

SCHEMA DI 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, disabilità fragilità sociale e sanitaria

Il Comune di Bologna, rappresentato dal Capo Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità, dott. Chris Tomesani, nato a Bologna il giorno 8/05/1971;

L'Azienda Usl di Bologna, rappresentata dal Direttore di Distretto di Committenza e Garanzia della Città di Bologna, dott., nato a il

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;
- Il DPCM 3 ottobre 2022 Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024;
- Missione 5 "Inclusione e Coesione" e Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)
- La D.G.R. 905 del 5/6/2023 Programmazione regionale per il triennio 2022-2024 del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze;
- La DGR 2161 del 12/12/2023 Linee guida per la progettazione e implementazione dei punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli Accordi di programma in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità;
- La Convenzione tra il Comune di Bologna e l'Azienda USL di Bologna per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano e per la gestione del Fondo per la Non Autosufficienza, approvata con Delibera di Giunta comunale PG n 60964/2024 e approvata con Determinazione Ausl di Bologna n° 0000349 del 2/02/2024.

premesso che

- Il distretto sociosanitario, oltre ad essere l'articolazione territoriale dell'Azienda USL, è definita dalla normativa come l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.
- All'interno di questo quadro, l'integrazione socio-sanitaria nel distretto viene garantita attraverso un modello organizzativo definito nella già richiamata Convenzione tra il Comune di Bologna e l'Azienda USL di Bologna per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano e per la gestione del Fondo per la Non Autosufficienza, secondo il modello approvato dalla CTSSM di Bologna.
- Attraverso questi strumenti si intende assicurare ai cittadini un percorso assistenziale integrato a livello distrettuale.
- Il modello regionale emiliano-romagnolo di integrazione sociosanitaria disciplina le modalità organizzative, professionali, gestionali per garantire la piena cooperazione tra le strutture organizzative delle Aziende USL e dei Comuni/ Unioni dei Comuni e loro emanazioni (ASP, ASC, Istituzioni, ecc.) nell'ambito del distretto, evidenziate all'interno della programmazione

integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello distrettuale, secondo quanto previsto dai Piani di Zona, in linea con le disposizioni del Piano Sociale e Sanitario Regionale vigente.

- Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024 prevede che l'implementazione dei Piani Regionali per la Non Autosufficienza sia sostenuta anche dalla sottoscrizione di uno specifico "accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità" (Accordo di programma) a livello distrettuale.
- L'accordo di programma allegato al PNNA fornisce uno schema tipo da adattare alle singole realtà territoriali e ha l'obiettivo di uniformare la gestione degli accordi sul territorio nazionale. Ciascuna regione può adattare lo schema ai propri strumenti regionali e ai provvedimenti che disciplinano conformemente la materia oggetto dell'accordo di programma.
- I contenuti di seguito riportati, sono pertanto frutto di un lavoro di adattamento dello schema nazionale alle indicazioni normative della Regione Emilia-Romagna. Tale schema potrà essere integrato o modificato in base a successive e diverse indicazioni che dovessero pervenire dal competente Servizio regionale.
- In particolare, nel modello di integrazione sociosanitaria emiliano-romagnolo sopra descritto, le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, sociosanitari e sociali integrati di livello distrettuale, sono esercitate dal Comitato di Distretto.
- Le attività di coordinamento sono svolte congiuntamente da Azienda USL ed Enti Locali, nella deputata sede dell'Ufficio di Piano distrettuale.

Allo scopo di rafforzare ulteriormente la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, a beneficio delle persone con non autosufficienza, disabilità o fragilità sociale e sanitaria,

CONVENGONO

Art. 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma, ai sensi della normativa richiamata in premessa e con riferimento al modello regionale per l'integrazione socio-sanitaria, rafforza i livelli di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale, ritenuti necessari per l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), nell'ambito del percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti, con disabilità o fragilità sociale e sanitaria, le quali necessitano unitamente di interventi sanitari e di azioni di supporto e protezione sociale, secondo le disposizioni del comma 163 della Legge 234/2021.

