

**PROTOCOLLO D'INTESA
TRA AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI CANOSA DI PUGLIA
E DIREZIONE DISTRETTO SOCIO SANITARIO ASL BT/3
PER IL FUNZIONAMENTO
DELL' UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

L'anno 2013 il giorno 14 del mese di Gennaio presso l'Ufficio di Piano del Comune di Canosa di Puglia, sono presenti:

- il **Sindaco di Canosa di Puglia**, in rappresentanza del Coordinamento istituzionale dell'Ambito territoriale n. 3 ASL BT, dr. Ernesto La Salvia;
- il **Dirigente dell'Ufficio di Piano** dell'Ambito territoriale n. 3 ASL BT dott.ssa Anna FONTANA;
- il **Direttore del Distretto Sociosanitario n. 3 ASL BT**, dr.. Pasquale MARINO delegato dal Direttore Generale dott. Giovanni Gorgoni;

LE PARTI, VISTI

- 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*";
- il DPCM 14.02.01 "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*";
- il DPCM 29.11.01 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*";
- la Legge Regionale n. 19/2006;
- il Regolamento Regionale n. 4/2007;
- il Regolamento Regionale n. 19/2008;
- il Piano Regionale di Salute 2008-2010, L. R. n. 23/2008;
- Del. G.R. n.1984 del 28 ottobre 2008 *Linee guida regionali per le non autosufficienze*;
- il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011 approvato con Del. G.R n. 1875 del 13.10.09;
- La L.R. n. 2 /2010, istitutiva del Fondo unico per la Non Autosufficienza;
- La L.R. n. 4/ 2010, Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali;
- Il Regolamento Regionale n. 6/2011;
- Del. G.R. n. 691 del 12 aprile 2011, pubblicata sul BURP n. 72 del 10-05-2011, di approvazione delle *Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari*;
- 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.) e delle persone disabili (S.V.A.M.D.I.) e del modello del Piano di Assistenza Individuale (P.A.I.)*.

PREMESSO

- che il D. Lgs. 112/98 "*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alla Regione ed agli Enti locali*" attribuisce ai Comuni i compiti di erogazione dei Servizi e delle prestazioni sociali, ovvero tutte le attività del Sistema Sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno;
- che la L. 328/2000 attribuisce ai Comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del D.P.R. 24.07.77 n. 616 ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'art. 132, co. 1 del D. Lgs. 112/98, la programmazione, la progettazione e la realizzazione del Sistema Locale dei Servizi Sociali, nell'ambito delle risorse disponibili ed in base ai Piani regionali ed al Piano di Zona;

- che con determinazione n. 27 del 22 aprile 2008 della Dirigente dell'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale n. 3 ASL BT veniva approvato il Protocollo operativo per la gestione dell'Assistenza Domiciliare Integrata, sottoscritto in data 24 aprile 2008 dal Sindaco pro tempore del Comune capofila di Canosa di Puglia e dal Direttore generale dell'Asl BT;
- che il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011, approvato con delibera di G. R. n. 1875 del 13.10.09, evidenzia la necessità che gli indirizzi forniti alle AA.SS.LL. dal Piano Regionale di Salute trovino speculare applicazione, anche da parte dei Comuni, per gli impegni e le responsabilità di propria competenza, con riferimento non solo all'apporto di risorse finanziarie per la compartecipazione, quando dovuta, ma soprattutto all'apporto organizzativo e professionale per l'operatività dei luoghi dell'integrazione, dei percorsi per l'accesso e la valutazione integrata del caso, nonché per la costruzione di progetti assistenziali individualizzati. Le AA.SS.LL., come i Comuni, attuano l'integrazione socio-sanitaria, definendo linee guida, protocolli operativi, piani personalizzati di assistenza, documenti di programmazione (PAT e PdZ) raccordati rispetto alla progettazione di percorsi ed interventi integrati socio-sanitari;
- che il 2° Piano Sociale di Zona (2010-2012) dell'Ambito Territoriale n. 3 - ASL BT (Comuni di Canosa di Puglia, Minervino Murge, Spinazzola), approvato in Conferenza dei Servizi il 1° Marzo 2010, prevede tra i suoi obiettivi di servizio l'attivazione della Unità di valutazione Multidimensionale.

