



Comune di Minervino Murge



Comune di Canosa di Puglia - Capofila -



Comune di Spinazzola

**AMBITO TERRITORIALE DI CANOSA DI PUGLIA**  
**D.S.S. N° 3 - ASL BAT**

**PROTOCOLLO OPERATIVO**  
**PER IL FUNZIONAMENTO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE**  
**MULTIDIMENSIONALE DI AMBITO**



## FONTI NORMATIVE E AMBITO DI APPLICAZIONE

### VISTI E RICHIAMATI

- il D. Lgs. 112/98 “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alla Regione ed agli Enti locali”;
- la L. 328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- la Legge Regionale n. 19/2006 e ss.mm.ii.;
- il Regolamento Regionale n. 4/2007 e ss.mm.ii.;
- il DPCM 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;
- il Piano Regionale della Salute 2014-2018;
- la Del.G.R. 691/2011 recante “Linee guida regionali per la non Autosufficienza” e “Linee Guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete integrata dei servizi socio-sanitari”;
- la Del.G.R. n. 2814 del 12 dicembre 2011 di approvazione della Scheda di valutazione multidimensionale per le persone anziane S.V.A.M.A., delle persone disabili S.V.A.M.D.I. e del modello del Piano di Assistenza Individuale P.A.I.;
- la Del.G.R. n. 750/2015 e l'Allegato 2 “Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari Integrate”;
- il IV Piano Regionale delle Politiche Sociali 2017- 2020 approvato con Del.G.R. n.2324 del 28.12.2017;
- il Decreto Legislativo 18 Agosto 2000, n. 267 “Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali”;
- il “Disciplinare dei Servizi Domiciliari di Ambito” approvato con Deliberazione di Coordinamento Istituzionale n. 17 del 20/05/2016 e adottato con D.G.C. n. 91 del 31/05/2016 del Comune di Canosa di Puglia (Comune Capofila);

Il presente Protocollo Operativo disciplina, a norma delle “Linee Guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete integrata dei servizi socio-sanitari” della Regione Puglia il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

L'Ambito concorre alla realizzazione del Servizio, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, per le prestazioni sociali e sociosanitarie, restando a carico della ASL le prestazioni di natura essenzialmente sanitaria.

### ART. 1 - DEFINIZIONE ED OBIETTIVI

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) intesa quale organismo in staff alla Direzione del Distretto Socio Sanitario, si configura come un'équipe multiprofessionale di tipo funzionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona, alla quale partecipano figure professionali sia sanitarie che sociali, oltre ad eventuali altre figure professionali, di tipo sanitario come previsto dalla L.R. 4/2010, all'art. 27, che dovessero rendersi necessarie in relazione ai bisogni specifici della persona.

Essa rappresenta, sulla base della normativa regionale di settore vigente in tema di integrazione sociosanitaria, l'organismo deputato alla valutazione del bisogno complessivo della persona e, quando possibile, del suo nucleo familiare, finalizzata alla definizione di risposte appropriate ai bisogni emersi. L'U.V.M., infatti, garantisce la presa in carico dei bisogni sociosanitari dei cittadini residenti nel territorio di competenza distrettuale, nonché l'integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.

La multiprofessionalità e la multidisciplinarietà di tale organismo è propedeutica e necessaria ai fini della definizione di un Progetto Assistenziale Individualizzato in grado di garantire la presa in carico integrata dell'utente, fungendo da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari integrati domiciliari, semiresidenziali e residenziali

L'obiettivo generale dell'U.V.M. consiste nell'individuare e offrire la migliore soluzione possibile per la persona riconosciuta in stato di bisogno sociosanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Pertanto gli obiettivi specifici dalla U.V.M. sono:

- favorire, ove e il più a lungo possibile, una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;

- ottimizzare la spesa socio-sanitaria in una ottica di efficienza nel rapporto costo-beneficio tenendo conto non solo degli oneri finanziari ma anche dei vantaggi a lungo termine riferibili alle risorse sia familiari che sociali.