Art. 2 – Oggetto

I livelli di cooperazione di cui all'art. 1 vengono realizzati attraverso i contenuti della richiamata Convenzione tra il Comune di Bologna e l'Azienda USL di Bologna per il governo congiunto delle politiche e degli interventi sociosanitari, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano e per la gestione del Fondo per la Non Autosufficienza, che garantiscono, disciplinano e organizzano:

- il percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti e con disabilità o fragilità sociale e sanitaria;
- la cooperazione interprofessionale, che si realizza tramite la funzionalità delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dedicate ai diversi target di utenza;

- il sistema informativo gestionale condiviso, adottato dalla CTSSM per l'area sociale e sociosanitaria a garanzia della omogeneità operativa e a supporto del sistema di governance.

La cooperazione organizzativa è garantita all'interno dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS), attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), con sede operativa presso le Case della Comunità, dalla rete degli Sportelli sociali territoriali esistente, dall'integrazione dei sistemi informativi e gestionali, dai coordinamenti tecnici e multiprofessionali, con le risorse messe a disposizione dal FNA relativo all'assunzione di 2 assistenti sociali a tempo pieno e indeterminato nelle case della comunità, e grazie alle complessive risorse e cooperazione organizzativa esistente nella rete dei servizi sociali e sociosanitari esistente.

Art. 3 - Percorso assistenziale integrato

Il percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti, con disabilità o fragilità sociale e sanitaria è costituito dalle seguenti macrofasi:

- accesso
- prima valutazione
- valutazione multidimensionale
- elaborazione del piano assistenziale individualizzato
- monitoraggio degli esiti di salute

come definite all'allegato 1 del presente Accordo (già Allegato A del DPCM 3 ottobre 2022 PNNA 2022/2024).

Gli ambiti distrettuali si impegnano ad adottare le misure necessarie per l'adeguamento del sistema sociosanitario integrato territoriale rispetto alle nuove previsioni del Piano Nazionale e Regionale Non Autosufficienza, tramite la realizzazione di un sistema unitario di accesso e l'implementazione dei PUA, secondo le direttive vigenti.

Nel sistema regionale l'equipe integrata di ambito, prevista dall'art. 10 dell'Accordo di programma allegato al PNNA 2022-2024, è ricondotta ai già esistenti livelli organizzativi e, nel caso specifico dell'area metropolitana, viene definita dal successivo art.7.

Art. 4 - Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, e come definito dall'allegato 2 del presente accordo (già Allegato C del DPCM 3 ottobre 2022 PNNA 2022/2024), i LEPS sono realizzati dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) tramite l'erogazione di interventi, servizi o attività, definiti dal Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato dall'UVM nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'integrazione tra interventi, servizi o attività dei LEPS e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari, quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute degli utenti. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sociosanitario pongono in essere le attività di collaborazione necessarie, a livello programmatico, organizzativo e professionale.

Art. 5- Programmazione integrata

L'approccio integrato nell'analisi dei bisogni, nell'adozione degli strumenti di governo del sistema e nelle scelte delle priorità d'intervento, permette di rispondere in maniera adeguata

alla complessità dei bisogni e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale e del Programma Attuativo Annuale. Questo modello di programmazione integrata distrettuale risponde coerentemente all'obiettivo di programmazione congiunta previsto dal PNNA 2022-2024.

Art. 6– Punto Unico di Accesso (PUA)

Nel contesto istituzionale e organizzativo dell'ambito territoriale sociale (ATS) della Città di Bologna, il Punto Unico di Accesso (PUA), collocato nelle Case della Comunità, rappresenta un dispositivo organizzativo finalizzato ad accogliere, informare, orientare, valutare e prendere in carico l'utenza dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali operando in maniera qualificata, in stretto contatto con i Punti di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP)/Centrali Operative Territoriali (COT) e il Servizio Sociale Territoriale (SST), con la funzione di garantire un accesso semplificato, tempestivo e integrato alla domanda di servizi.

Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

Il PUA deve pertanto essere inteso non solo come luogo fisico ma anche come modalità organizzativa che prevede un approccio multiprofessionale e orientato all'ascolto delle esigenze del cittadino, nonché come interfaccia con la rete dei servizi già presenti sul territorio.

Nel 2024 saranno attivati i Punti Unici di Accesso nelle 4 Case della Comunità di Bologna Città. Le risorse infermieristiche saranno messe a disposizione dal DATER. L'Ente Locale provvederà ad assumere 2 assistenti sociali a tempo pieno e indeterminato, finanziate con quote vincolate dal Fondo Nazionale della Non Autosufficienza (FNA) 2022-2023-2024 (DGR 905/2023), come riportato anche dalla DGR n. 2161/2023, che opereranno nelle Case della Comunità in integrazione con gli infermieri e altri professionisti dell'AUSL. Il coordinamento dell'equipe integrata del PUA sarà in capo all'AUSL di Bologna.

