

ACCORDO DI PROGRAMMA

Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024

Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità

L'anno duemilaventiquattro addì 29 del mese di Febbraio fra gli Enti di seguito rappresentati:

L'Azienda sanitaria locale SULCIS IGLESIENTE rappresentata dal Direttore Generale Dott.ssa Giuliana Campus

Il Sindaco del Comune capofila del PLUS Carbonia, Pietro Morittu, Sindaco del Comune di Carbonia

Il Presidente del PLUS "Arcipelago del Sulcis", Ignazio Locci, Presidente dell'omonima Unione dei Comuni

Il Direttore del Distretto Sociosanitario di Carbonia, Dott. Aldo Atzori

Considerate la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;

Richiamati il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza';

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza o disabilità;

CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Art 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma, ai sensi della normativa richiamata in premessa intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, consenta di definire e attuare:

- il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
- progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

Art. 2 - Oggetto

Per l'ambito territoriale, comprendente i Distretti di Carbonia e delle Isole di San Pietro e Sant'Antioco, di seguito denominato ATS, il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS) relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021.

A tale scopo il PLUS "Arcipelago del Sulcis" delega al PLUS di Carbonia, la totale gestione amministrativa, contabile e organizzativa di quanto previsto nel presente accordo.

Art. 3 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o con disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), monitoraggio degli esiti di salute, come definite all'allegato A del presente Accordo.

Art. 4 - Cooperazione interprofessionale

In riferimento alle disposizioni dell'art.1 comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato A del presente accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ambiti territoriali sociali (ATS). L'equipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale territoriale (UVT) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

Art. 5 - Cooperazione organizzativa

In riferimento alle disposizioni dell'art.1 comma 163 della L. 243/2021 il percorso assistenziale integrato è garantito, all'interno dell'ATS, attraverso punti unici di accesso (PUA), che avranno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità (di seguito denominata CdC). Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, che assicurano la funzionalità delle UVT e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata, così come di seguito specificato e richiamato nell'Allegato B.

Costituiscono sedi del PUA il PASS/COT, la sede centrale del Distretto di Carbonia, le sedi ASL di Giba e del PLUS Isole, presso le quali opereranno gli assistenti sociali afferenti alla ASL in sinergia con gli assistenti sociali dell'ATS dislocati presso le sedi comunali individuate dai Comuni dei Distretti coinvolti presso le quali continueranno ad operare, anche successivamente all'avvio delle Case di Comunità, al fine di assicurare una distribuzione capillare del servizio nel territorio. Le parti si impegnano a definire la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto socio-sanitario.

Art. 6 - Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni dell'art.1 comma 160 della L. 243/2021, e come definito all'allegato C del presente accordo, i LEPS sono realizzati dagli ATS che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal PAI elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEPS e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatico, che a livello organizzativo e professionale, nel rispetto altresì delle disposizioni di cui al Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 e gli investimenti e le azioni finanziate dal PNRR.

TITOLO II – Organizzazione e strumenti

Art. 7 - Programmazione integrata

Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, 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. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema,

permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari. I comuni dell'ambito e l'azienda sanitaria locale provvedono alla programmazione ed alla realizzazione del sistema integrato ed all'attuazione locale dei livelli essenziali sociali e socio-sanitari attraverso il Piano locale unitario dei servizi (PLUS) secondo gli indirizzi indicati nel Piano regionale dei servizi alla persona integrato con il Piano dei servizi sanitari in conformità a quanto previsto dall'art. 21 della L.R 23/2005.

Art. 8 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

Art. 9 - Sistema unitario di accesso e PUA

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

Art. 10 - Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale territoriale (UVT)

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo.