CONSIDERATO

- che è opportuno semplificare le modalità di accesso alla rete dei servizi pubblici, facilitando le procedure e migliorando la comunicazione tra i servizi e tra i servizi e i cittadini;
- che è necessario garantire la continuità assistenziale, la linearità e consequenzialità del percorso di cura offerto al cittadino utente;
- che è necessario attuare il miglior utilizzo possibile dell'offerta assistenziale e sanitaria e la razionalizzazione delle risorse impegnate;
- che risulta utile sottoscrivere un'intesa tra i soggetti coinvolti, citati in premessa, al fine di realizzare un'efficace integrazione socio-sanitaria.

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

gli Enti sottoscrittori del presente Protocollo intendono predisporre gli strumenti per la regolamentazione della Unità di Valutazione Multidimensionale.

ART. 1 OGGETTO

Il presente Protocollo intende definire gli impegni dei soggetti istituzionali sottoscrittori e le relative modalità di raccordo nelle procedure di valutazione, orientamento, ammissione/dimissione, inserimento in lista d'attesa ed ingresso nelle strutture e/o servizi socio-sanitari residenziali e domiciliari dei cittadini residenti nell'ambito territoriale del Distretto Socio Sanitario n.3 ASL BT, comprendente i Comuni di Canosa di Puglia, Minervino Murge e Spinazzola.

ART. 2 FINALITA'

Il presente Protocollo si propone di:

- mantenere un livello di programmazione unitaria a livello distrettuale attraverso un coordinamento tecnico-gestionale che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli interventi di ordine sociale e socio-sanitario, con un miglior utilizzo delle risorse messe a disposizione, con economie di scala non realizzabili nel solo ambito comunale;
- definire funzioni, compiti e procedure di funzionamento della U.V.M. l'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'Ambito territoriale del Distretto Socio Sanitario n.3 ASL BT, per la valutazione delle capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni;
- sviluppare modalità di accoglimento a favore del cittadino, che prevedano l'integrazione fra la risposta socio-assistenziale e socio-sanitaria, nel pieno rispetto dei principi di libera scelta e centralità dell'utente e della sua famiglia.

ART. 3 DESTINATARI

I destinatari degli interventi di cui al presente Protocollo sono tutti i soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario e/o patologiche che richiedono di accedere ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio dell'Ambito territoriale / Distretto Sociosanitario n. 3 ASL BT.

ART. 4

COMPOSIZIONE, ATTIVITÀ E PROCEDURE DI FUNZIONAMENTO DELLA U.V.M.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (équipe professionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze degli utenti con bisogni sanitari e sociali complessi), costituisce l'anello operativo strategico, al livello territoriale di ambito sociale / distretto sociosanitario, del sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari e procede alla valutazione dell'ammissibilità della domanda e alla sua presa in carico.

L'U.V.M. istituita con Delibera Dirigenziale ha sede presso il Distretto Socio-Sanitario ed è composta da:

- Coordinatore Sociosanitario e Coordinatore dell'UVM (Direttore del Distretto sociosanitario o suo delegato);
- Responsabile del Servizio Sociale Professionale del Distretto Sociosanitario o Assistente Sociale delegato;
- L'Assistente Sociale dell'Ambito/Comune di residenza della persona;
- Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta dell'assistito;
- Medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, ecc..) e altre figure professionali specifiche (infermiere professionale, fisioterapista, ecc.) a seconda del caso da trattare;
- Altre figure dell'Area clinica, laddove necessario a seconda del caso da trattare (Dipartimento di Salute mentale, Dipartimento delle Dipendenze patologiche e Struttura sovra distrettuale della riabilitazione)

Si ribadisce che l'UVM ha una composizione variabile di tipo funzionale nella quale il contributo di ciascun professionista è richiesto in relazione al bisogno della persona.