## **ART. 2 - DESTINATARI**

In generale, i soggetti destinatari degli interventi posti in essere dall'U.V.M. sono tutti i soggetti cronici e/o fragili e in condizione di dipendenza e non autosufficienza che si trovino in stato di bisogno socio- sanitario.

## **ART. 3 - COMPETENZA TERRITORIALE**

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, istituita presso il Distretto Socio Sanitario n. 3 ASL BT, ha competenza sul territorio distrettuale ed effettua la valutazione multidimensionale dei soggetti che necessitano di prestazioni sociosanitarie e residenti nei Comuni di Canosa di Puglia, Minervino Murge e Spinazzola. Essa elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato per la presa in carico.

Qualora il Progetto Assistenziale Individualizzato preveda il ricorso alla rete dei servizi di altri ambiti distrettuali della stessa ASL, può essere richiesta la collaborazione per le valutazioni sanitarie del Distretto Sociosanitario competente per territorio. Deve essere richiesta invece la presenza dell'Assistente Sociale del Comune di residenza prima del ricovero, in caso di valutazione su soggetti di Distretti sanitari differenti da quello di residenza prima del ricovero. Qualora lo stesso non intervenga nel termine previsto dalla convocazione, il Direttore del Distretto Socio-sanitario richiederà al Sindaco del Comune di residenza di individuare e comunicare il nominativo dell'Assistente Sociale che dovrà prendere parte all'U.V.M. Trascorsi 15 giorni senza individuazione, potrà intervenire, per la valutazione di parte sociale, l'Assistente Sociale dei Comuni dell'Ambito Territoriale, salvo poi rivalsa sul Comune di residenza.

Nel caso in cui si richieda il ricorso alla rete di servizi ubicati in altre ASL, è necessario coinvolgere il Distretto Sociosanitario e l'U.V.M. competente per territorio.

## **ART. 4 - RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI E ATTIVAZIONE DELL'U.V.M.**

L'efficace e corretto funzionamento dell'U.V.M. si basa su una stretta interconnessione funzionale che coinvolge tutti i servizi sociosanitari del Distretto Socio Sanitario e dell'Ambito Territoriale di riferimento.

La richiesta di accesso ai servizi sociosanitari domiciliari, semiresidenziali e residenziali può essere avanzata, sulla base di apposita modulistica, dal diretto interessato, dalla Rete Informale Territoriale (famiglia, vicinato, volontariato, ecc.) nonché dalla Rete Formale Territoriale (M.M.G., P.L.S., Servizio Sociale Professionale, ecc.). Le domande di accesso raccolte dai punti territoriali periferici della Porta Unica di Accesso sono trasmesse alla Porta Unica di Accesso distrettuale.

Le istanze, pertanto, sono istruite dalla P.U.A. che esercita una funzione di "filtro al sistema di accoglienza" delle stesse. L'attivazione dell'U.V.M. avviene a conclusione dell'iter istruttorio della richiesta di accesso effettuato dalla Porta Unica di Accesso. E' quest'ultimo l'Ufficio, nella propria funzione di segreteria dell'U.V.M., deputato alla programmazione e gestione dell'agenda di lavoro dell'U.V.M., richiedendone al Direttore di Distretto o suo delegato apposita convocazione, opportunamente entro n. 20 giorni dalla data di ricevimento delle istanze (preferibilmente entro 30 giorni per i rinnovi), nel caso emerga la presenza di bisogni socio- sanitari - assistenziali.

Per i casi di comprovata ed urgente necessità di attivazione di servizi sociosanitari, così come previsto dall'art. 3, comma 9 del R.R. n.4/2007 è necessaria la motivata proposta del M.M.G./P.L.S. che dichiari l'urgenza e la necessità clinica o la motivata proposta del Servizio Sociale Professionale territorialmente competente, debitamente autorizzato per l'eventuale compartecipazione.

Per quanto attiene le richieste di accesso ai Servizi Domiciliari di Ambito e le procedure relative all'accettazione e trattazione delle stesse si richiama integralmente quanto previsto dal "Disciplinare dei Servizi Domiciliari di Ambito", come approvato con Deliberazione di Coordinamento Istituzionale n. 17 del 20/05/2016 e adottato con D.G.C. n. 91 del 31/05/2016 del Comune di Canosa di Puglia (Comune Capofila).