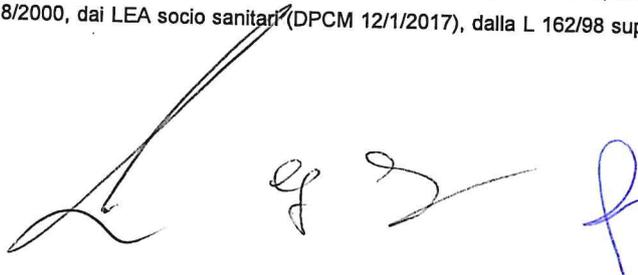
Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona rafforzando i servizi già operativi del PUA, delle UVT e del PASS ospedaliero con l'implementazione delle risorse sanitarie e con i finanziamenti regionali oggetto del presente Accordo per le figure sociali e amministrative, così come meglio evidenziato nell'Allegato B nella sezione "Dotazione del personale".

Art. 11 – Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)-

Il Progetto di assistenza individuale integrata costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'equipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'equipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

Art. 12 - Budget di salute e di comunità

Ai fini di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali, civili, sociali, alla salute riconoscendo il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti e delle loro reti relazionali, si rende necessario dare attuazione a quanto previsto dalla L 328/2000, dai LEA socio sanitari (DPCM 12/1/2017), dalla L 162/98 superando modelli socio-



sanitari di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo valutativo, i Progetti Personalizzati e Partecipati cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica, sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della Legge 17 luglio 2020, art. 1 comma 4 bis a valere sulle risorse sociali di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze e sulle risorse sanitarie destinate all'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 nel limite dei massimali regolamentati dalle singole Regioni, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previsti per i servizi diurni e residenziali. La riconversione di spesa pubblica la conseguente sostenibilità dell'articolazione individualizzata del piano progettuale consente il perseguimento di obiettivi di autonomia, abilitazione e inclusione.

Art. 13 - Ufficio sociosanitario integrato di ambito

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è l'**Ufficio sociosanitario integrato di ambito**, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo.

L'Ufficio sociosanitario integrato comprende il Direttore dei Servizi Sociosanitari della ASL, i Direttori dei Distretti coinvolti e/o un loro referente o delegato e i Responsabili degli Uffici di Piano dei Distretti coinvolti e, con specifica nomina, gli ulteriori responsabili gestionali che si rendessero necessari per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato.

L'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal Direttore dei Servizi Sociosanitari della ASL o, in sua mancanza o in sua assenza, dal Direttore del Distretto Sociosanitario di Carbonia.

L'Ufficio sociosanitario integrato rappresenta altresì lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività sanitarie distrettuali.

Per le funzioni di cui all'art. 8 del presente Accordo, l'Ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile.

Art. 14 - Gestione delle informazioni

Gli Enti firmatari Accordo si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale integrato. Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

Titolo III - Impegni degli Enti aderenti

Art. 15 – Impegni delle Amministrazioni Locali

Allo svolgimento del LEPS di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto socio-sanitario, secondo le rispettive competenze. Le Amministrazioni Locali provvedono alla piena funzionalità dell'Ambito territoriale sociale, di cui la Conferenza dei Sindaci costituisce l'organo di governance istituzionale, e pongono in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative degli enti aderenti con l'Equipe integrata di ambito, costituita dalle risorse messe a disposizione a questo scopo dall'Azienda sanitaria locale tramite il Distretto socio-sanitario e dalle strutture organizzative delle singole amministrazioni locali;
- La formazione multiprofessionale e multidimensionale degli operatori coinvolti nel processo di cui al presente accordo;
- L'implementazione dei sistemi informatici e delle tecnologie di telemedicina allo scopo di assicurare l'interoperabilità tra i sistemi e la condivisione dei dati necessari alla piena realizzazione delle azioni di presa in carico.

Le Amministrazioni Locali si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali con la costruzione del sistema territoriale sanitario, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Art.16 – Impegni dell'Azienda sanitaria locale

Allo svolgimento del LEPS di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto socio-sanitario, secondo le rispettive competenze. L'Azienda sanitaria locale provvede alla piena funzionalità del Distretto socio-sanitario e pone in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative interne all'Azienda sanitaria, o afferenti ai Dipartimenti, con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dalle Amministrazioni Locali tramite l'Ambito territoriale sociale;
- La formazione multiprofessionale e multidimensionale degli operatori coinvolti nel processo di cui al presente accordo;
- L'implementazione dei sistemi informatici e delle tecnologie di telemedicina allo scopo di assicurare l'interoperabilità tra i sistemi e la condivisione dei dati necessari alla piena realizzazione delle azioni di presa in carico.