Nello specifico, l'U.V.M. svolge le seguenti attività:

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali e socio sanitari del richiedente e del suo nucleo familiare;
- verifica la presenza delle condizioni di eleggibilità socio-economiche, abitative, familiari di ammissibilità al percorso di cura e assistenza richiesto;
- elabora il Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.) che definisce obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi ed è condiviso con il paziente e con il suo nucleo familiare e dagli stessi sottoscritto. Il PAI 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 di fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.
- definisce tempi e modalità della verifica e dell'aggiornamento dell'andamento del P.A.I.;
- procede alla dimissione protetta programmata e concordata;
- individua il "Responsabile del caso" (Case manager) e il "Referente familiare" (Care giver) nonché il Responsabile clinico del caso (Care Manager) al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal PAI;
- identifica la struttura per la presa in carico.

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.

Nella valutazione socio-sanitaria congiunta, si attribuisce a ciascun richiedente un punteggio sulla base dei dati indicati nella Scheda *Svama* (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano) che sarà di volta in volta integrata da specifiche schede per la valutazione di altre aree ad elevata integrazione, (S.Va.M.Di.) e altri strumenti di valutazione costruiti secondo l'approccio dell'ICF (D.G.R. n. 2814 del 12/12/2011).

L'U.V.M. esprime parere in merito e comunica lo stesso alla struttura/servizio socio-sanitario che accoglierà il richiedente o lo introdurrà nella lista d'attesa. L'U.V.M. dovrà, periodicamente, verificare i *P.A.I.* e procedere al loro all'eventuale aggiornamento, al fine di adeguarli alle effettive esigenze degli utenti, o alla dimissione.

La periodicità degli incontri UVM sarà definita nel regolamento di funzionamento dell'UVM..

ART. 5 COMPETENZE DELL'AMBITO TERRITORIALE

L'Ambito Territoriale sociale di Canosa di Puglia, a mezzo degli operatori nominati, ha il compito di:

1. rilevare-monitorare situazioni di fragilità del richiedente;
2. orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
3. effettuare da parte del Servizio Sociale Professionale la valutazione socio-ambientale e compilare la scheda "S.V.A.M.A." sociale;
4. partecipare all'*U.V.M.* per stabilire il *P.A.I.*;
5. mantenere i rapporti con il *case manager* per attuare il monitoraggio relativo all'attuazione del *P.A.I.*;
6. determinare la quota di compartecipazione sociale per ogni singolo utente, in base alle condizioni socioeconomiche;
7. assumere, per quanto di competenza sociale, l'onere finanziario quale determinato dal DPCM del 29.11.01 per i LEA (servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali) di cui all'Allegato "A" accluso al presente protocollo.

ART. 6 COMPETENZE DELLA ASL BT

L'ASL BT, a mezzo degli operatori del Distretto Sociosanitario, ha il compito di:

1. rilevare-monitorare situazioni di fragilità del richiedente;
2. orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta socio-sanitarie, e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
3. effettuare la valutazione socio-sanitaria e redigere la scheda "S.V.A.M.A." sanitaria, cognitiva e funzionale;
4. partecipare all'*U.V.M.* per stabilire il *P.A.I.*;
5. mantenere i rapporti con il *case manager* per il monitoraggio relativo all'attuazione del *P.A.I.*;
6. assumere, per quanto di competenza sanitaria, l'onere finanziario quale determinato dal DPCM del 29.11.01 per i LEA (servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali) di cui all'Allegato "A" accluso al presente protocollo.

ART. 7 DURATA DEL PROTOCOLLO

Il presente Protocollo, e quant'altro disciplinato, ha validità fino a che non sopraggiunga nuova e diversa normativa che eventualmente possa essere motivo di modifiche od integrazione allo stesso.

ART. 8 NORMA FINALE

Per tutto ciò che non è disciplinato dal presente Protocollo, restano valide le norme vigenti nazionali e regionali di settore.

L.C.S.

Canosa di Puglia,

- Dr. Ernesto La Salvia - Sindaco di Canosa di Puglia
-

- Dott. ssa Anna Fontana - Dirigente dell'Ufficio di Piano
-

- Dr. Pasquale Marino - Direttore del Distretto Sociosanitario n. 3 ASL BT
-

Allegato “A”

I LEA Sociosanitari nella normativa vigente (*)

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'All. 1C DPCM 29.11.2001	Riferimenti norme nazionali e regionali	Quota di compartecipazione fondo sanitario regionale (ASL)	Quota di compartecipazione Utenti/Comuni
Domiciliare	Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)	Art. 25 L. n. 833/1978	100 % (prestazioni sanitarie, infermieristiche, riabilitative, farmaceutica, protesica e integrativa a domicilio)	
		L. n. 104/1992 L. n. 162/1998 Lr. n. 25/2006 Reg. R. n. 4/2007	50% (prestazioni di aiuto infermieristico)	50% (assistenza tutelare alla persona)

(*) Nel prospetto non sono considerate le strutture e le prestazioni riabilitative ex art. 26 della l. n. 833/1978, perché a carattere sanitario.

