614/2016 (BURL n. 87 del 2.11.2016, suppl. n. 1) DGR n. 223/2016 (BURL n. 39 del 17.05.2016) DGR n. 88/2017 (BURL n. 20 del 09.03.2017, suppl. n. 1) DCA n. U0029/2011 (BURL n. 18 del 14.05.2011, suppl. n. 97) DCA n. U00152/2014 (BURL n. 41 del 22.05.2014, suppl. n. 1) DGR n. 361/2007 (BURL n. 20 del 20.07.2007, suppl. n. 3) DGR n. 680/2008 (BURL n. 40 del 28.10.2008, suppl. n. 128) DGR n. 501/2009 (BURL n. 33 del 7.09.2009, suppl. n. 153) DGR n. 125/2015 (BURL n. 27 del 02.04.2015, suppl. n. 1) DGR n. 126/2015 (BURL n. 27 del 02.04.2015, suppl. n. 1) DGR n. 884/2017 (BURL n. 2 del 4.01.2018)

Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	Art. 25, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U00451/2014 (BURL n. 1 del 2.01.2015) DCA n. U00383/2015 (BURL n. 65 del 13.08.2015) DCA n. U00026/2015 (BURL n. 11 del 5.02.2015) DCA n. U00080/2016 (BURL n. 24 del 24.03.2016)
Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali	Art. 26, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U00448/2014 (BURL n. 5 del 15.01.2015) L.R. n. 49/1983 Regolamento regionale 9 novembre 2011 n. 10 (BURL n. 47 del 21.12.2011)
Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità	Art. 27, DPCM 12 gennaio 2017 DPR 4 ottobre 2013 L.R. n. 11/2016 DGR n. 223/2016 (BURL n. 39 del 17.05.2016) DGR n. 88/2017 (BURL n. 20 del 09.03.2017, suppl. n. 1) Art. 9, l. r. 17/2015 DGR n. 104/2017 (BURL n. 23 del 21.03.2017) DGR n. 454/2017 (BURL n. 64 del 10.08.2017)
Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche	Art. 28, DPCM 12 gennaio 2017 Art. 22, comma 2, lettera h, l. 328/2000 Art. 19, l. r. 11/2016 L.R. n. 5/2013 DGR n. 136/2014 (BURL n. 29 del 10.04.2014)
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario	Art. 29, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U0039/2012 (BURL n. 17 parte prima 7.05.2012)
Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti	Art. 30, DPCM 12 gennaio 2017 art. 6, L.R. n. 12/2016 DCA n. U0039/2012 (BURL n. 17 parte prima 7.05.2012) DGR n. 790/2016 (BURL n. 2 del 05.01.2017) DCA n. U00098/2016 (BURL n. 28 suppl. 1 del 7.04.2016) DCA n. U00187/2017 (BURL n. 48 suppl. n. 1 del 15.06.2017) DCA n. U00467/2017 (BURL n. 92 del 16.11.2017)
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita	Art. 31, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U0084/2010 (BURL n. 45 del 07.12.2010, suppl. n. 206) DCA n. U00360/2016 (BURL n. 93 del 22.11.2016) DCA n. U00087/2017 (BURL n. 22 del 16.03.2017, suppl. n. 1) DCA n. U00467/2017 (BURL n. 92 del 16.11.2017)
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	Art. 32, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U00424/2012 (BURL n. 4 del 10.01.2013)
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali	Art. 33, DPCM 12 gennaio 2017 art. 6, L.R. n. 12/2016 DCA n. U00287/2014 (BURL: n. 77 del 25.09.2014) DCA n. U00310/2014 (BURL n. 82 del 14.10.2014) DGR n. 395/2017 (BURL n. 58 del 20.07.2017, suppl. n. 2) DCA n. U00468/2017 (BURL n. 93 del 21.11.2017, suppl. n. 1)
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità	Art. 34, DPCM 12 gennaio 2017 DCA n. U0039/2012 (BURL n. 17 parte prima 07.05.2012) DCA n. U00159/2016 (BURL n. 41 del 24.05.2016) DCA n. 467/17 (BURL n. 92 del 16.11.2017) DGR n. 790/2016 (BURL n. 2 del 05.01.2017)
Assistenza sociosanitaria	Art. 35, DPCM 12 gennaio 2017

semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche	DPR 309 del 9 ottobre 1990
Persone con infezione da HIV/AIDS	Art. 57, DPCM 12 gennaio 2017 Legge n. 135/1990 L.R. n. 68/1988 DCA U00401/2016 (BURL n. 104 del 29.12.2016, suppl. n. 1)

Tra queste, le prestazioni sociosanitarie compartecipate sono quelle prestazioni per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni/utenti (DPCM 14.02.01 e DPCM 12.01.17).

