

Omissis

OE 8 - interventi/misure per facilitare inclusione e autonomia

- 1) Garantire su tutto il territorio regionale lo sviluppo di misure di sostegno al reddito accompagnate da servizi di inclusione sociale di tipo multidimensionale e globale;
- 2.2) Assicurare il servizio di trasporto per l'accesso a strutture socio-sanitarie e sanitarie per persone con disabilità.
- 3.3) garantire il servizio per l'autonomia e la comunicazione degli studenti disabili;

A livello di servizi l'integrazione socio-sanitaria dovrà mettere al centro la persona, con la revisione e l'ottimizzazione dello strumento che consente la gestione coordinata dei servizi integrati, ovvero il **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**, che dovrà essere progettato, gestito, monitorato, informatizzato e costantemente aggiornato a cura sia degli operatori sociali che sanitari, consentendo anche la partecipazione dell'utente e della sua famiglia. A tal fine il Distretto sanitario deve poter rendere disponibile tutta la relativa documentazione all'operatore del Servizio sociale professionale dell'Ambito distrettuale, prevedendo anche la gestione informatizzata e condivisa del documento, con acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche. Nei casi di non autosufficienza di minori e di adulti, il PAI deve configurarsi anche come Progetto di vita e non soltanto come mero strumento di erogazione dei servizi (cfr. art. 14 della L. 328/2000).

Le aree di **integrazione dei servizi sociali e sanitari** sono principalmente individuate nell'ambito dei **servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali**, nell'area della **non autosufficienza**, della **disabilità**, della **salute mentale adulta e dell'età evolutiva**, dell'**assistenza ai minori** e delle **dipendenze**, dell'**immigrazione** e dei **senza fissa dimora**.

I tre livelli di azione integrata individuati dal Piano sanitario nazionale 1998-2000, istituzionale, gestionale e professionale, rappresentano ancor oggi il giusto quadro di riferimento nel quale collocare le scelte necessarie per poter dare risposta concreta ai bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale (D.Lgs. 229/1999).

In Abruzzo, il percorso verso l'integrazione socio-sanitaria è segnato da risultati significativi e da nodi ancora da sciogliere. I punti di forza sono soprattutto afferenti ai livelli gestionali e professionali di integrazione. Si possono ricordare, senza pretesa di completezza, le numerose sperimentazioni attuate a livello territoriale attraverso progetti-obiettivo congiunti fra

Ambiti territoriali e Distretti sanitari, finalizzati spesso alla lettura dei bisogni complessi; la valorizzazione e diffusione del Punto unico di accesso, individuato come risorsa a disposizione dei cittadini e degli operatori sia sociali che sanitari; l'attenzione riservata alle cure domiciliari integrate, concretizzata con la D.G.R. n. 224/2007 e il conseguente modello di "cartella domiciliare integrata"; lo sviluppo dei Piani locali per la non-autosufficienza, predisposti grazie al raccordo gestionale e professionale tra sanità e sociale; gli effetti della L.R. 5/2008 in materia di sistema delle cure domiciliari. Gli aspetti critici da affrontare appartengono soprattutto al livello dell'integrazione istituzionale, del quale fanno parte le diverse scelte finalizzate a promuovere e facilitare le collaborazioni fra le istituzioni chiamate ad organizzarsi per conseguire obiettivi comuni di salute. Spesso i vuoti di integrazione si possono spiegare proprio con l'assenza o l'incompletezza delle indicazioni attuative per i livelli istituzionali, destinate a precisare le rispettive responsabilità e le funzioni da svolgere nella realizzazione e verifica delle azioni di integrazione socio-sanitaria, che questo Piano affronta introducendo strumenti quali la Conferenza locale integrata socio-sanitaria (CLISS) e la Convenzione socio-sanitaria.

Omissis