Allegato "A"

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'All. 1C DPCM 29.11.2001	Riferimenti norme nazionali e regionali	Quota di compartecipazione fondo sanitario regionale (ASL)	Quota di compartecipazione Utenti/Comuni
Semiresidenziale	Assistenza Semiresidenziale sanitaria e sociosanitaria in programmi riabilitativi per disabili fisici, psichici e sensoriali	D. Lgs. n. 229/1999	100% (prestazioni diagnostiche e terapeutiche per disabili e per minori affetti da patologie neuropsichiatriche e disturbi comportamentali)	
		L. n. 104/1992 L. n. 162/1998 Reg. R. n. 3/05	70% (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative per disabili gravi)	30% (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative per disabili gravi)
		Reg. R. n. 4/07 art. 60 (centro socio educativo e riabilitativo)	50% (prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per minori e adulti 18-64 non autosufficienti, compresi interventi di sollievo: centro socio-educativo e riabilitativo art. 60 R.R. n. 4/07)	50% (prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per minori e adulti 18-64 non autosufficienti, compresi interventi di sollievo).
	Assistenza semiresidenziale sanitaria e sociosanitaria in programmi riabilitativi per persone con <u>problemi psichiatrici</u>	P.O. Tutela della salute mentale DPR 10.11.1999 Reg. R. n. 7/2002 art. 4 Art. 26 della l. n. 833/1978	100% Centro Diurno Centri di riabilitazione	

Allegato "A"

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'All. 1C DPCM 29.11.2001	Riferimenti norme nazionali e regionali	Quota di compartecipazione fondo sanitario regionale (ASL)	Quota di compartecipazione Utenti/Comuni
Residenziale	Assistenza sanitaria e sociosanitaria in programmi riabilitativi per persone con problemi psichiatrici e per disabili fisici, psichici e sensoriali.	P. O. Tutela della salute mentale DPR 10.11.1999 Regolamento Regionale n. 7/2002 (artt. 1,2,3) L. r. n. 26/2006 (art. 8,9)	100% Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale: - comunità riabilitativa - comunità alloggio - gruppo appartamento	
		Regolamento Regionale n. 4/2007 (Comunità socio riabilitativa, Casa per la vita In relazione alle patologie e agli obiettivi di presa in carico)	70% prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi: -comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 R.R. n. 4/2007 -casa per la vita - art. 70 R.R. n. 4/2007	30% prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi: -comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 R.R. n. 4/2007 -casa per la vita -art. 70 R.R. n. 4/07
		Reg. R. n. 4/2007 (Comunità socio riabilitativa, Casa per la vita)	40% prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi privi di sostegno familiare: - comunità alloggio per dopo di noi" - art.55 R.R. n. 4/2007 - casa per la vita - art. 70 R.R. n. 4/2007	60% prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi privi di sostegno familiare: - comunità alloggio per dopo di noi" - art.55 R.R. n. 4/2007 - casa per la vita - art. 70 R.R. n. 4/2007
		Reg. R. n. 4/2007 (Residenza Socio Sanitaria Assistenziale per Disabili, art. 58) (Residenza Socio Sanitaria Assistenziale per Anziani, art 66)	50% (prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo: - RSSA per disabili - art. 58 R.R. n. 4/2007 - RSSA per anziani - art. 66 R.R. n. 4/2007)	50% (prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo: - RSSA per disabili - art. 58 R.R. n. 4/2007 - RSSA per anziani - art. 66 R.R. n. 4/2007)
	Attività sanitaria e sociosanitaria per persone affetta da AIDS	DPR 08.03.2000 P.O. AIDS	70% (prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungo-assistenza in regime residenziale)	30% (prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungo-assistenza in regime residenziale)