Tipo di prestazione integrata	Livello di assistenza – DPCM 14 febbraio 2001, DPCM 12 gennaio 2017	% di costi a carico dell'utente/Comune	% di costi a carico del SSR
Assistenza domiciliare tutelare integrata	Art. 4, comma1, DPCM 14 febbraio 2001	50% Comuni (fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale)	50%
Cure domiciliari successive a dimissioni ospedaliere	Art. 22, comma 4, DPCM 12 gennaio 2017 Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale.	50 % dopo i primi 30 giorni	100% per i primi 30 giorni, poi 50%
Assistenza residenziale agli anziani e persone non autosufficienti	Art. 30, comma1, lettera b), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.	50%	50%
Assistenza semiresidenziale agli anziani e persone non autosufficienti	Art. 30, comma 3, DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento in ambiente protesico, ivi compresi interventi di sollievo, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria..	50%	50%
Assistenza residenziale a persone con problemi psichiatrici	Art. 33, comma 2, lettera c), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socioriabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa.	60%	40%
Assistenza residenziale disabili	Art. 34, comma 1, lettera c), punto 1), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socio-riabilitativi di	30 %	70%

	recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.		
Assistenza residenziale disabili	Art. 34, comma 1, lettera c), punto 2), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.	60%	40%
Assistenza semiresidenziale disabili	Art. 34, comma 3, lettera b), DPCM 12 gennaio 2017 Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali.	30 %	70%

Allegato C

Schema di convenzione per l'organizzazione e la gestione delle attività di integrazione sociosanitaria

tra

il Distretto Sociosanitario..... e l'Azienda Sanitaria Locale

L'anno ____ addì __ del mese di ____ alle ore ____ secondo le modalità e i termini stabiliti dalle vigenti disposizioni, [luogo], sono presenti i seguenti soggetti sottoscrittori:

_____ Ente Capofila del Distretto sociosanitario, rappresentato da _____, il quale interviene nel presente atto nella qualità di Sindaco (o suo delegato) del Distretto sociosanitario _____, a ciò delegato dalle amministrazioni Comunali di _____, facenti parte del Distretto sopraindicato,

l'Azienda Sanitaria Locale _____, rappresentata da _____, il quale interviene nel presente atto nella qualità di Direttore generale della ASL (o suo delegato),

PREMESSO CHE

- l'articolo 51, comma 3 della legge regionale n. 11/2016, tra le diverse misure per l'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria, prevede anche il ricorso necessario allo strumento della Convenzione tra il Distretto sociosanitario, così come individuato con deliberazione della Giunta regionale n. 660 del 17 ottobre 2017, e l'Azienda Sanitaria Locale per la definizione concordata delle modalità organizzative e gestionali relative allo svolgimento delle funzioni di integrazione sociosanitaria;
- con deliberazione della Giunta regionale n.660 del 17 ottobre 2017, in attuazione della legge regionale 11/2016 sono stati definiti gli ambiti territoriali ottimali per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie, come previste nei Piani di Zona in attuazione della legge 328/2000;
- l'oggetto specifico della Convenzione è stato approvato dallain datain coerenza con le previsioni programmatiche del Piano Sociale di Zona e con il Programma delle Attività Territoriali approvato dalla ASL..... ;
- la convenzione stipulata costituisce allegato al Piano sociale di Zona e al Programma delle Attività Territoriali per la parte relativa all'integrazione sociosanitaria dell'ambito die ne condiziona l'efficacia, costituendo uno dei presupposti per la positiva verifica di compatibilità con gli atti di programmazione regionale ;

TUTTO CIÒ PREMESSO

Art. 1 Oggetto

1. Il Distretto Sociosanitario -----, rappresentato dal Sindaco, e l'Azienda Sanitaria Locale - Distretto sanitario, rappresentata dal Direttore Generale, stipulano la presente Convenzione sociosanitaria, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 51, comma 3 della legge regionale n. 11/2016, allo scopo di disciplinare su

base comune l'esercizio coordinato delle funzioni amministrative e la gestione in forma associata dei servizi e delle attività di integrazione sociosanitaria.