Si rimanda ad unsuccessful protocollo operativo specifico in fase di formulazione:

- l'assetto organizzativo di dettaglio e modalità di funzionamento specifica dell'equipe integrata del PUA;
- la definizione di criteri e strumenti di valutazione e/o priorità che garantiscano una modalità di valutazione omogenea a livello metropolitano;
- la definizione delle tipologie di percorsi e prestazioni integrate che siano attivabili direttamente o in collaborazione con PCAP/COT.
- le giornate e orari di apertura settimanale al pubblico per ciascuna Casa della Comunità, nella funzionalità ed efficacia del più complessivo sistema unitario integrato della rete dei servizi sociali sociosanitari e sanitari.

Art. 7- Ufficio Sociosanitario Integrato ed Equipe integrata di ambito

Le funzioni dell'Ufficio Sociosanitario Integrato ed Equipe integrata di ambito, come rispettivamente previste dall'art. 13 e dall'art.10 dell'Accordo di programma allegato al PNNA 2022-2024, sono garantite dal Tavolo di coordinamento, integrazione e raccordo di Comune e Distretto Ausl nell'ambito dell'Ufficio di Piano distrettuale, definito all'art.4 della Convenzione già citata in premessa sulla base del modello validato dalla CTSS metropolitana di Bologna.

Il Tavolo di coordinamento, integrazione e raccordo dell'Ufficio di Piano è un tavolo permanente

a supporto delle funzioni di programmazione (pluriennale e annuale), svolge funzioni di istruttoria, monitoraggio impulso, verifica e coordinamento ed è composto da:

- il Capo Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna
- il Direttore del Servizio Sociale Territoriale del Comune di Bologna;
- il Direttore Settore Salute, Benessere e Autonomia della persona;
- Il Responsabile U.I Programmazione, Amministrazione, Controllo – Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna;
- il Responsabile dell'U.I Ufficio di Piano del Comune di Bologna;
- il Capo Area Direzione Quartieri del Comune di Bologna
- il Capo Area Programmazione e Statistica del Comune di Bologna o suo delegato
- il Capo Area Educazione, Istruzione e Nuove Generazioni del Comune di Bologna
- il Direttore di Distretto di Committenza e Garanzia della Città di Bologna - AUSL di Bologna
- il Dirigente Unità delle attività socio-sanitarie distrettuali (UASS) del Distretto Città di Bologna - AUSL di Bologna
- il Responsabile amministrativo del Distretto Città di Bologna - AUSL di Bologna

Il Tavolo di coordinamento, integrazione e raccordo dell'Ufficio di Piano citato si riunisce indicativamente con cadenzamensile o in base alle necessità.

Il Tavolo di Coordinamento presidia il corretto funzionamento del PUA e dei percorsi di valutazione multidimensionale in capo alle UVM, le quali definiscono il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno, nel rispetto di quanto indicato dall'allegato B del PNNA 2022-2024.

Lo stesso tavolo di coordinamento si avvale di strumenti/gruppi operativi (interprofessionali ed interistituzionali) stabili e strutturati che assicurano i processi amministrativi, tecnici e contabili per raggiungere la piena integrazione socio sanitaria.

Art. 8 - Budget di salute e di comunità

Al fine di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali civili, sociali e di salute, oltre che di riconoscere il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità, fragilità sociale e sanitaria 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. 162/1998 superando modelli di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo di valutazione, i progetti cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della L. 77/2020, art.1 comma 4 bis.

Art. 9 - Gestione delle informazioni

Gli Enti firmatari dell'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 - al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità - gli Enti Firmatari favoriscono e sviluppano l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati, ai sensi della Convenzione per il "Supporto informatico unico metropolitano dei servizi sociali e socio-sanitari", sottoscritta da Città metropolitana di Bologna, Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola e Comuni/Unioni

in rappresentanza di ciascun territorio/ATS.

Art. 10 – Impegni delle parti

Gli enti sottoscrittori del seguente Accordo garantiscono in modo coordinato e nella piena reciprocità l'attuazione del LEPS di processo secondo le rispettive competenze. Le parti 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 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 delle singole amministrazioni con l'Equipe integrata di ambito le cui azioni sono assicurate dal Tavolo di coordinamento, integrazione e raccordo di Comune e Distretto Ausl nell'ambito dell'Ufficio di Piano distrettuale di cui all'articolo 7.

