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'Azienda sanitaria locale di Cagliari rappresentata dal Direttore Generale dott. Marcello Tidore, nato il 13.07.1978, con residenza anagrafica nel Comune di Cagliari

Il Comune di Cagliari, rappresentato dalla Dirigente del Servizio Politiche sociali e Coordinatrice dell'Ufficio di piano del PLUS Cagliari, dott.ssa Teresa Carboni, nata il 01.08.1964 con residenza anagrafica nel Comune di CAGLIARI

Il Direttore dei Servizi socio-sanitari dell'Azienda sanitaria locale…….. nato/a il ……. ecc

Il Direttore del Distretto Sanitario di Cagliari Area Vasta, rappresentato dal dott. Giovanni Salis, nato a Nuoro il 24/03/1960, con residenza anagrafica nel Comune di Nuoro

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:

a) 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;

b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;

c) i sistemi informativi applicati, lerelative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato

d) 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 PLUS Cagliari, 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.

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 compless

Art. 5 - Cooperazione organizzativa

In riferimento alle disposizioni dell'art.1 comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'ATS, attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. 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; allo stesso tempo definiscono 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 programmatorio, che a livello organizzativo e professionale.

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.

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 è coordinato dal Direttore dei Servizi socio-sanitari della ASL, comprende il Direttore del Distretto socio-sanitario e il Responsabile dell'Ambito territoriale sociale, il Responsabile dell'Ufficio di Piano e 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 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 condivisone 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 il Comitato/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.

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.

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

La conferenza dei servizi dell'ambito PLUS costituisce un gruppo tecnico che provvede a monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti. Il gruppo tecnico è costituito dal Responsabile dell'Ufficio di piano, dal Direttore del Distretto socio-sanitario e dai componenti espressi dalla conferenza dei servizi dell'ambito PLUS.

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

COMUNE DI CAGLIARI

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

PLUS CITTÀ DI CAGLIARI

ASLCagliari
Azienda socio-sanitaria locale

Il Direttore Generale della ASL di Cagliari	Per l'Ente gestore del PLUS Cagliari – Dirigente del Servizio Politiche sociali	Il Direttore dei Servizi socio-sanitari della ASL	Il Direttore del Distretto socio-sanitario Cagliari Area Vasta
~~TIDORE~~ MARCELLO Regione Autonoma della Sardegna 28.12.2023 12:57:34 GMT+01:00	CARBONI TERESA 28.12.2023 16:15:30 UTC		SALIS GIOVANNI Firmato digitalmente da SALIS GIOVANNI Data: 2023.12.22 12:21:20 +01'00'