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 dell'organo comune della Convenzione, di seguito denominato Comitato di Distretto (CdD);
- f) la programmazione locale integrata.

3. La Convenzione definisce gli impegni degli enti aderenti concernenti le modalità organizzative e gestionali di esercizio dell'integrazione socio-sanitaria, riferito alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria e sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria ai sensi dell'art.3 septies, comma 2 del D. Lgs. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n.421) e successive modificazioni e dell'articolo 3 del DPCM 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie), e comunque nei limiti definiti dalla programmazione regionale di settore.

4. Le parti si impegnano ad assicurare percorsi strutturati per la presa in carico, cura e accompagnamento che attengono prevalentemente alle aree:

- materno infantile (minori e famiglia);
- anziani;
- disabilità;
- salute mentale;
- dipendenze;
- patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale;
- inabilità o disabilità, conseguenti da patologie croniche degenerative.

5. I servizi, le attività e gli interventi sociosanitari oggetto della presente Convenzione sono individuate dall'articolo 51 della legge regionale n. 11/2016 e dalle successive deliberazioni attuative. Sono dettagliatamente descritti lo sviluppo delle attività organizzative ed operative, il personale, i costi relativi e il cronoprogramma di attivazione dell'esercizio integrato, nel Piano locale integrato socio sanitario di cui all'articolo 2, comma 6 della presente Convenzione.

6. Al fine di assicurare la continuità dei servizi e delle attività assistenziali, dal momento della stipula della convenzione i soggetti sottoscrittori assolvono agli obblighi contratti a questo scopo pertanto la stessa definisce e regola il subentro nelle funzioni e la successione nei rapporti degli enti aderenti.

Art. 2

Comitato di Distretto

1. L'organo comune per l'esercizio delle funzioni e dei servizi ai sensi della Convenzione è il Comitato di Distretto (di seguito CdD) con il compito specifico di coordinare l'organizzazione e lo svolgimento delle attività previste e di vigilare sulla loro attuazione.

Nello svolgimento delle attività di cui al presente comma, il Comitato di Distretto si rapporta in maniera continuativa con la Conferenza locale sociale e sanitaria di cui all'art. 54 della l.r. 11/2016, stabilendo con essa adeguate forme di collaborazione.

2. Il Comitato di Distretto è composto dai sindaci dell'Ambito distrettuale sociosanitario dal Direttore generale della ASL.

3. Il Comitato di Distretto è presieduto dal Sindaco Capofila del Distretto sociosanitario.

4. Il funzionamento del CdD in qualità di organo comune è disciplinato da apposito regolamento adottato dallo stesso CdD, con la previsione dell'obbligo di riunirsi periodicamente, con cadenza almeno semestrale.

5. (per tutti i distretti sociosanitari ad esclusione di Roma Capitale)

I componenti del CdD intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione, in analogia con le disposizioni così determinate:

- a. il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti degli enti locali che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente, garantendo che nessuno degli enti presenti possa avere una percentuale superiore al 50% delle quote assegnate. Qualora a un Comune spettasse una quota superiore al 33% (assegnata secondo il criterio della proporzione della popolazione residente), la quota eccedente sarà distribuita in maniera paritaria a ogni altro comune dell'ambito.
- b. il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.

5bis. (per Roma Capitale)

I componenti del CdD intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione, in analogia con le disposizioni così determinate:

- a. il 50 per cento del totale è assegnato a Roma Capitale.
- b. il 50 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria di riferimento.

6. (per tutti i distretti sociosanitari ad esclusione di Roma Capitale)

Il CdD assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentino almeno il 70% delle quote di partecipazione detenute da tutti i soggetti sottoscrittori della convenzione, per i seguenti atti:

- proposta di piano locale integrato socio sanitario elaborato secondo i criteri stabiliti all'allegato A della deliberazione attuativa dell'art. 51 della legge regionale n. 11/2016;
- bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio;
- proposta di regolamenti di accesso ai servizi;
- ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla convenzione.

6bis. (per Roma Capitale)

Il CdD assume le proprie deliberazioni con il voto all'unanimità delle quote di partecipazione detenute da tutti i soggetti sottoscrittori della convenzione, per i seguenti atti:

- proposta di piano locale integrato socio sanitario elaborato secondo i criteri stabiliti all'allegato A della deliberazione attuativa dell'art. 51 della legge regionale n. 11/2016;
- bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio;
- proposta di regolamenti di accesso ai servizi;
- ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla convenzione.