Le parti si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione dei servizi attraverso il consolidamento del sistema territoriale sociale, socio sanitario e sanitario, con particolare riferimento alle Case di Comunità, ai Punti di Coordinamento Assistenza Primaria /alle Centrali Operative Territoriali e al Punto Unico di Accesso.

Il Comune di Bologna provvederà all'assunzione di n. 2 assistenti sociali a tempo indeterminato e a tempo pieno.

L'Ausl di Bologna, destinataria delle risorse previste dalle quote del FNA 2022-2023-2024 (DGR 905/2023), e vincolate all'assunzione di 2 assistenti sociali a tempo indeterminato e tempo pieno, al fine di potenziare le equipe operanti presso i PUA, si impegna a trasferire al Comune di Bologna le suddette quote del FNA 2022-2023-2024 (DGR 905/2023), entro il limite massimo previsto di copertura finanziaria: € 144.141,00 (per l'annualità 2024), € 88.421,00 (per l'annualità 2025), € 88.421,00 (per l'annualità 2026), e per eventuali annualità successive.

Il trasferimento di risorse al Comune di Bologna avverrà con tranches annuali, a seguito di rendicontazione dei costi effettivamente sostenuti, dietro presentazione di nota di addebito o altro documento contabile da parte del Comune.

Le eventuali missioni per motivi di servizio dovranno essere sempre precedentemente autorizzate dal Comune di Bologna secondo le procedure in uso per i dipendenti comunali. Il Comune di Bologna procederà al rimborso al dipendente delle spese eventualmente sostenute e ne inserirà il relativo costo nella richiesta di rimborso annuale inviata all'AUSL di Bologna.

Il Comune di Bologna si impegna a produrre tutta la documentazione necessaria ai fini rendicontativi secondo le modalità e tempistiche richieste, tenuto conto anche di quanto sarà previsto dalla normativa regionale e nazionale.

Art. 11 - Organismo di condotta dell'Accordo

Il Comitato di Distretto provvede a monitorare l'andamento del presente accordo informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei suoi componenti dei risultati raggiunti.

Art. 12- Durata

La vigenza del presente accordo decorre dalla data di sottoscrizione e fino al 31.12.2026, fatte salve successive intervenute modificazioni o integrazioni adottate dai competenti livelli nazionale o regionale.

Qualora alla scadenza del periodo di validità non siano intervenute sostanziali modifiche, e qualora siano state garantite le risorse necessarie, le parti potranno rinnovare il presente accordo per un periodo di vigenza di uguale durata.

Art. 13 - Allegati

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

1. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato (Allegato A PNNA 2022/2024);
2. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità (Allegato C PNNA 2022/2024).
3. Il punto unico di accesso (PUA) nell'area metropolitana di BOLOGNA (documento approvato dalla CTSSM nella seduta del 20.07.2023).

Per il Comune di Bologna

*Il Capo Dipartimento Welfare e
Promozione del Benessere di comunità*

Dott. Chris Tomesani

Per l'Azienda Usl di Bologna

*Il Direttore di Distretto di Committenza
e Garanzia della Città di Bologna*

Dott.

Allegato 1. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	Contenuto	Attività
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare <p>--> Bisogno semplice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invio strutture competenti <p>--> Bisogno complesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invio unità di valutazione multidimensionale
C. Valutazione Multidimensionale	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	<ul style="list-style-type: none"> - 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. Monitoraggio e Valutazione PAI	<ul style="list-style-type: none"> - Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 sociale.

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:

- 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 preavalutazione 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: preavalutazione, 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 preavalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale (di afferenza Enti locali o Azienda sanitaria, a seconda degli accordi/assetti organizzativi locali), e altre eventuali professionalità sociali e/o sanitarie, tramite l'ATS e/o il Distretto Socio Sanitario.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- 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:

- 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/UVMDD o equipe integrata) formalmente riunita.

Unità di valutazione multidimensionale – UVM dedicate distrettuali

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 (Piano di Assistenza Individuale - 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 multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico specialista competente.
- L'infermiere professionale dell'Azienda sanitaria.
- 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.

Piano Assistenziale Individuale.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM 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.