## **ART. 5 - LE FUNZIONI DELLA U.V.M.**

L'U.V.M. svolge i seguenti compiti:



- effettua la Valutazione Multidimensionale dell'autosufficienza ovvero del residuo grado di autonomia dell'utente, dei bisogni assistenziali e sociosanitari suoi e del proprio nucleo familiare;
- verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità al percorso di cura e di assistenza richiesto;
- elabora il P.A.I., successivamente condiviso dall'utente, dal nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica periodicamente l'andamento del progetto personalizzato ed eventualmente lo rimodula;
- procede alla dimissione protetta, programmata e concordata;
- identifica la struttura della A.S.L. deputata alla presa in carico;
- provvede alla conservazione della documentazione concernente i casi valutati, e consente il diritto di accesso a quanti hanno titolo.

La valutazione Multidimensionale è effettuata con l'ausilio di strumenti idonei, standardizzati (schede e scale di valutazione sanitari e sociale), scientificamente validati ed omogenei su tutto il territorio dell'Ambito.

Per la valutazione delle problematiche relative all'anziano si utilizzerà la scheda SVAMA approvata con Del. G.R n. 107 del 15/02/2005. Per le altre tipologie di pazienti, la SVAMA sarà di volta in volta integrata da sistemi di valutazione specifici (S.Va.M.Di) e altri strumenti di valutazione costruiti secondo l'approccio dell'ICF (Del. G.R. n. 2814 del 12/12/2011).

Il Progetto Assistenziale Individualizzato, redatto dall'U.V.M., tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del richiedente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto delle risorse-abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

#### **ART. 6 - COMPOSIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLA U.V.M.**

Il Direttore del Distretto Socio-Sanitario o suo delegato coordina l'UVM e ne sovrintende il funzionamento.

L'U.V.M. è, dunque, così composta:

- Direttore del Distretto o suo delegato;
- Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta di riferimento dell'assistito;
- Medico specialista e altre figure professionali specifiche rispetto alle patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psicofisiche del paziente;
- Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale di Ambito per Comune di residenza del cittadino;
- Infermiere del Distretto Socio-sanitario n.3.

L'UVM ha una composizione variabile e di tipo funzionale nella quale il contributo di ciascun professionista è richiesto in relazione al bisogno della persona, pertanto la composizione può anche prevedere la partecipazione di altre figure dell'area clinico- sanitaria, laddove necessario alla migliore trattazione del caso. L'U.V.M. individua, tra i professionisti partecipanti, il Case Manager responsabile della presa in carico, il care giver (referente familiare) e, tra i professionisti di area clinico- sanitaria, d'intesa con il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, il responsabile clinico del caso (c.d. care manager).

L'U.V.M., convocata in sede valutativa e di presa in carico, è da ritenersi non valida qualora siano assenti il Direttore del Distretto o suo delegato, il M.M.G./P.L.S., l'Assistente Sociale del Comune di residenza nel solo caso in cui la valutazione riguardi anche situazioni di bisogno sociale oltre che sanitario. Nel caso di assenza protratta per oltre due convocazioni di uno dei componenti sopra indicati, al fine di garantire comunque la presa in carico della persona, il Direttore del Distretto o suo delegato avvia il miglior progetto possibile, stante le condizioni attuali e ne dà formale comunicazione al membro assente. I componenti intervenuti in sede di U.V.M., registreranno la propria presenza su apposito schema di verbale.

Il Direttore del Distretto Socio Sanitario, o suo delegato, assume tutti i provvedimenti necessari per l'attività di coordinamento e funzionamento della U.V.M., nonché i compiti di verifica, controllo e liquidazione dei compensi, ove previsti.