7. I partecipanti al CdD non hanno diritto a compensi, gettoni di presenza, o altre indennità comunque denominate, oltre a quelle derivanti dalle funzioni svolte nelle istituzioni di appartenenza

e a carico di queste ultime, salvo i rimborsi spese previsti dalla normativa degli enti locali. Per le cause di incompatibilità e di decadenza si fa riferimento alla normativa in vigore.

Art. 3 Funzioni di gestione

1. Le funzioni di raccordo operativo delle attività convenzionate per la gestione associata ed integrata è affidata all'Ufficio sociosanitario integrato istituito presso la ASL di riferimento, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività convenzionate.
2. L'Ufficio sociosanitario integrato è composto dal Direttore del distretto sanitario, che ne è anche il coordinatore, dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e da ulteriori professionalità che si rendessero necessarie per le funzioni amministrative e di monitoraggio dell'organo. L'ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile.
3. Gli enti sottoscrittori adottano le soluzioni organizzative finalizzate ad assicurare la piena funzionalità della gestione dell'Ufficio sociosanitario integrato, fornendo le dotazioni organiche e strumentali necessarie allo svolgimento delle attività amministrative, tecniche, organizzative e professionali richieste dalla Convenzione.
4. La struttura di cui al comma 1 svolge compiti di assistenza tecnico-amministrativa alla CdD, gestione delle attività di supporto ai compiti di programmazione, controllo e monitoraggio dei costi, gestione delle attività contabili e dei flussi informativi.
5. L'Ufficio sociosanitario integrato ha il compito di vigilare sulla corretta attuazione degli interventi previsti dalla convenzione stipulata tra l'Azienda Sanitaria Locale e i comuni associati nel relativo Distretto sociosanitario.
6. I membri dell'Ufficio sociosanitario integrato non percepiscono compensi per il loro ruolo.

Art. 4 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 meglio specificate nel Regolamento, da approvarsi da parte del CdD entro sei mesi dalla sottoscrizione della presente Convenzione.

Art. 5 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 nel Piano di cui all'articolo 2, comma 6.

Art. 6

Budget integrato di programmazione

1. In attuazione dell'articolo 51 della legge regionale 11/2016 e della presente Convenzione, gli enti sottoscrittori provvedono a definire il Budget integrato di programmazione, costituito dalle previsioni annuali e pluriennali delle risorse che gli enti aderenti assegnano alle materie oggetto della Convenzione stessa.

2. Le funzioni e i servizi attinenti le attività sociali a rilevanza sanitaria sono finanziati dalle amministrazioni comunali, secondo i criteri di cui al comma 3 del presente articolo, fermo il rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza. Le funzioni e i servizi attinenti alle attività sanitarie a rilevanza sociale sono finanziati dalla azienda sanitaria nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.

3. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sociali a rilevanza sanitaria la quota di risorse a carico di ciascun comune viene determinata annualmente, in base alla spesa storica e secondo le risorse previste dai singoli bilanci, nell'ambito e nei limiti dei piani di intervento espressamente concordati e sottoscritti con gli enti locali, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, tenendo conto delle dimensioni demografiche, dei bisogni espressi e degli effettivi consumi relativi ad ogni singola comunità territoriale.

4. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi sanitari a rilevanza sociale la quota di risorse a carico della azienda sanitaria viene determinata annualmente, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata e secondo quanto previsto dai competenti atti di programmazione.

5. In relazione ai servizi, alle attività e agli interventi ad elevata integrazione sociosanitaria la quota di risorse a carico di ciascun comune e della azienda sanitaria viene determinata annualmente, per quanto di rispettiva competenza, sulla base del fabbisogno e dei costi di gestione del complesso dei servizi e degli interventi disciplinato dalla presente Convenzione, come risultanti dal pre-consuntivo della precedente gestione associata e secondo quanto previsto dai competenti atti di programmazione,

5. Le risorse sono gestite dall'Ente responsabile, come individuato dal CdD, con la costituzione di un fondo unico di distretto, suddiviso in capitoli relativi alle materie di integrazione.

6. Il predetto fondo viene alimentato dalle risorse per le singole attività oggetto della presente convenzione, dalle somme trasferite dai Comuni, dal Distretto sociosanitario nonché dall'Azienda Sanitaria, secondo quanto previsto dai precedenti commi.