L'Azienda sanitaria locale si impegna altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema territoriale sanitario con la costruzione del sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Art.17 – Organismo di condotta dell'Accordo

Il gruppo tecnico provvede primariamente alla definizione delle procedure, degli strumenti operativi, dei protocolli e delle modalità di gestione delle attività provvedendo altresì al monitoraggio dell'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti.

E' costituito da:

- 1) Direttore del Distretto Sociosanitario di Carbonia o un suo delegato
- 2) Direttore sociosanitario del Distretto delle Isole o un suo delegato
- 3) Responsabile dell'Ufficio di Piano del PLUS di Carbonia o un suo delegato
- 4) Responsabile dell'Ufficio di Piano del PLUS Arcipelago del Sulcis o un suo delegato
- 5) Assistente Sociale del Comune di Carbonia
- 6) Assistente Sociale del PLUS Arcipelago del Sulcis
- 7) Assistente Sociale del Comune di Giba
- 8) Assistente Sociale del Comune di San Giovanni Suergiu
- 9) Assistente Sociale del Distretto Sociosanitario ASL (Carbonia e/o Arcipelago del Sulcis)

La composizione su definita può essere modificata su richiesta formale da parte di uno degli Enti rappresentati e espressamente approvata dalla conferenza dei servizi dell'ambito PLUS Carbonia e Arcipelago del Sulcis.

Art. 18 Allegati

Il presente Accordo è completato da tre allegati che ne fanno parte integrante:

- A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
- B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
- C. Indicazioni per il coordinamento tra LEPS e LEA sanitari nelle domiciliarità

Il Direttore Generale della ASL

Il Sindaco del Comune Capofila

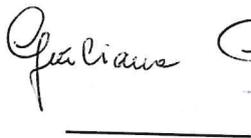
Il Presidente del PLUS

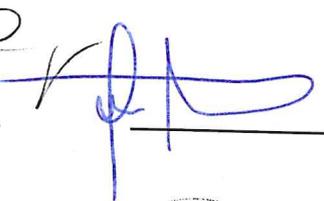
Il Direttore del Distretto

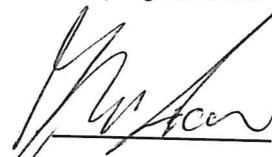
PLUS Carbonia

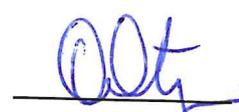
Arcipelago del Sulcis

Socio-sanitario Carbonia











ALLEGATO A – LE MACROFASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO

Percorso assistenziale integrato

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO		
MACROFASI	CONTENUTO	ATTIVITA'
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	- Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima valutazione	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare --> Bisogno semplice: - Invio strutture competenti --> Bisogno complesso: - Invio unità di valutazione multidimensionale
C. Valutazione multidimensionale	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Progetto assistenziale individualizzato integrato (Progetto condiviso di sostegno)	Progetto assistenziale e di sostegno condiviso	Definizione degli obiettivi di salute - Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E. Piano di monitoraggio e valutazione PAP	Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI	- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Punto Unico di accesso

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione. Si configura, pertanto, come 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.

Funzioni.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

a) La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.

b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVT o equipe integrata) formalmente riunita.

Unità di valutazione multidimensionale.

Funzioni.

a) Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare 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.

b) Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Progetto di Assistenza Individuale integrato- PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.

c) Individuare l'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.

d) Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La composizione minima delle Unità di valutazione territoriale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta. □
- Il medico di distretto. □
- L'infermiere di comunità. □
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

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 è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

Progetto di assistenziale individuale integrata.