#### **ART. 7 - CONVOCAZIONE**

L'U.V.M., convocata dal Direttore di Distretto o suo delegato, in sede valutativa e di presa in carico si riunisce periodicamente, a regime, con una seduta settimanale, salva una periodicità differente a seconda della numerosità e del variare del numero delle richieste di accesso pervenute all'attenzione della P.U.A.



L'U.V.M. si riunisce presso la sede individuata, in orario di servizio, salvo particolari situazioni, secondo il calendario dei lavori predisposto dalla segreteria dell'U.V.M., in condivisione con il Direttore di Distretto, sulla base di una valutazione preliminare effettuata dalla stessa. Gli adempimenti dell'U.V.M., con l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, devono concludersi entro 20 giorni dal recepimento dell'istanza presso la P.U.A. Le convocazioni, sempre da effettuarsi per iscritto, regolarmente con un preavviso di 15 gg possono essere effettuate via mail, preferibilmente pec, di norma, e comunque con un preavviso minimo di n. 3 giorni lavorativi, salvo casi di urgenza gestiti dal direttore di Distretto Socio-sanitario o suo delegato.

L'impossibilità di partecipare all'U.V.M. da parte dei soggetti convocati deve essere comunicata per iscritto, salvo casi eccezionali (malattia, assenza improvvisa) a mezzo pec, da indirizzarsi alla PUA almeno 24 ore prima della data di convocazione.

Le informazioni raccolte e trasmesse all'Ufficio di Piano per gli adempimenti di propria competenza sono trattate e custodite nel rispetto della privacy.

## ART. 8 - PROCEDURE E TEMPI

Una volta effettuata la visita domiciliare a cura del personale infermieristico, che parteciperà all'U.V.M. compilando la Scheda di valutazione di propria competenza, e dell'Assistente sociale, il processo di valutazione inizia mediante l'esame della documentazione agli atti. Qualora la persona soggiorni presso strutture collocate in ambiti territoriali esterni all'Azienda Sanitaria, l'U.V.M. può svolgere le visite per rogatoria (attraverso l'U.V.M. competente per il territorio).

Nel corso della riunione U.V.M., valutati i bisogni e definiti gli obiettivi, è redatto il P.A.I. L'U.V.M. redige un verbale sintetico della singola seduta, sottoscritto al termine della stessa da parte dei partecipanti. Il verbale è depositato ed è consultabile presso la P.U.A. ed è anche trasmesso, per i casi di competenza della Unità di Valutazione di Ambito, all'Ufficio di Piano per l'attivazione della stessa.

L'esito della valutazione è comunicato per iscritto dal personale amministrativo dalla P.U.A. all'interessato, su firma del Direttore del Distretto Socio-sanitario, massimo entro 3 giorni dalla trasmissione dell'esito e comunque la conclusione di tutti gli adempimenti di competenza deve avvenire entro 20 giorni dalla data di protocollo della domanda.

Per particolari situazioni necessitanti ulteriori approfondimenti si sospende temporaneamente la decisione, dandone comunicazione per iscritto all'interessato. Dalla data di tale comunicazione decorrono nuovamente i suddetti termini.

L'interessato ha la facoltà di richiedere la revisione del progetto personalizzato, esito dell'attività di valutazione e di presa in carico, presentando richiesta motivata al Direttore del Distretto Socio-Sanitario entro 15 giorni dall'avvenuta comunicazione.

## ART. 9 - IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (P.A.I.)

Il P.A.I. nella sua accezione progettuale pone l'accento sulla personalizzazione dell'intervento.

Con il P.A.I. si passa da una organizzazione lavorativa che affida agli operatori la semplice esecuzione delle mansioni ad una in cui tutti coloro che operano all'interno dell'organizzazione sono responsabilizzati in vista di determinati obiettivi.