7. L'Ente responsabile trasmette al CdD con cadenza annuale un documento economico in cui sono identificati i costi e i ricavi connessi con la programmazione dei settori di competenza, distinti secondo le differenti strutture organizzative a cui sono assegnate tali risorse. Il bilancio di esercizio e il bilancio preventivo economico annuale dell'Ente responsabile mette in separata evidenza i servizi oggetto della presente convenzione. L'Ente responsabile predispone uno specifico documento contabile in cui sono riportati in maniera distinta i flussi finanziari di competenza comunale, quelli di competenza sanitaria e quelli afferenti al fondo regionale per la non autosufficienza.

8. Ai fini della ripartizione della gestione relativa alle amministrazioni comunali, secondo le rispettive quote di partecipazione, i corrispondenti risultati economico-finanziari di gestione sono definiti dalla contabilizzazione tra i flussi finanziari di competenza comunale e il risultato economico annuale prodotto dalle attività sociali a rilevanza sanitaria.

9. Entro il 30 ottobre di ogni anno e comunque non oltre la data di aggiornamento annuale degli strumenti di programmazione, il CdD approva il piano economico-finanziario della gestione associata per l'esercizio successivo corredato dal pre-consuntivo o rendiconto della precedente gestione associata e dalla relativa relazione illustrativa, da cui risultano le quote a carico del soggetto capofila dell'ambito, di ciascuna amministrazione comunale e la quota a carico dell'azienda sanitaria. Una volta approvato, e comunque entro e non oltre il 30 ottobre, il suddetto Piano economico finanziario annuale, è trasmesso alle amministrazioni comunali e all'azienda sanitaria per gli adempimenti connessi alla formazione dei relativi Bilanci di previsione.

10. I beni immobili e gli altri beni dei comuni e dell'azienda sanitaria, funzionali allo svolgimento delle attività previste dalla presente convenzione e le modalità con cui sono concessi al soggetto erogatore dei servizi sono individuati con apposito provvedimento, per la durata di vigenza della presente

11. Il CdD, attraverso le strutture tecniche previste dalla Convenzione, armonizza i documenti finanziari con quelli economici e compone il Budget previsionale annuale e pluriennale che costituisce vincolo per la programmazione dell'esercizio integrato.

12. Il CdD approva l'apposito regolamento relativo alle fasi, alla tempistica e ai contenuti del processo di programmazione, identificando i percorsi partecipati che garantiscono il coinvolgimento delle strutture tecniche e politiche degli enti aderenti e delle rappresentanze della società civile e del terzo settore.

13. Nella fase di prima applicazione del processo di integrazione socio sanitaria, comunque non oltre il 31 dicembre 2019, ai fini del consolidamento del sistema di cui alla presente convenzione, i soggetti sottoscrittori della presente procederanno attraverso un modello di gestione integrata delle risorse economiche, purché funzionali alla unitarietà del processo, da definirsi con apposito regolamento attuativo;

14. Tale regolamento dovrà garantire la copertura da parte dell'ambito distrettuale e dell'azienda sanitaria locale delle rispettive spese ed interventi previsti negli atti di programmazione ed attuazione delle politiche di integrazione.

Art. 7

Impegni degli enti firmatari

1. L'Ente responsabile dell'esercizio associato si avvale per le proprie funzioni delle strutture organizzative e del personale già operante nei rispettivi Enti di appartenenza.
4. Gli enti sottoscrittori si impegnano a trasmettere ogni informazione e dato richiesto dalla CdD, nel rispetto delle norme sulla riservatezza.
5. Gli atti dei singoli enti che interessano le materie oggetto della Convenzione, sono comunicate tempestivamente alla CdD 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 Lazio. Il collegio arbitrale si riunisce su iniziativa del componente nominato dalla Regione.

Allegato D

Scheda di prevalutazione del PUA

Azienda ASL _____ Distretto Sociosanitario _____

Minore

Adulto

Anziano

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO

Codice Fiscale _____

Codice sanitario _____

Cognome _____

Nome _____

Sesso _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____ Età _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Domicilio (se diverso da residenza) _____

Tel. _____ e-mail _____

Cittadinanza _____ Titolo di Studio _____

Condizione lavorativa _____ Stato civile _____

Invalidità _____

Accompagno _____%

Indennità di accompagnamento: _____

Medico di base: MMG Pediatra

Nominativo _____

Comunicazione dell'indirizzo presso il quale inviare la valutazione conclusiva laddove diverso dalla residenza _____