Allegato 2. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

	Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
CU RE DO MI CILI ARI	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. 1 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. 1 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^ 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^ 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

		<p>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.</p>
--	--	---

Allegato 3.IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) NELL'AREA METROPOLITANA DI BOLOGNA

documento approvato dalla CTSSM nella seduta del 20.07.2023

Premessa

Il dibattito sui PUA in Italia risale agli anni Novanta e ha trovato nel tempo diverse declinazioni a livello regionale, sia per quanto riguarda l'ambito di applicazione, sia relativamente alle funzioni e al modello organizzativo adottati.

In Emilia-Romagna, l'esperienza più compiuta di PUA riguarda gli Sportelli Sociali, istituiti con la L.R.2/2003 e organizzati in coerenza con la D.G.R. 1012/2014 (Linee guida per il riordino del servizio sociale territoriale).

Nell'esperienza dell'area metropolitana bolognese, l'“accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete”, si è concretizzato nella realizzazione di sportelli che costituiscono la porta di accesso sia al sistema dei servizi sociali che a quello delle prestazioni socio-sanitarie.

Si può pertanto dare per soddisfatta, nella sostanza, la previsione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali dell'agosto del 2021 che così recita: “il PUA è l'evoluzione dell'organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale) già organizzati in ciascun ambito territoriale consentendo, in tal modo, l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie”.

Nella normativa di ambito sanitario, si comincia a parlare di PUA nel DM Salute del 10/07/2007 come funzione da realizzare nelle Case della Salute, fino ad arrivare a un rilancio di tale dispositivo con la Legge di bilancio del 2022 (L. 234/2021), il DM 77/2022. Con il DPCM 3 ottobre 2022 - Piano Nazionale Non Autosufficienze 2022-2024 e il suo recepimento in sede regionale con la DGR 905/2023- il PUA viene connotato come dispositivo socio-sanitario integrato.

Queste norme non sono tuttavia pienamente coerenti tra di loro nella declinazione delle caratteristiche organizzative dei PUA. Vi sono però alcuni punti essenziali su cui convergono:

1. I Punti Unici di Accesso (PUA) hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate “Case della Comunità” e prevedono un accesso diretto del cittadino
2. I PUA sono realizzati e gestiti insieme dalle Aziende sanitarie e dagli Ambiti territoriali sociali;
3. Presso i PUA operano equipe integrate che si occupano della valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, assistenziale, funzionale e sociale delle persone.

Vi è invece contraddizione tra le diverse fonti normative relativamente all'ambito di competenza: la Legge 234/2021 li prevede solo per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, in altri casi si fa riferimento solo all'ambito sanitario (DM 77/2022), in altri ancora si citano tutti gli ambiti di intervento: sociale, sanitario e socio-sanitario (DGR 905/2023).

Dal punto di vista delle funzioni che il PUA svolge, il nuovo impianto di riferimento sembra introdurre una fondamentale novità rispetto alle norme del passato: la previsione di una maggiore integrazione con le funzioni di valutazione multidimensionale e con la presa in carico integrata.

Il PUA deve essere inteso non solo come luogo fisico ma anche come modalità organizzativa che prevede un approccio multiprofessionale e orientato all'ascolto delle esigenze del cittadino, nonché come interfaccia con la rete dei servizi già presenti sul territorio.

Nel PUA presso le Case della Comunità si concretizza la collaborazione tra i Servizi sociali e i Servizi sanitari con l'obiettivo di effettuare una lettura adeguata e globale della domanda portata dal cittadino e dai suoi caregiver per individuare i bisogni e gli appropriati percorsi di risposta e presa in carico.

Oggetto della progettazione: costituzione del PUA presso le Case della Comunità nell'ambito di un complessivo ed unitario sistema di accesso

Sulla base dell'analisi normativa condotta e tenendo conto dell'esperienza maturata del nostro territorio relativamente agli Sportelli Sociali e ai percorsi di accesso ai servizi sanitari, si concentra l'attività di progettazione su quanto ancora manca nel sistema. Ciò dovrà conseguentemente essere immaginato e realizzato in modo coerente e integrato con i punti dell'organizzazione che invece hanno già esitato in dispositivi funzionanti e consolidati.