Il P.A.I., redatto dall'U.V.M., tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità del richiedente e del suo nucleo familiare, delle sue disabilità ma, soprattutto, delle risorse e delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

Il PAI definisce esplicitamente e in maniera analitica:

- obiettivi e risultati che si intendono raggiungere;
- regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale), livello di intensità e durata complessiva del progetto assistenziale;
- azioni, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate;
- qualità, modalità, frequenza e durata (n. accessi M.M.G./P.L.S., consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di Assistenza domiciliare), di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- la/e struttura/e di riferimento per l'invio e la presa in carico della persona sulla base di criteri di scelta ottimali rispetto alla natura del bisogno ed alle condizioni territoriali di offerta dei servizi;



- competenze e funzioni delle figure di riferimento: referente familiare (care giver) e responsabile della presa in carico (case manager);
- gli strumenti (riunioni di verifica/koordinamento, schede/registri/diario clinico, indicatori di processo e di risultato, report), le scadenze e i metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex post, con particolare attenzione:
  - a) alla valutazione periodica dei risultati;
  - b) alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;
  - c) alla modalità per garantire la verifica delle prestazioni effettuate.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato è articolato in forma comprensibile al richiedente e/o suoi familiari che ne condividono i contenuti e lo sottoscrivono. In assenza di tale requisito è possibile solo attivare le procedure previste dalle norme a tutela dell'assistito.

Con la sottoscrizione del PAI si conclude la fase della presa in carico della persona, che deve avere una durata non superiore a venti giorni lavorativi dalla data di proposta/riciesta d'accesso. Qualora l'utente o, se impossibilitato, il care giver individuato in sede di U.V.M. non sottoscriva il PAI l'attivazione dell'intervento non potrà essere disposta.

Il progetto deve essere aggiornato, modificato, adattato e nuovamente comunicato al richiedente ed agli altri operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità). Tutte le proposte di modifica strutturale del P.A.I. sono di competenza dell'U.V.M..

Qualora le risorse necessarie a realizzare il P.A.I. non risultino immediatamente disponibili, l'utente è inserito in lista d'attesa rispetto al servizio individuato. La continuità assistenziale, tuttavia, può essere garantita mediante la programmazione di interventi alternativi appropriati alla situazione da trattare, impiegando le risorse della rete complessiva dei servizi territoriali disponibili. La lista di attesa è consultabile nei modi e nelle forme consentite dalla normativa in materia di accesso agli atti della Pubblica Amministrazione.

A tal fine, l'Unità di Valutazione di Ambito (U.V.A.) di cui al Disciplinare dei Servizi Domiciliari di Ambito approvato con Deliberazione di Coordinamento Istituzionale n. 16 del 27/07/2017 e adottato con Del.G.C. del Comune di Canosa di Puglia (Capofila) recepisce i Verbali U.V.M., monitora, regola e valuta l'accesso ai Servizi di Ambito a carattere sociale e socio- sanitario per la parte sociale delle prestazioni, in termini di utilizzo delle risorse/ore disponibili e conseguente redazione di graduatorie ed eventuali liste d'attesa.

L'accesso ai servizi a carattere integrato, per parte sociale è infatti monitorato, regolato e valutato dall'Unità di Valutazione di Ambito, composta dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, il Servizio Sociale Professionale di Ambito o comunque almeno un referente di area, un referente del Distretto Socio- Sanitario e un responsabile tecnico dell'ente erogatore del servizio. A tale composizione potranno aggiungersi i referenti di altri Servizi Territoriali e/o Enti coinvolti nella gestione dei singoli Servizi da attivare.

## **ART. 10 – NORME DI RINVIO, DURATA E CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA**

Il presente Protocollo, allegato al Piano Sociale di Zona 2018/2020, ne conserva la stessa validità e resta in essere fino a che non sopraggiunga nuova e diversa normativa o significative variazioni organizzative che eventualmente possano essere motivo di modifiche o integrazione allo stesso previa approvazione da parte del Coordinamento Istituzionale di Ambito e successiva adozione della Giunta del Comune Capofila dell'Ambito Territoriale.

Per quanto non disciplinato si applicano le disposizioni contenute nelle normative nazionali e regionali in materia. Il presente Protocollo Operativo si adegua automaticamente alle eventuali nuove disposizioni normative in merito: le disposizioni qui contenute saranno modificate per effetto di sopravvenute norme vincolanti statali e regionali; nelle more si applicheranno dette sopravvenute norme.