SITUAZIONE ABITATIVA E INFORMAZIONI SOCIO-AMBIENTALI

Proprietà

Affitto

Senzatetto

Barriere architettoniche SI

NO

Con chi vive abitualmente _____

Parentela convivente _____

Presenza badante SI

NO

Collaborazione dei conviventi SI

NO

PERSONA DI RIFERIMENTO DA CONTATTARE (Care Giver)

Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____ Indirizzo _____

Tel. _____

Tipo di richiesta espressa:

- Assistenza Domiciliare Struttura Residenziale
 Struttura Semi Residenziale Contributi Economici

Altro: _____

Richiedente:

- Interessato
 Familiare
 Medico curante (obbligatorio per bisogno sanitario)
 Assistente sociale
 Infermiere

Cognome _____ Nome _____ in qualità di _____
 Tel _____

Area prioritaria di riferimento:

- Famiglie Anziani Minori Disabili
 Indigenti Dipendenza Immigrati Disagio psichico
 Segretariato sociale Altro: _____

Utente che già fruisce di servizi

- Servizi Sociali: _____
 Servizi Sanitari: _____
 Altro: _____

OSSERVAZIONI: _____

VALUTAZIONE

- Bisogno Sociale Semplice
 Bisogno Sociale Complesso
 Bisogno Sanitario Prestazionale a ciclo programmato o ADP
 Bisogno Sanitario Complesso
 Bisogno SocioSanitario Complesso

PROPOSTA DI PERCORSO

- Sociale (semplice e complesso)
 Sociosanitario (complesso) con invio alla UVMD
 Sanitario (prestazionale e/o ADP)
 Sanitario (complesso) invio alla UVMD

Eventuale documentazione allegata:

- All. 1

- All. 2
- All. 3
- All.

DATA SCHEDA

RUOLO / FIRMA OPERATORE ENTE

Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003

Data

Firma dell'utente

Allegato E

Piano di integrazione sociosanitaria per i servizi per le adozioni

Nel Servizio per l'accompagnamento/sostegno al percorso adottivo è presente una forte componente di integrazione socio-sanitaria. Con il presente Piano, frutto del percorso formativo concluso a dicembre 2017¹ che ha visto coinvolti per 250 ore di formazione circa 300 operatori dei GIL. Adozioni territoriali e di Enti Autorizzati, si intende rivisitare il modello dei servizi per le adozioni nel Lazio. Il Piano intende mettere a sistema i vari livelli di intervento chiamati a accompagnare e sostenere gli attori della triade adottiva e le loro rispettive competenze in modo organico ed omogeneo per tutte le famiglie interessate all'adozione nel territorio della Regione Lazio.

Il Piano prevede l'articolazione in tre livelli di intervento:

- I. POLO REGIONALE ADOZIONI**
- II. GRUPPI INTEGRATI DI LAVORO ADOZIONI²**
- III. EQUIPES TERRITORIALI**

I. POLO REGIONALE ADOZIONI

Il Polo Regionale per le Adozioni è articolato a sua volta in tre livelli, di seguito rappresentati, con le loro rispettive funzioni:

I. COORDINAMENTO REGIONALE

Con compiti di:

- promuovere un'azione integrata tra i vari attori concorrenti al comune obiettivo di “fare buone adozioni”, facilitando l'incontro, lo scambio e la condivisione delle professionalità tra i *GILA*, gli Enti Autorizzati³il Tribunale per i Minorenni⁴, e le altre Istituzioni, anche attraverso la proposizione di appositi protocolli di collaborazione;
- indirizzare, programmare e monitorare le iniziative delle varie Aree di attività del Sistema regionale adozioni;
- coordinare le attività dei *GILA*;
- promuovere e valutare le sperimentazioni relative al percorso adottivo, con particolare riferimento alla ricerca delle origini;
- rappresentare le istanze raccolte dai *GILA* e/o dagli EE.AA. nel corso delle attività del sistema regionale in merito a proposte innovative (ad es. riguardo alle leggi, ai finanziamenti e al loro utilizzo);

¹ DGR552/2009 Corsi di formazione per il personale delle aziende sanitarie locali e dei comuni che opera nell'ambito dei gruppi di lavoro integrati per le adozioni (GIL Adozioni)”.
² Per convenzione denominati GILA
³ Per convenzione EEAA
⁴ Per convenzione TM

- mantenere un confronto permanente tra EE.AA. E *GILA* su quanto avviene sul territorio italiano ed estero.