Nel nostro contesto istituzionale e organizzativo, il Punto Unico di Accesso (PUA) nelle Case della Comunità rappresenta un ulteriore dispositivo organizzativo per accogliere, informare, orientare e valutare l'utenza sui servizi sanitari, socio-sanitari e sociali operando in maniera qualificata, in stretto contatto con i Punti di Coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP)/Centrali Operative Territoriali (COT) e il Servizio Sociale Territoriale (SST), con la funzione di garantire un accesso semplificato, tempestivo e integrato alla domanda di servizi. Per tale ragione, in alcuni contesti territoriali, in relazione all'organizzazione locale dei servizi socio-sanitari, il PUA nelle Case della Comunità potrà avere anche funzioni di attivazione diretta di servizi della rete socio-sanitaria, operando formalmente come una UVM "semplificata" su "percorsi fast" per le situazioni urgenti e/o prioritarie legate alla condizione di non autosufficienza e/o disabilità o fragilità sociale e sanitaria dell'utente.

La progettazione del PUA nelle Case della Comunità

1. Target di utenza

Il PUA nella funzione di informazione e orientamento sui servizi della rete (in particolare modo per quelli sanitari e socio-sanitari) si rivolge alle singole persone e alle famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio del Distretto che esprimono una problematica che può necessitare di un intervento di tipo sociale, socio-sanitario o sanitario.

Il PUA nella sua funzione di "valutazione fast" e presa in carico integrata si rivolge prevalentemente agli anziani in situazione di non autosufficienza.

2. Modalità di accesso

L'accesso al PUA nelle Case della Comunità è diretto da parte dei cittadini e/o avviene su invio di un professionista della rete dei Servizi sociali e sanitari.

3. Mission: funzioni assegnate

- a. Accoglienza e ascolto delle problematiche rappresentate;
- b. Informazione e orientamento sui servizi sanitari, socio-sanitari e sulle modalità di loro attivazione;
- c. Informazioni su risorse e progetti di Comunità (volontariato, associazionismo, etc);
- d. Valutazione del caso;
- e. Tempestiva presa in carico per le situazioni più urgenti e/o prioritarie con attivazione di servizi socio-sanitari e sanitari appropriati, con eventuale segnalazione dei casi ad elevata complessità sanitaria a PCAP/COT.

4. Governance del modello

I PUA per la valutazione socio-sanitaria integrata hanno sede all'interno delle Case della Comunità e sono costituiti da un'équipe integrata comprendente:

- a. un infermiere (AUSL);
- b. un assistente sociale (ATS).

Questa équipe ha come riferimento per la gestione di casi complessi anche una figura medica individuata sulla base dei modelli organizzativi aziendali.

In ogni Distretto sarà definito un progetto per i PUA delle Case della Comunità (Hub e Spoke) presenti sul territorio sulla base del modello organizzativo sopra riportato e a partire dall'analisi del contesto territoriale in cui si inserisce ciascuna CdC, definendo di conseguenza le più funzionali modalità di integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Come previsto dal DPCM del 03/10/2022 che recepisce il Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024, nell'ambito del quale vengono destinate risorse specifiche al rafforzamento dei PUA, il progetto sarà recepito in un accordo interistituzionale che in ogni ambito territoriale sottoscriveranno Enti locali e Azienda Sanitaria, in coerenza con gli Accordi vigenti.

Il sistema unitario del PUA dovrà dotarsi di criteri e strumenti di valutazione dell'urgenza e/o priorità che garantiscano una modalità di valutazione omogenea a livello metropolitano e dovrà definire quali tipologie di percorsi siano attivabili direttamente o in collaborazione con PCAP/COT.

Sperimentazione organizzativa

Si procederà alla sottoscrizione degli Accordi di Programma di ambito distrettuale entro il 31/12/2023 e a un primo step di monitoraggio della sperimentazione in atto entro il 30/06/2024.

Negli Accordi saranno regolate le modalità di assunzione delle n.2 unità di Personale con professionalità sociale finanziate con le quote vincolate del FNA 2022-23-24 (DGR 905/2023).

Si ritiene che tale periodo di sperimentazione possa permettere ad ogni ambito distrettuale sia di verificare in concreto quale sia l'utenza prevalente che si presenta ai PUA delle Case della Comunità e quali siano i bisogni più ricorrenti da essa manifestati sia di valutare, conseguentemente, se l'organizzazione dei PUA fra punti hub e punti spoke e nell'integrazione con la rete già esistente dei servizi sia funzionale all'esercizio del ruolo/funzioni condivise nel presente documento.

Si dà mandato al Gruppo di Lavoro interistituzionale di elaborare e proporre:

- criteri e strumenti di valutazione dell'urgenza e/o della priorità;
- tipologie di percorsi e interventi attivabili;
- un sistema di monitoraggio metropolitano della sperimentazione.