Il progetto di assistenza individuale integrata (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale. Il progetto di assistenza individuale integrata, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVT distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale. La progettazione individuale condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

- 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) Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- d) Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
- e) Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- 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 e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'Ambito territoriale sociale.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, 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.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

Via Roma 253, 09123 Cagliari

san.dgpolso@pec.regione.sardegna.it - san.politichesociali@regione.sardegna.it

2/3



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE**

Dotazione del personale

Per garantire la funzionalità dell'equipe integrata lungo tutte le macrofasi del processo assistenziali integrato, le parti si impegnano ad assicurare il seguente apporto di risorse professionali, amministrative e contabili

Distretto Sanitario:

- n° 1 dirigente medico del Distretto
- n° 1 dirigente medico specialista in neurologia (12 h sett.li)
- n° 1 dirigente medico specialista in geriatra (12 h sett.li)
- n° 1 infermiere professionale (36 h sett.li)
- n° 1 assistente sociale (36 h sett.li)

Il personale suindicato opera nelle procedure PUA-UVT

Ambito Territoriale Sociale

- n° 4 assistenti sociali

Ufficio sociosanitario integrato.

L'ufficio sociosanitario integrato di ambito è coordinato dal Direttore dei Servizi socio-sanitari della ASL, coinvolge l'Ufficio di piano e tutte le altre responsabilità organizzative necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale unitario; cura altresì tutti i rapporti necessari con gli organismi distrettuali e aziendali, con gli organismi comunali e con tutti gli altri soggetti coinvolti nella costruzione del sistema dei servizi e delle risposte ai bisogni di salute complessi.

Funzioni:

- a) Rilevazione del fabbisogno sociosanitario per l'elaborazione della programmazione e del monitoraggio dei servizi sociosanitari, rispettivamente definiti all'interno del Piano locale unitario dei servizi (PLUS) secondo gli indirizzi indicati nel Piano regionale dei servizi alla persona integrato con il Piano dei servizi sanitari in conformità a quanto previsto dall'art. 21 della L.R 23/2005.
- b) Gestione e il monitoraggio delle risorse per la gestione integrata dei servizi sociosanitari.
- c) Responsabilità dei Servizi per l'accesso integrato (sociosanitario) – PUA.
- d) Attivazione di Equipe multidisciplinari per le situazioni sociosanitarie complesse o socio-educative sanitarie complesse.
- e) Supervisione dell'andamento dei processi assistenziali integrati di ambito.

ALLEGATO B – LE RICADUTE ORGANIZZATIVE PER L'ATTUAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Collocazione del PUA

I comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, si collocano nel distretto socio-sanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali. Presso le Casa della Comunità HUB, che si configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e 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.

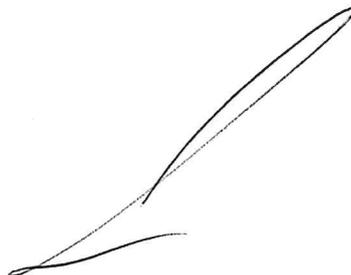
Nelle more della realizzazione degli interventi previsti dal PNRR e dal DM n. 77/2022, ad integrazione della struttura organizzativa garantita dal PLUS con le risorse assegnate all'Ente Gestore, le sedi del PUA saranno dislocate nei punti definiti dall'Ufficio Sociosanitario integrato d'Ambito di cui all'art. 13 dell'Accordo, al fine di garantire la prossimità del servizio al cittadino attraverso la creazione di una rete organizzativa capillare in grado di intercettare le richieste e di assicurare la tempestiva risposta al bisogno sociosanitario rilevato. Costituiscono sedi del PUA il PASS/COT, la sede centrale del Distretto di Carbonia, le sedi ASL di Giba e del PLUS Isole, presso le quali opereranno gli assistenti sociali afferenti alla ASL in sinergia con gli assistenti sociali dell'ATS dislocati presso le sedi comunali individuate dai Comuni dei Distretti coinvolti, presso le quali continueranno ad operare, anche successivamente all'avvio delle Case di Comunità, al fine di assicurare una distribuzione capillare del servizio nel territorio.

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.

Equipe integrate di ambito

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale territoriale (UVT) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA.









Allegato C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

	Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
CURE DOMICILIARI	Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione	DPCM 12/01/2017 art. 22 L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.
	L.234/21 art. 11 comma 162 assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;
	L.234/21 art. 11 comma 162 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di I ^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di II ^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;
		DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di III ^a livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