Fanno parte del Coordinamento regionale per le Adozioni:

1. il Dirigente regionale dell'Area Politiche per l'inclusione;
2. il funzionario dell'Area Politiche per l'inclusione responsabile delle adozioni;
3. i coordinatori dei *GILA*;
4. i rappresentanti degli Enti Autorizzati firmatari del protocollo per le adozioni nazionali e internazionali e della Carta Etica⁵ in numero pari ai *GILA*;
5. il rappresentante dell'Ente autorizzato pubblico;
6. un rappresentante del Tribunale per i Minorenni di Roma;
7. un rappresentante del coordinamento delle Associazioni familiari.

La Segreteria tecnica è curata dal personale regionale.

GRUPPO OPERATIVO

Il Coordinamento regionale può individuare al proprio interno due Gruppi Operativi, composti dai coordinatori delle varie Aree di attività e da un rappresentante degli EE.AA., favorendo la rotazione periodica per la crescita professionale dei membri, con il compito di dare attuazione alle indicazioni del coordinamento. Costituiscono aree di attività proprie dei Gruppi Operativi:

Gruppo Operativo per le Attività informative e formative

Il Gruppo avrà la funzione di:

- realizzare le iniziative volte a migliorare lo scambio e la diffusione delle informazioni sulle adozioni nazionali e internazionali tra *GILA*, EE.AA., TM e Commissione per le Adozioni Internazionali⁶ e la scuola;
- realizzare iniziative per lo sviluppo culturale degli attori coinvolti del sistema delle adozioni (famiglie, associazioni, operatori, scuola ecc);
- realizzare programmi di formazione continua degli operatori dei *GILA* e degli Enti Autorizzati, in collaborazione con il T.M., la CAI, le associazioni di Famiglie adottive e l'Università;
- organizzare la supervisione e la intervizione degli operatori *GILA* e degli Enti Autorizzati;
- mettere a punto e diffondere buone pratiche operative;

⁵ *La Carta Etica è un documento che impegna gli enti autorizzati ad un codice di comportamento relativo ai temi della trasparenza delle procedure, dei costi e dei finanziamenti, della comunicazione e formazione e che sarà redatto e sottoscritto entro un anno dalla emanazione della presente deliberazione. Nelle more dell'approvazione e sottoscrizione della Carta Etica partecipano al coordinamento i sottoscrittori del Protocollo delle adozioni nazionali e internazionali.

⁶ Per convenzione CAI

- definire contenuti, modalità e strumenti per i GOA per l'erogazione comune su tutto il territorio regionale;
- definire modalità comuni di valutazione dell'efficacia dell'attività dei *GILA* del Lazio;
- attivare eventi formativi sulla piattaforma della comunità professionale (piattaforma didattica Ente formazione regionale) già utilizzata per il percorso formativo;
- gestire l'uso degli spazi della sede del Polo regionale adozioni per iniziative formative e informative di *GILA* e EE.AA.;
- mettere a disposizione uno spazio per l'accesso degli utenti per l'acquisizione di informazioni sull'adozione internazionale (gestito dagli EE.AA. e dalle Associazioni familiari);
- animare la piattaforma Lazioadozioni, già attiva, ed implementare la stessa stabilendo due livelli di accesso (area privata operatori, area pubblica utenti) ed aggiornando i dati presenti attraverso il raccordo con i *Gila*, gli EEAA, la CAI;
- istituire un Numero Verde dedicato alle coppie, per le informazioni e la prenotazione della partecipazione agli "Incontri Gruppo di Orientamento all'Adozione"⁷;
- pubblicare le informazioni sul calendario di attività degli EE.AA.

Gruppo Operativo Centro di documentazione

Il Gruppo avrà la funzione di:

- fornire supporto tecnico documentale per la redazione del nuovo Protocollo operativo per le adozioni nazionali e internazionali, comprensivo di procedure, metodologie e strumenti;
- raccogliere la letteratura nazionale ed internazionale sull'Adozione e, sulla base dei dati ottenuti attraverso la Banca Dati regionale, elaborare analisi che siano da stimolo e riflessione per orientare le politiche regionali sull'adozione;
- realizzare o coordinare studi e ricerche di monitoraggio e follow-up;
- redigere un report annuale e pubblicazioni sulla materia;
- raccogliere informazioni e dati statistici regionali anche attraverso il portale Lazio Adozioni;
- promuovere tra gli operatori il monitoraggio costante e confrontabile delle attività per la valutazione dell'impatto e la loro periodica riformulazione;
- costruire e aggiornare la banca dati sulle adozioni nazionali e internazionali nel Lazio, con particolare riguardo alle informazioni/dati sul post-adozione.

Ogni Gruppo Operativo è composto da:

- un coordinatore *GILA* in qualità di responsabile dell'Area;
- n.2 operatori *GILA* (psicologo/assistente sociale);
- n.2 operatori EE.AA. aderenti al Protocollo e alla Carta Etica degli EE.AA.;

⁷ Per convenzione GOA

- personale della Regione Lazio, in particolare per il Gruppo Operativo Centro di documentazione tale personale avrà la funzione di coordinatore della Banca Dati.

II. GILA

Nel territorio regionale sono individuati i GILA (Gruppi Integrati di Lavoro Adozioni) sulla base dei seguenti criteri:

1. Numero di adozioni annue
2. Numero di nuovi accessi per anno di aspiranti coppie adottive
3. Numeri di accessi ai Gruppo di Orientamento all'Adozione
4. Popolazione del territorio di riferimento
5. Dimensione e caratteristiche del territorio di riferimento
6. Nuclei familiari seguiti in attività di post-adozione

I GILA sono istituiti all'interno della Convenzione tra il Distretto sanitario con i Comuni afferenti all'Ambito territoriale che provvederanno anche alla designazione degli operatori sociali. Entrambi gli Enti (Azienda Sanitaria Locale e Comune) provvederanno, all'interno della suddetta Convenzione, alla designazione degli operatori coinvolti.

Ciascun *GILA* è organizzato funzionalmente con un coordinamento a livello interdistrettuale e équipe territoriali.

Il **Coordinamento *GILA*** ha la funzione di:

- coordinare le attività delle varie équipe territoriali;
- organizzare la supervisione ed il supporto metodologico alle équipe territoriali;
- gestire uno Sportello informativo per gli utenti (coppie, famiglie adottive, associazioni) con accesso al pubblico;
- organizzare i Gruppo di Orientamento all'Adozione e i gruppi post-adozione;
- gestire i rapporti con il Tribunale per i Minorenni;
- gestire l'archivio e la trasmissione dei dati;
- assicurare le funzioni amministrative.

Ogni GILA è composto da: psicologi e assistenti sociali di una o più équipe territoriali, con formazione regionale specifica, con incarico minimo di 18 ore settimanali per ciascun operatore e da personale di segreteria. All'interno del GILA viene individuato un coordinatore.

Ogni GILA si riunisce almeno una volta al mese. All'interno della Convenzione si definisce la sede che viene ad essere:

- sede organizzativa (archivio, elaborazione e trasmissione dei dati, monitoraggio);

- sede amministrativa (gestione del personale e delle attività formative);
- sede operativa (Gruppo di Orientamento all'Adozione, Gruppi post adozione),

III. LE ÉQUIPE TERRITORIALI

Ciascun GILA è articolato in équipe in funzione del territorio e dei carichi di lavoro.

L'équipe territoriale ha la funzione di:

- effettuare tutte le fasi procedurali inerenti la valutazione e la formazione delle coppie aspiranti l'Adozione Nazionale e Internazionale, per la stesura della relazione finale richiesta dal Tribunale per i Minorenni⁸;
- essere il punto di riferimento per gli utenti (coppie, famiglie adottive, associazioni) anche nel periodo post-adottivo;
- effettuare la presa in carico del nuovo nucleo familiare, dopo l'inserimento del minore/i nelle fasi dell'Affidamento Preadottivo e del Post Adozione, per la verifica dell'andamento richiesta dal Tribunale per i Minorenni o dagli Enti Autorizzati, con relazioni periodiche;
- garantire percorsi di sostegno e/o presa in carico dei nuclei familiari che presentano elementi di problematicità in merito alla genitorialità adottiva;
- realizzare il lavoro di rete con i Servizi territoriali, gli Enti, le Scuole ed altre istituzioni per un adeguato inserimento ed integrazione del minore/i nel nuovo contesto sociale di appartenenza.

L'équipe è composta da assistente sociale, psicologo, con incarico minimo di 18 ore settimanali ad operatore, già formato nel percorso della Regione Lazio ed eventuali altre figure professionali.

L'équipe ha sede presso: il Consultorio⁹.

⁸ D'ora in poi TM

⁹ Decr.U00152 del 12/05/2014 "Riordino dei Consultori e della Tariffa parto a domicilio